

Учредители журнала:
Управление делами
Президента Республики
Казахстан

Медицинский центр
Управления делами
Президента Республики
Казахстан

Главный редактор –
В.В. Бенберин

**Заместитель главного
редактора –** А.З. Бралов

Ответственный секретарь –
А.К. Тургамбаева

Журнал зарегистрирован
Министерством информации
РК 4 января 2002 года
Регистрационный номер-2582-Ж

С 2005 г. входит в перечень
журналов, рекомендованных
Комитетом по контролю в
сфере образования и науки
МОН РК

Адрес редакции:
г. Астана, ул. Орынбор, 2,
Дом Министерств, корпус 1В
тел: **53-95-43**
e-mail: tak1973@mail.ru

Акмолинский филиал
АО Казкоммерцбанк г. Астана.
БИК KZKOKZKX
РНН 620300000517
ИИКН №KZ679261501119357001
БИН 080240012523

Мнение авторов может не
совпадать с мнением редакции.
Редакция оставляет за собой
право в отказе публикации
материалов в случае
несоблюдения правил
оформления.

**Қазақстан Республикасы
Президенті Іс Басқармасы
Медициналық орталығының**

ЖАРШЫСЫ

Әр тоқсандық ғылыми-тәжірибелік журнал

**қазан - желтоқсан
4 (42) 2011
октябрь - декабрь**

ВЕСТНИК

**Медицинского центра
Управления делами Президента
Республики Казахстан**

*Ежеквартальный научно-практический
журнал*

*Журнал издается с 2002 г.
Выходит 4 раза в год*

Редакционный совет:

А.А. Аканов, А.К. Байгенжин,
Н.Д. Батпенов, А.Г. Дерновой,
В.Ю. Дудник, О.Т. Жузжанов,
С.Е. Ибраев, С.З. Каирбекова,
М.К. Кульжанов, С.К. Мейрманов (Япония),
Е.К. Сарсебеков, Н.А. Стороженко (Россия),
И.Н. Ступаков (Россия), Т.З. Сейсембеков,
С.И. Токпанов, Р.К. Тулебаев,
Т.Ш. Шарманов, А. Шарман

**2011 - №4 ЖУРНАЛДЫҢ МАЗМҰНЫ
СОДЕРЖАНИЕ ЖУРНАЛА №4 – 2011
THE CONTENT OF THE JOURNAL №4 – 2011**

**БАС МАҚАЛАЛАР
ПЕРЕДОВЫЕ СТАТЬИ
EDITORIALS**

А. Қуанышқалиева, А. Тұрғамбаева

Кешенді дәрігерлік ақпараттық жүйені енгізуге медицина қызметкерлерінің пікірін зерттеу

А. Қуанышқалиева, А. Тұрғамбаева

Изучение мнения медицинских работников к внедрению комплексной медицинской информационной системы

A. Kuanyshkalieva, A. Turgambaeva

The study of the views of health professionals to implement comprehensive health information system

15

С.А. Томашова

Өндірістік өнеркәсіптерде қызмет ететін жұмысшылардың ауруға шалдығу қаупінің жетекші факторлары

С.А. Томашова

Поведенческие факторы риска развития заболеваний у работающих на промышленных предприятиях

S.A. Tomashova

Behavioral factors of risk for diseases among workers in industrial enterprises

19

**Денсаулық сақтау және қоғамдық денсаулықты басқару
Управление общественным здоровьем и здравоохранением
Management of Public Healthcare**

А.А. Дубицкий

Қазақстан Республикасындағы жедел медициналық жәрдем көрсету қызметін ұйымдастырудың тиімділігін талдау мәселесі

А.А. Дубицкий

К вопросу анализа эффективности организации работы службы скорой медицинской помощи в республике Казахстан

A.A. Dubitskiy

To a question of analysis of efficiency of organization of work of first-aid medical service in Republic of Kazakhstan

23

Н.С. Игісінов, С.К. Қожахметов, С.И. Игісінов, А.А. Сыздықов

Қазақстандағы колоректальді обырдың өлім-жітім ерекшеліктері

Н.С. Игисинов, С.К. Қожахметов, С.И. Игисинов, А.А. Сыздықов

Особенности смертности от колоректального рака в Казахстане

N.S. Igissinov, S.K.Kozhakhmetov, S.I. Igisinov, A.A. Syzdykov

Features of deaths from colorectal cancer in Kazakhstan

26

Г.С. Игісінова, И.С. Нұралина, С.В. Ким, Н.С. Игісінов

Мальколм А Мур, Б.С. Ибраимова

Қазақстандағы жатыр мойны обырының медициналық-географиялық ерекшеліктері

Г.С. Игисинава, И.С. Нуралина, С.В. Ким, Н.С. Игисинов

Мальколм А Мур, Б.С. Ибраимова

Медико-географические особенности заболевания раком шейки матки в Казахстане

G.S. Iginova, I.S. Nuralina, S.V. Kim, N.S. Iginov,

Malcolm A Moore, B.S. Ibraimova

Cervical cancer in Kazakhstan: health and geographical features

30

Л.Ш. Изатулина, Г.К. Нургазина, А.К. Шамова

Госпитальге дейінгі кезеңдегі өлім жағдайларында емделушілерді тіркеу мен жоспарлы госпитальды күту ұзақтығы және оның себептерінің анализі

Л.Ш. Изатулина, Г.К. Нургазина, А.К. Шамова

Анализ причин и длительность ожидания пациентами плановой госпитализации, и регистрации случаев смерти на догоспитальном этапе

L.Sh. Izatulina, G.K. Nurgazina, A.K. Shamova

Analysis of the causes and duration of the waiting patients of planning hospitalization, and death registration in the prehospital

32

Б.С. Ысқақова, С.В. Ким

Ақмола облысындағы мезгілінен бұрын болған өлім жағдайының салдарынан өмір сүру жылдарын жоғалту

Б.С. Искакова, С.В. Ким

Потери лет жизни вследствие преждевременной смертности в Акмолинской области

B.S. Iskakova, S.V. Kim

Global burden of diseases at Akmola region

37

Р.Ж. Қарабаева

Жүрек-тамыр ауруларын алдын алу кезеңіндегі жоғары қауіп стратегиясын іске асырудағы SCORE скринингтік жүйесі

Р.Ж. Қарабаева

Скрининговая система SCORE в реализации стратегии высокого риска при профилактике сердечно-сосудистых заболеваний

R.Zh. Karabayeva

The SCORE screening system in realization of the high risk strategy at the cardiovascular disease prevention

38

Л.Л. Карп, Т.Б. Потапчук

Қазақстандағы жүйке ауруларының заңды зерттеулері мен алдын ала жасалған анализдері

Л.Л. Карп, Т.Б. Потапчук

Предварительный анализ и поиск закономерностей неврологической заболеваемости в Казахстане

L.L. Karp, T.B. Potapchuk

Preliminary analysis and search for patterns of neurologic morbidity in Kazakhstan

42

- Р.М. Кенбаева, Г.К. Нурғазина, А.К. Шамова, А.И. Бекжанова**
Денсаулық сақтаудың үш жүйесіндегі клиникалық-басқаратын топтар
(АҚШ, Австралия, Германия)
Р.М. Кенбаева, Г.К. Нурғазина, А.К. Шамова, А.И. Бекжанова
Клинико-затратные группы в трех системах здравоохранения
(США, Австралия, Германия)
R.M. Kenbaeva, G.K. Nurgazina, A.K. Shamova, A.I. Bekzhanova
Clinical and related groups in three health care systems
(USA, Australia, Germany) 45
- Г.Т. Қорабаева, А.К. Тұрғамбаева**
Стационарлық көмекке шығыстарды бөлуді бағалаудағы әдістемелік
тәсілдердің пайдаланылуы
Г.Т.Корабаева, А.К. Тұрғамбаева
Использование методологических подходов при оценке распределения расходов на
стационарную помощь
G. Korabaeva, A. Turgambaeva
The use of methodological approaches in assessing the cost-sharing for inpatient care 47
- Л.К. Кошербаева, С.Е. Ибраев, А.Б. Кумар**
Қазақстан Республикасы дәрігерлерінің медициналық технологиялар саласындағы
ақпараттылық деңгейі
Л.К. Кошербаева, С.Е. Ибраев, А.Б. Кумар
Степень информированности врачей в области оценки медицинских технологий
республики Казахстан
L.K. Koshberbaeva, S.E. Ibraev, A.B. Kumar
Awareness of physicians in the assessment of health technology of Republic of Kazakhstan 52
- А.Ш. Мусина, Н.К. Қожамұратова**
Мемлекеттік қызметкерлер арасындағы ведомстволық санитарлық-эпидемиологиялық
бақылау жағдайында асқынған ішек инфекцияларымен ауырғандарға ретроспективті
эпидемиологиялық талдау
А.Ш. Мусина, Н.К. Хожамуратова
Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными
инфекциями среди государственных служащих в условиях ведомственного санитарно-
эпидемиологического надзора
A.Sh. Musina, N.K. Hozhamuratova
A retrospective epidemiological analysis of the incidence of acute intestinal infections among civil
servants in the departmental Sanitary and Epidemiological Surveillance 55
- Г.А. Мусина, Г.К. Нурғазина, А.К. Шамова, А.И. Бекжанова**
Қазақстан Республикасындағы алғашқы медициналық-санитарлық көмек дәрігерлерінің
денсаулық сақтау саласын қамтамасыз ету проблемалары
Г.А. Мусина, Г.К. Нурғазина, А.К. Шамова, А.И. Бекжанова
Проблема обеспеченности отрасли здравоохранения врачами первичной медико-
санитарной помощи в республике Казахстан

G.A. Musina, G.K. Nurgazina, A.K. Shamova, A.I. Bekzhanova

The problem of ensuring the health sector physicians of primary health care in the Republic of Kazakhstan

59

И.С. Нұралина, С.В. Ким, Н.С. Игісінов, Мальколм А Мур, Г.С. Игісінова, Б.С. Ибраимова

Қазақстандағы жатыр мойны обырынан болған өлім-жітімнің картограммасы

И.С. Нуралина, С.В. Ким, Н.С. Игисинов, Мальколм А Мур, Г.С. Игисинова, Б.С. Ибраимова

Картограмма смертности от рака шейки матки в Казахстане

I.S. Nuralina, S.V. Kim, N.S. Igissinov, Malcolm Moore, G.S. Igissinova, B.S. Ibraimova
Cartogram of mortality from cervical cancer in Kazakhstan

65

Г.К. Нургазина, А.К. Шамова, А.У. Уайсова, А.И. Бекжанова

БҰДСЖ шарттары бойынша жүкті әйелдерге көрсетілетін медициналық көмектің сабақтастық мәселелері мен шешу жолдары

Г.К. Нургазина, А.К. Шамова, А.У. Уайсова, А.И. Бекжанова

Проблемы преемственности в оказании медицинской помощи беременным женщинам в условиях ЕНСЗ и пути решения

G.K. Nurgazina, A.K. Shamova, A.U. Uaisova, A.I. Bekzhanov

The problems of continuity in the care of pregnant women in UNHS and solutions

68

М.Б. Оразбаев, А.С. Сейітжанов, О.М. Жұмабеков, Т.А. Жукова

Токсикологиялық қызмет көрсету ұйымдарындағы ақпараттық кеңес беру токсикологиялық орталықтары қызметінің тиімділігі

М.Б. Оразбаев, А.С. Сейтжанов, О.М. Жумабеков, Т.А. Жукова

Эффективность деятельности Информационно-консультативных токсикологических центров в организации токсикологической службы

M. Orazbaev, A. Seitzhanov, O.Zhumabekov, T. Zhukova

The effectiveness of the information poison control centers in the organization of toxicological services

72

А.Қ. Оспанова, А.З. Бралов, Қ.П. Ошакбаев, Б.Е. Хайрулин, Л.М. Абдрахманова

Тұрғындардың дене мүшелер мен тіндердің донорлығына қатысты көзқарасы

А.К. Оспанова, А.З. Бралов, К.П. Ошакбаев, Б.Е.Хайрулин, Л.М. Абдрахманова

Отношение населения к донорству органов и тканей

A.K.Ospanova, A.Z.Bralov, K.P.Oshakbaev, B.E.Khairulin, L.M. Abdirakhmanova

Public attitudes to organs and tissue donation

75

А.С. Рахимова, Н.С. Игісінов, Ж.К. Қоянбаева, А.К. Тұрғамбаева

Қазақстандағы нәрестелік өлім-жітім көрсеткіштерінің аймақтық ерекшеліктері

А.С. Рахимова, Н.С. Игисинов, Ж.К. Коянбаева, А.К. Тургамбаева

Региональные особенности младенческой смертности в Казахстане

A.S. Rakhimova, N.S. Igissinov, Zh.K. Koyanbaeva, A.K. Turgambaeva

Regional features of infant mortality in Kazakhstan

79

Ю.С. Сидоркина, А.С. Айкешева

Медикалық-экономикалық тарифтерді қолдануда дефектілерді талдау

Ю.С. Сидоркина, А.С. Айкешева

Анализ дефектов применения медико-экономических тарифов

Y.S. Sidorkina, A.S. Aikesheva

Medical-economic tariffs' application defects analysis

81

А.А. Тимченко, Г.К. Нурғазина, А.К. Шамова

БҰДСЖ жүйесіндегі «Стационар» ААЖ-нің мәселелік сұрақтары

А.А. Тимченко, Г.К. Нурғазина, А.К. Шамова

Проблемные вопросы АИС- «Стационар» в системе ЕНСЗ

A.A. Timchenko, G.K. Nurgazina, A.K. Shamova

Problem questions of Automated Information System -“In- patient” in the system of UNHS

86

Н.К. Қожамұратова, А.Ш. Мусина

Тұмауды алдын ала егу – ауруды жеңудің тәсілі

Н.К. Хожамуратова, А.Ш. Мусина

Вакцинопрофилактика гриппа - как способ предотвращения заболевания

N.K. Hozhamuratova, A.Sh. Musina

Vaccine prevention of influenza – as a way of preventing illnesses

88

М.С. Шабдарбаева, А.М. Смағұлов

Суицид феноменінің қол жұмсап өлу құрылымындағы орны мен әлеуметтік маңызы

М.С. Шабдарбаева, А.М. Смағұлов

Феномен суицида – социальное значение и место в структуре насильственной смерти

M.S. Shabdarbaeva, A.M. Smagulov

The phenomenon of suicide is a social implication and place in structure of violent death

91

**Клиникалық зерттеулер
Клинические исследования
Clinical researches**

А.М. Елубаева

Эпилепсияның самай формасы

А.М. Елубаева

Височные формы эпилепсии

A.M. Elubaeva

Temporal form of epilepsy

94

П.О. Колесник, К.А. Алиғазина, И.В. Чопей, Е.И. Цема, М.И. Веждел

Алғашқы медициналық-санитарлық көмек кезінде отбасылық дәрігердің тәжірибесіндегі артериалды гипертензия скринингінің маңызы

П.О. Колесник, К.А. Алиғазина, И.В. Чопей, Е.И. Цема, М.И. Веждел

Значение скрининга артериальной гипертензии в практике семейного врача на уровне первичной медико-санитарной помощи

P. Kolesnyk, K. Aligazinova, I.V. Chopey, J. Tsioma, M. Vezdel

The importance of arterial hypertension screening by general practitioner

96

Р.М. Қуандықова

Жүректің ишемиялық ауруына шалдыққан науқастардың жүрек қакпакша аппаратының зақымдалуына әкелетін қатерлі факторлар

Р.М. Қуандықова

Факторы риска поражения клапанного аппарата у пациентов с ишемической болезнью сердца

R.M. Kuandykova

Risk factors for valvular apparatus in patients with coronary heart disease

100

Р.М. Қуандықова

Жүректің ишемиялық ауруына шалдыққан науқастардың жүрек қакпакша аппаратының жағдайы

Р.М. Қуандықова

Состояние клапанного аппарата у пациентов с ишемической болезнью сердца

R.M. Kuandykova

The condition of the valve apparatus in patients with coronary heart disease

103

Н.О. Сәбденов

Тік ішек обырының алдын алу және ерте диагностика жасау

Н.О. Сабденов

Профилактика и ранняя диагностика рака прямой кишки

N.Sabdenov

Prevention and early detection of colorectal cancer

106

Ж.С. Сыздықов

Офтальмологиялық хирургияда өткізгіш анестезия жасау кезіндегі «сақтандырма анальгезиясының» көздің ішкі қысымы көрсеткіштеріне әсері

Ж.С. Сыздықов

Влияние «упреждающей анальгезии» на показатели внутриглазного давления при проведении проводниковой анестезии в офтальмохирургии

J.S. Syzdykov

Effect of "preemptive analgesia" on indices of intraocular pressure during block anesthesia in ophthalmosurgery

108

Б.Т. Түкбекова, С.Т. Қизатова

Балаларға қатал қарау және ата-аналар тарапынан қамқорлықтың болмауы

Б.Т. Тукбекова, С.Т.Кизатова

Жестокое обращение с детьми и отсутствие заботы со стороны родителей

B.T. Tukbekova, S.T. Kizatova

Child abuse and neglect by parents

112

Ф.Х.Алиев А.А. Музаффарзаде

Асқынған деструктивті панкреатит кезіндегі жүрек-қан тамырларының патологенетикалық даму факторлары

Ф.Х.Алиев А.А. Музаффарзаде

Патогенетические факторы развития сердечно-сосудистой недостаточности при остром деструктивном панкреатите

F.H. Aliev, A.A. Muzaffarzade

Pathogenetic factor for cardiovascular failure in acute destructive pancreatitis 114

А.К. Бекмағанбетов, Б.С. Молдашева, А.М. Смағұлов

Бас сүйек-мидағы жеңіл жарақаттың соттық-медициналық диагностикасы

А.К. Бекмағанбетов, Б.С. Молдашева, А.М. Смағұлов

Судебно-медицинская диагностика легкой черепно-мозговой травмы

A.K. Bekmaganbetov, B.S. Muldasheva, A.M. Smagulov

Medical and legal diagnostics of slight craniocerebral trauma 117

Б.К. Жарқынбеков, Б.Б. Баймаханов, Г.М. Құттымұратов, К.П. Ошакбаев, Ж.О. Әбішева

Бүйрек трансплантациясынан кейін науқастарды аяққа тұрғызу

Б.К. Жарқынбеков, Б.Б. Баймаханов, Г.М. Құттымұратов, К.П. Ошакбаев, Ж.О. Әбішева

Послеоперационное ведение при трансплантации почек

B.K. Zharkimbekov, B.B. Baimakhanov, G.M. Kuttymuratov, K.P. Oshakpayev, Z.U. Abisheva

Kidney transplantation postoperative management 121

А.В. Куркин, Д.Х. Рыбалкина, К.К. Кайырбековалардың

Жоғарғы жиілікті қуаттылығы әртүрлі сәулелену кезіндегі гепатоциттердегі гликоген құрамына талдау жасау

А.В. Куркин, Д.Х. Рыбалкина, К.К. Кайырбекова

Анализ содержания гликогена в гепатоцитах при СВЧ-облучении различной мощности

A.V. Kurkin, D.H. Rybalkina, K.K. Kaiyrbekova

The analysis of glycogen content in hepatocytes in the microwave - irradiating different power

127

Шолу
Обзоры
Review

А.К. Әлмәдиева

Денсаулық сақтау жүйесінде медициналық-экономикалық тарифтерді қолданудың халықаралық тәжірибесі және отандық денсаулық сақтау жүйесін қаржыландырудағы әдістердің ерекшелігі

А.К. Альмадиева

Международный опыт применения медико-экономических тарифов в здравоохранении и особенности методов финансирования отечественного здравоохранения

A.K. Almadieva

International experience with medical and economic tariffs in health care and particularly methods of financing the national health care 131

Г.Б. Бапаева, Ж.К. Құрманғали, Г.Н. Аймағамбетова

Тұқымның дамуын тоқтатудағы метаболизм процесінің ерекшеліктері

Г.Б. Бапаева, Ж.К. Курмангали, Г.Н. Аймагамбетова

Особенности метаболических процессов при задержке развития плода

G.B. Bapayeva, Zh.K. Kurmangali, G.N. Aimagambetova

Features of the metabolic processes during fetal development delay 136

Д.Р. Оразбаева

Бүйрек трансплантациясы жағдайының ультрадыбыстық сипат белгілері

Д.Р. Оразбаева

Ультразвуковые критерии состояния почечного трансплантата

Д.Р. Оразбаева

Ultrasound criteria of state renal transplant 139

А.К. Оспанова

Дене мүшелері мен тіндердің донорлығы бойынша әлеуметтік маркетинг

А.К. Оспанова

Социальный маркетинг по донорству органов и тканей

А.К. Оспанова

Social marketing by organs and tissue donation 143

Ж.М. Распай

Бенчмаркинг – денсаулық сақтау ұйымдарының бәсекеге қабілеттілігін арттыру құралы ретінде

Ж.М. Распай

Бенчмаркинг - как инструмент повышения конкурентоспособности организаций здравоохранения

Zh.M. Raspay

Benchmarking as a tool for enhancing the competitiveness of health care organizations 145

**ПРАКТИКАЛЫҚ ДӘРІГЕР ҚЫЗМЕТІ
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА
ACTIVITIES OF THE DOCTOR**

**Денсаулық сақтаудағы аккредитация мен менеджмент жүйесі
(тәжірибелік денсаулық сақтау)**

**Аккредитация и система менеджмента в здравоохранении
(практическое здравоохранение)**

Accreditation and Health Management System
(practical health care)

А.Г.Ахметова

Медицина қызметкерлерінің еңбегін арттыруды және ынталандыруды бағалау

А.Г. Ахметова

Оценка мотивации и стимулирования трудовой деятельности медицинских работников

A.G.Akhmetova

Assessment of motivation and stimulation of employment of health workers

150

Н. Байсултан

Госпитальге дейінгі кезеңдегі жүректің ишемия ауруына шалдыққан науқастарға медициналық жедел жәрдем көрсетуді жетілдіру

Н. Байсултан

Совершенствование скорой медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца на догоспитальном этапе

N. Baysultan

Perfection of the first help by the patient with the ischemic heart trouble at the pre-hospital stage

152

Ю.А. Белоног

Ішкі инфекциялық аурулардың алдын алу жолдарын белсендіру

Ю.А. Белоног

Пути оптимизации профилактики внутрибольничной инфекции

U.A. Belonog

Ways of optimization of prevention of nosocomial infections

154

Ф.Д. Бимбетова, Г.Ж. Қаспақова

Жедел жәрдем станцияларындағы қайта шақыртуларды талдаудың әдісі

Ф.Д. Бимбетова, Г.Ж. Каспақова

Способ анализа повторных вызовов на станции скорой медицинской помощи

F.D. Bimbetova, G. Zh. Kaspakova

Way of the analysis of repeated calls at station of the first-aid

157

С.К. Ділімбетов

Ақтөбе облысындағы Мұғалжар ауданының санитарлық-экологиялық жағдайын жақсартатын бірнеше шаралар

С.К. Дилимбетов

О некоторых мерах по улучшению санитарно-экологического состояния Муголжарского района Актюбинской области

S.K. Dilimbetov

About certain measures to improve sanitary district environmental status in mugolzharsk area Aktobe region

158

Г.Ж. Қаспақова, Ф.Д. Биімбетова

Астана қаласы бойынша гипертензиялық криз мәселелеріне байланысты жедел жәрдем қызметіне науқастардың хабарласуын саралау

Г.Ж. Каспакова, Ф.Д. Бимбетова

Анализ обращаемости больных за скорой медицинской помощью по поводу гипертензивных кризов по городу Астана

G. Zh. Kaspakova, F.D. Bimbetova

The analysis of negotiability of patients behind the first help concerning hypertensive illness in Astana city

160

А.П. Ким, Н.И. Төлебаева

Астана қаласында өндірістік орта мен уақытша еңбекке жарамсыз жұмысшылардың санитарлық-гигиеналық сипаттамасы

А.П. Ким, Н.И. Тулебаева

Санитарно-гигиеническая характеристика производственной среды и заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди рабочих в городе Астана

A.P. Kim, N.I. Tylebaeva

Sanitary and hygienic characteristics of working environment and morbidity with temporary disability among workers in Astana city

162

Р.О. Молдабекова

Астана қаласындағы жедел медициналық көмек станциясы қызметкерлерінің уақытша еңбек ету қабілетінен айырылуы мен ауруға шалдығуының анализі

Р.О. Молдабекова

Анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности сотрудников станции скорой медицинской помощи в городе Астана

R.O. Moldabekova

The analysis of disease with time disability of employees in Astana city

165

Н.И. Төлебаева

Астана қаласындағы зиянды шарттар бойынша жұмыс жасайтындарға алдын ала медициналық тексеруден өтуге арналған сұрақтар

Н.И. Тулебаева

Вопросы качества проведения профилактических медицинских осмотров лиц, работающих во вредных условиях труда в городе Астана

N.I. Tylebaeva

Issues of quality of preventive medical examinations of persons working in hazardous conditions in Astana city

167

**Тәжірибеден алынған жағдай
Случай из практики
Cases from practice**

А.М. Елубаева

Бас миы қантамырларының туа пайда болған ақаулары

А.М. Елубаева

Врожденная аномалия сосудов головного мозга

A.M. Elubaeva

Congenital anomalies of cerebral vessels

169

**Мәнжазбалық мақалалар
Реферативные статьи
Essay articles**

А.Б. Әбдірахманова, А.К. Тұрғамбаева

Денсаулық сақтау менеджерлеріне арналған санаттық стандарттар мен шешуші критерилерге берілетін кеңес

А.Б. Абдрахманова, А.К. Тургамбаева

Рекомендации по отборочным критериям и квалификационным стандартам для менеджеров здравоохранения

A.B. Abdrakhmanova, A.K. Turgambaeva

Recommendations on the selection criterias and qualification standards for health care managers

171

С.Б. Аманов

Жедел панкреатитті емдеу тактикасын таңдаудың маңызды мәселелері

С.Б. Аманов

Актуальные вопросы выбора тактики лечения при остром панкреатите

S.B. Amanov

The actual issues of treatment choice at acute pancreatitis

173

С.Б.Аманов

Ішкі органдардың қабынуының алдын алу және емдеу тактикасының өзекті мәселелері

С.Б. Аманов

Актуальные проблемы профилактики и тактики лечения спаечной болезни брюшной полости

S.B. Amanov

Actual problems of prevention and a therapeutic approach of abdominal adhesions

175

Ю.А. Белоног

Хирургиялық профиль бөлімдеріндегі микробтардың көрінісі

Ю.А. Белоног

Микробный пейзаж отделений хирургического профиля

U.A. Belonog

Bacterial landscape in surgical departments

178

А.А. Дубицкий

Қазақстан Республикасындағы жедел жәрдем қызметін заманауи жағдайда ұйымдастырудың мәселесі

А.А. Дубицкий

К вопросу организации службы скорой медицинской помощи в республике Казахстан в современных условиях

A.A. Dubitskiy

To question of organization of service medical first-aid in republic Kazakhstan in the modern condition

182

А.М. Исина

Қазақстанда тиімді перинаталды күтімді енгізудің тәжірибесі

А.М. Исина

Эффективный перинатальный уход - опыт внедрения в Казахстане

A.M. Issina

Effective perinatal care - the experience of implementation in Kazakhstan

183

А.П. Ким, Н.И. Төлебаева, А.Ж. Шарбақов, Р.К. Сүлейменова, М. Мұхамбетова

Астана қаласындағы қалалық жолаушы автобус жүргізушілерінің тамақтану мәселелері

А.П. Ким, Н.И. Тулебаева, А.Ж. Шарбақов, Р.К. Сулейменова, М. Мухамбетова

Проблемы питания водителей городских пассажирских автобусов в городе Астана

A.P. Kim, N.I. Tylebaeva, A.Zh. Sharbakov, R.Suleymenova, M. Makambetova

Nutritional problems of urban drivers of passenger buses in Astana city

184

А.П. Ким

Астана қаласындағы өндірістік кәсіпорнын жұмысшыларының жағдайын жақсарту

А.П. Ким

Об улучшении условия труда рабочих промышленных предприятий города Астана

A.P. Kim

On the improvement of working conditions of industrial workers in Astana city

186

А.П. Ким, Н.И. Тулебаева

Астана қаласының жылу беру маусымына энергетикалық кешендердің дайындығы

А.П. Ким, Н.И. Тулебаева

О подготовке объектов энергетического комплекса города Астана к отопительному сезону

A.P. Kim., N.I. Tylebaeva

About preparing of the objects of energetical complex of Astana for hieter season

188

С. М. Мұзбалақова

Отбасылық дәрігердің қызметінің жаңа қырлары

С. М. Музбалакова

Новые подходы в деятельности социально - ориентированного семейного врача

S.M. Muzbalakova

New approaches in the activity of the social oriented family doctor

190

А.Ш. Мусина

Емдеу-сауықтыру ұйымдарындағы ауруханаішілік инфекциялардың алдын алуғағы инфекциялық бақылау комиссиясының рөлі

А.Ш. Мусина

Роль комиссии инфекционного контроля в предотвращении внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических организациях

А.Ш. Мусина

The role of infection control committee in preventing hospital infections in medical-preventive organizations

191

Ж.М. Распай

Медициналық ұйымдардың құралдарын басқару – әлемдік тәжірибе мен дамудың қарқындылығы

Ж.М. Распай

Инструменты управления медицинской организацией – мировой опыт и перспективы развития

Ж.М. Распай

Management tools of medical organization - the international experience and perspectives of development

192

Ж.С. Сыздықов

Офтальмологиялық хирургиядағы «сақтандыратын анальгезияны» егде жастағыларға қолдануда өткізгіш анестезияның қалыпты рөлі

Ж.С. Сыздықов

Положительная роль «упреждающей анальгезии» при проведении проводниковой анестезии в офтальмохирургии у лиц пожилого возраста

Ж.С. Сыздықов

The positive role of "preemptive analgesia" during conduction anesthesia in ophthalmic surgery in the elderly people

193

А.Ж. Шарбақов, Н.И. Төлебаева, К.Т. Әбдішева, С.К. Ділімбетов, Н.М. Баймұратов
Санэпидқызметінің ақпараттық кеңістігінің өрлеуі

А.Ж. Шарбақов, Н.И. Тулебаева, К.Т. Абдишева, С.К. Дилимбетов, Н.М. Баймуратов

О развитии информационного пространства санэпидслужбы

A.Sharbakov, N.Tulebaeva, K.Abdisheva, S.Dilimbetov, N.Baymuratov

About development of information space of sanitary epidemiological service

195

Ю.Н. Языков

Микоз ауруын емдеуде Фунголон препаратын қолдану

Ю.Н. Языков

Применение препарата Фунголон при лечении микозов

U.N. Yazykov

Use of fungolon preparation in mycoses treatment

196

Журналда мақала қолжазбаларын рәсімдеудің ережелері
Правила оформления рукописей статей в журнал
The rules for designing manuscripts of new articles for the journal

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ К ВНЕДРЕНИЮ КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИОННОЙ СИСТЕМЫ

*А.Куанышкалиева, А. Тургамбаева
Медицинский университет Астана,
Центр внедрения современных медицинских
технологий Медицинского центра Управления
делами Президента Республики Казахстан*

Введение. В последнее время значительно расширилась сфера применения информационных технологий в медицине. В различных отраслях медицины создаются и используются информационные системы - от форм государственной отчетности, автоматизированных рабочих мест до экспертных систем, баз данных и принятия управленческих решений [1,2,3,4].

Материалы и методы исследования. Центром внедрения современных медицинских технологий Медицинского центра (далее – МЦ) УДП РК проведено социологическое исследование (анкетирование) врачей и среднего медицинского персонала на базе двух клиник МЦ УДП РК в гг. Астана и Алматы, была проведена программа исследования, направленная на получение информации об их удовлетворенности внедрением КМИС и оценки ее качества и результативности.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью Microsoft Excel-2007 в модификации С.Н. Лапач и соавт., статистической программы BIOPSTAT.

Количественные признаки, имеющие нормальное распределение, обозначались как среднее со стандартной ошибкой ($M \pm m$). При сравнении статистических гипотез использовали критический уровень значимости $p < 0,05$. Для выяснения взаимосвязи между данными использован множественный корреляционный (r) и линейный регрессионный анализы с достоверностью 95%.

Проанкетировано 400 медицинских работников Больницы Медицинского центра (далее – БМЦ) и Центральной клинической больницы (далее – ЦКБ) УДП РК. Врачи составили 185 человек (46,2%), средние медицинские работники - 215 человек (53,8%).

По половому составу - 87% женщин, 13% мужчин. По возрасту сотрудники распределились следующим образом: до 29 лет - 7,8%, от 30 до 39 лет - 33,5%, 40-49 лет - 38,3%, 50-59 лет - 17,8%, 60 лет и старше – 2,6%.

Образовательный уровень сотрудников: составили 45,3% - с высшим образованием, 48,5% - со средним специальным, с незаконченным высшим – 6,2%.

Результаты и обсуждение. По данным анализа, среди медицинских работников более половины опрошенных (63,3%) профессионально обучались работе на компьютере и 80% респондентов считают, что владение компьютером неотъемлемой частью своей профессии. Свои навыки работы на компьютере считают как «отличные» 12,8% респондентов, как «хорошие» – 56,2%, «средние» – 28,3%, «ниже среднего» – 2,5%, «плохое» – 0,2%.

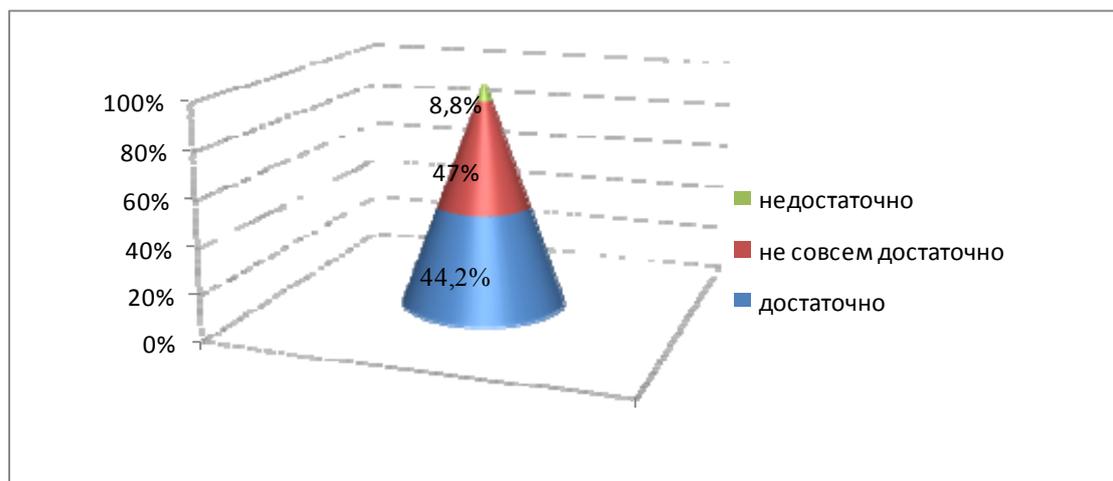


Рисунок 1 - Оценка знаний компьютерной грамотности сотрудников

Далее, 44,2% сотрудников считает, что их знаний по компьютерной грамотности достаточно для работы с КМИС, 47%- считают не совсем достаточным, 8,8% - недостаточным (рис. 1).

Из анкет следует, что медицинские работники имеют навыки работы в Word, Excel, Access, Power Point и других программах (таблица 1).

Таблица 1 - Навыки работы сотрудников клиник Медицинского центра на компьютере

Вопрос	На каких программах имеете навыки работы				
	MO Word	MO Excel	MO Access	MO Power Point	Другие программы
ЦКБ	233	134	13	55	31
БУДП	122	66	11	28	14
Итого	355	200	24	83	45

Большинство медицинских работников (90,8%) предпочитает электронный вариант ведения документации, 9,2% опрошенных хотели бы сохранить бумажный вариант.

При этом респонденты отметили, что ведение электронных записей имеет следующие преимущества: (рис. 2).

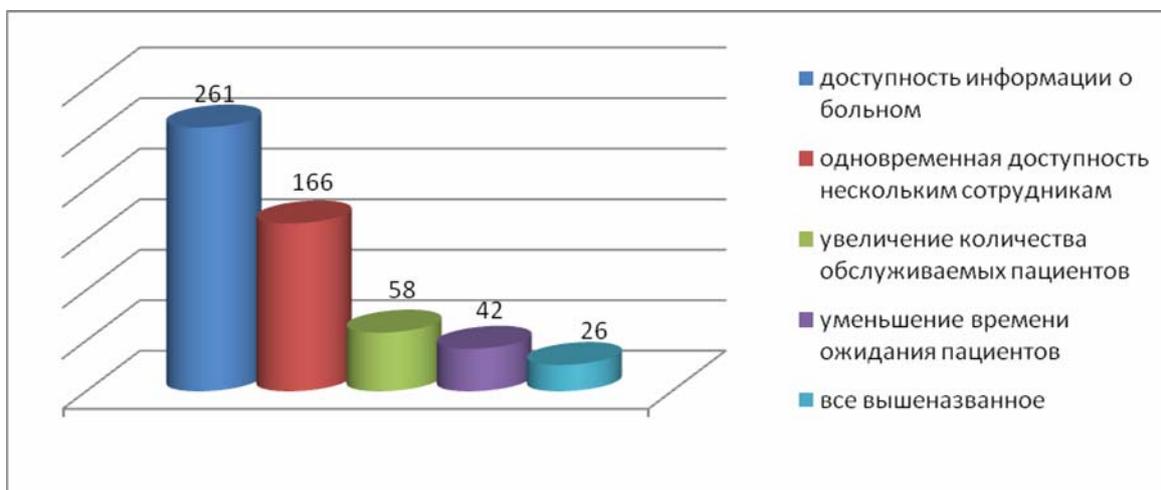


Рисунок 2 - Преимущества работы с КМИС

Исходя из рисунка 2, следующими преимуществами явились: доступность информации о больном (указали 261 человек), одновременная доступность нескольким сотрудникам - 166, увеличилось количество обслуживаемых пациентов – 58, уменьшилось время ожидания пациентов – 42, при этом все вышеперечисленные преимущества ответили – 26.

Анализ показал, что для занесения данных пациентов в КМИС 237 врачей работают каждый на своем компьютере, 105 врачей работают на одном компьютере по двое, 36 – по трое, 12 - по четверо (в разные смены).

Среди них 25,8% готовы дополнительно обучиться компьютерной грамотности, непосредственно работе с КМИС - 35%, тому и другому – 39,2%.

На вопрос «можно ли полностью сформировать медицинские записи с помощью КМИС», мнения респондентов разошлись: 41% ответили положительно, 57,5% считает недостаточным, и 1,5% - невозможным. Практически все сотрудники-пользователи КМИС (96,5%) хотят иметь электронную базу знаний по медицине (протоколы, алгоритмы лечения).

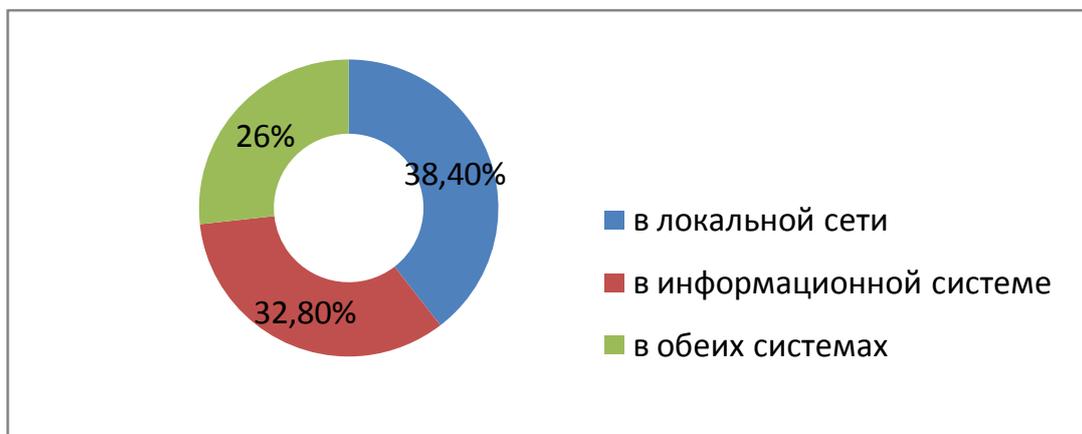


Рисунок 3 - Проблемы при работе с КМИС

Как отметили сотрудники, при работе с КМИС в 38,4% случаев проблемы возникают в локальной сети (компьютере, соединениях), в 32,8% в самой информационной системе; 26% в обеих системах (рис. 3).

При возникновении вопросов или ошибок по работе с КМИС 84,3% сотрудников обращаются к администраторам, 10,3% решают проблемы сами, 5,4% находят другие пути решения проблемы.

175 сотрудников (43,8%) отметили, что проблемные ситуации исправляются в течение часа, 46,8% в течение рабочего дня, 9,4% - на следующие сутки (рис.4).

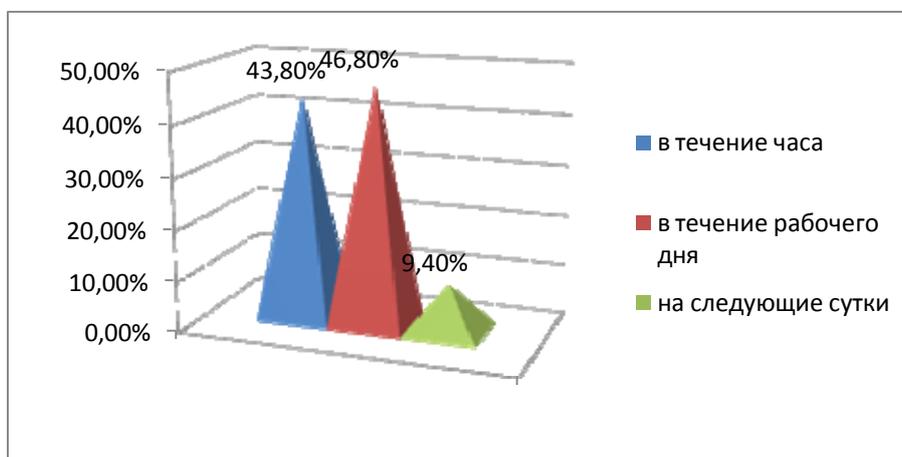


Рисунок 4 - Оперативность исправления проблемных ситуаций

Инструкции по работе с КМИС имеют 45 % респондентов, не имеют – 55%. За внедрение диспетчерской службы по КМИС «горячая линия» высказались 341 медиков (85,2%), против – 59 (14,8%), последние причину отрицания не указали. 16,8% опрошенных работу КМИС оценивают на 5 баллов; 41,2% –на 4 балла, 36,2% - на 3 балла, 4%на 2 балла, 5,8% - на 1 балл (рисунок 5).

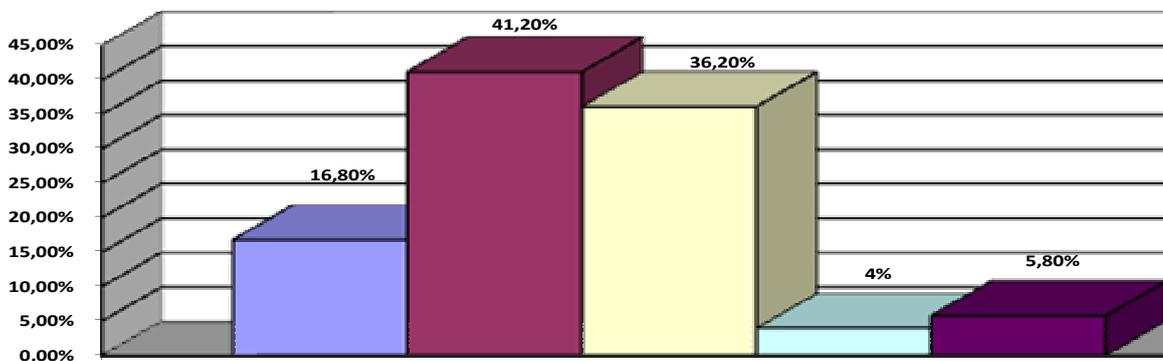


Рисунок 5 - Оценка работы КМИС

Нами также исследованы факторы, сдерживающие по мнению респондентов, информатизацию деятельности ЛПО Медицинского центра. Для ответа на этот вопрос была использована оценочная шкала по 5 балльной системе. Как показало исследование, основным сдерживающим фактором является недостаточная мотивация медицинских работников (114 балла) и недостаточная компьютерная грамотность медицинских работников (103 балла), в меньшей степени - несовершенство нормативной базы в сфере информатизации здравоохранения (88 балла), недостаточная защита персональных данных пациента (57 балла).

Во время опроса респонденты высказали свои предложения, что считают необходимым ввести в ИС все виды отчетности, дополнить протоколами диагностики и лечения; иметь возможность отправления сообщений (рекомендаций, приглашения, лечения и т.д.) на сотовые телефоны и E-MAIL пациентов; иметь возможность исправления ошибок (шифр по МКБ, орфография и др.) самими пользователями; разработать программу дневного стационара; внедрить отчетность по списанию стоматологического материала. Также есть единичные замечания по поводу недоработанности и частого зависания программы.

Выводы. Медицинский персонал клиник Медицинского центра УДП РК в целом положительно отнеслись к внедрению новой комплексной медицинской информационной системы. Большинство медицинских работников (90,8%) предпочитает электронный вариант ведения документации, при этом основными преимуществами является доступность полной информации о больном, одновременная доступность информации нескольким сотрудникам, уменьшение времени ожидания пациентов. Основными факторами, сдерживающими информатизацию ЛПО, явилась недостаточная мотивация медицинских работников и недостаточная компьютерная грамотность, в меньшей степени - несовершенство нормативной базы в сфере информатизации здравоохранения в области информатизации, недостаточная защита персональных данных пациента.

Литература

1 В. В. Годин, И. К. Корнеев Информационное обеспечение управленческой деятельности Издательства: Высшая школа, Мастерство; 240 стр., 2001 г.

- 2 Деменский В.В., Пименова М.Н. От стихийной компьютеризации к системной интеграции информации // Главный врач. – 2000. №2. – С. 18-19.
- 3 Мжельский А.Н. Применение информационных систем в здравоохранении // Врач и информационные технологии. 2008. - №2. С.33-37.
- 4 Chrismar. W.G. The Economics of Integrated Electronic Medical Record Systems /W.G. Chrismar, S.M. Thomas // Proc. of XI Int. Congress on Medical Informatics (Medinfo 2004). -San-Francisco, 2004. - P. 592-596.
- 5 Clereg, P. Integration of Elccironic Patient Record Context with Message Context /P. Clereg, M. Bangels, F.R. France // Proc. of XI Int. Congress on Medical Informatics (Medinfo 2004). -San-Francisco, 2004. - P. 1028-1032.
- 6 Freeman C. Technology Policy and Economic Performance. - London: Pinter Publishers, 1987. - 407 p.

Түйін

Кешенді дәрігерлік ақпараттық жүйені енгізуге медицина қызметкерлерінің пікірін зерттеу

А.Куанышқалиева, А. Тұрғамбаева

Осы мақалада жаңа кешендік дәрігерлік ақпараттық жүйені енгізуге қатынасты медицина қызметкерлерінің арасында жүргізілген социологиялық зерттеудің мәліметтері келтірілген. Сауал-сұрақ жүргізу жолымен дәрігерлердің қабылдауды тосу уақытының азаюы, емделушілер туралы толық мәліметті бір уақытта бірнеше дәрігерге жеткізу мүмкіндігі талқыланған. Сонымен бірге ақпараттық жүйені дамытатын негізгі әсерлер зерттелген, жалпы бағаланған.

Summary

The study of the views of health professionals to implement comprehensive health information system

A. Kuanyshkalieva, A. Turgambaeva

This article presents data from a sociological study of health professionals to examine their attitudes towards the introduction of a new integrated medical information system. By questionnaire explored issues of the advantages of using this system, as the simultaneous availability of full information about the patient, increasing the number of accepted patients, thereby reducing the waiting time of reception of doctors. Also evaluated the key factors influencing the development of medical information systems, problems and speed their removal. gives a general assessment of the information system on a five-point system.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РАБОТАЮЩИХ НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

С.А. Томашова

Центр внедрения современных медицинских технологий Управления делами Президента Республики Казахстан

Введение. Проблемы укрепления здоровья, обеспечения безопасности работающих на промышленных предприятиях и формирование у них здорового образа жизни становятся все более актуальным предметом научных исследований [1].

Актуальность проблемы защиты здоровья работающих путем создания безопасных условий труда, снижения риска возникновения профессиональных заболеваний и профессионально обусловленных патологий, улучшения медицинского обслуживания отражены в Концепции перехода Республики Казахстан к устойчивому развитию на 2007-2024 годы и требуют своего дальнейшего развития [2-11].

В связи с чем, **целью исследования** явилось оценить распространенность поведенческих факторов риска развития заболеваний у рабочих промышленных предприятий, как основа научного обоснования проведения первичной профилактики и формирования здорового образа жизни, внедрения проектов ВОЗ «Здоровые рабочие места».

Методы исследования: социально-гигиенические, статистические, социологические. Проведён социологический опрос работающих на предприятии по открытой добыче угля в

основных цехах и контрольном цехе с различными условиями труда. Контингент исследуемых составил 480 человек.

Результаты и обсуждение. Изучение условий труда работающих показало, что в сравнении с контролем, работающие основных цехов достоверно больше подвергаются действию наиболее неблагоприятных факторов производства: запыленности, загазованности, шума и вибрации. В контрольном цехе работающие в большей степени подвержены нервно-эмоциональному напряжению и действию загазованности.

Согласно результатам опроса, на предприятии выявлен высокий уровень распространенности табакокурения как в основных так и контрольном подразделениях. В целом по предприятию 59,2% опрошенных курят. Следует учесть длительный стаж курения работающих. Самой многочисленной группой оказалась имеющих стаж курения более 20 лет. Большая часть опрошенных (40,0%) выкуривает около одной пачки сигарет в день (15-20 штук) и более 20 сигарет в день выкуривает 24,3%. Возрастным периодом начала курения 78,8% опрошенных назвали 16-20 лет. Определенный интерес представляет отношение работающих к курению на рабочем месте. Установлено, что работающие довольно лояльно относятся к курению своих коллег на рабочем месте. Не обращают на данный факт внимание – 66,7% опрошенных и только 25,2 % выразили недовольство курением коллег. Наряду с табакокурением на предприятии наблюдается высокий уровень распространенности употребления алкоголя. Нами изучены виды, количество и частота употребления алкогольных напитков. Установлено, что в целом по предприятию всего 10,8% опрошенных не употребляют алкоголь. Выяснилось, что наиболее популярным алкогольным напитком является водка (73,8%). Поэтому, распространенность употребления спиртных напитков по отдельным подразделениям мы привели на примере водки. Согласно стандартам ВОЗ по определению степени употребления алкоголя, 70,8% опрошенных злоупотребляют алкоголем (более 180 мл водки в день). Избыточно употребляют алкоголь – 16,1% опрошенных (более 120 мл водки в сутки) и 13,1% употребляют алкоголь в умеренных количествах (менее 120 мл водки в сутки). Наряду с количеством, важное значение имеет и частота употребления спиртных напитков. Около половины опрошенных употребляют алкоголь 1-2 раза в месяц, 3-4 раза в неделю – 38,7%, реже чем 1 раз в месяц – 8,5% и ежедневно – 0,6%. На предприятии 25,9 % опрошенных не употребляют алкоголь. Большинство работающих начали употреблять алкоголь в возрасте от 16 до 20 лет (66,1%). Высокий уровень распространенности табакокурения и употребления алкоголя являются подтверждением острой необходимости проведения профилактических вмешательств на предприятии. Выявление лиц на предмет употребления наркотиков показало, что 87,0% опрошенных отрицают опыт употребления наркотиков. Пробовали наркотические вещества 13,0% опрошенных, из них 12,7% в виде курения и 0,3% в виде инъекций. Среди пробовавших наркотики в возрасте от 16 до 20 лет – 40,0% опрошенных, от 10 до 15 лет (40,0%) и после 20 лет (20,0%).

Результаты опроса показали высокую физическую активность работающих на открытой добыче угля. Так, в целом по предприятию в течение рабочего дня более 8 часов физически неактивны всего 15,6% опрошенных. Данный показатель выше в АТЦ (32,1%), что обусловлено характером и особенностями труда водителей. Значительная доля опрошенных физически активна вне работы. Отметим, что занимаются спортом 22,3% опрошенных, делают физические упражнения – 45,2%, совершают пешие прогулки – 58,3%. Также более половины опрошенных работают на участке или даче.

Большое внимание в исследовании мы уделили оценке психологического статуса, которая проводилась по результатам опроса и специальным общепринятым методикам. Изучена частота и причины стрессовых ситуаций, психологический микроклимат на работе и в семье. Установлено, что более половины опрошенных испытывают стресс на рабочем месте. Основными причинами стрессовых ситуаций на работе опрошенные назвали неудовлетворенность размерами заработной платы (39,7%), неудовлетворенность условиями труда (36,7%) и большое психологическое напряжение на работе (26,3%). Также

треть опрошенных указали на наличие стресса дома. Основными причинами стресса названы неудовлетворенность материальным состоянием семьи, отсутствие перспективы обеспечить благополучную жизнь детям. При этом большинство работающих охарактеризовали сложившиеся взаимоотношения на работе и в семье как спокойные и доброжелательные. Оценка уровня психологической депрессии по шкале Холмса-Рея показала, что 53,4% опрошенных имеют нормальный уровень стресса, который необходим для адаптации и продуктивной деятельности. Состояние стресса не свойственно для 41,9% опрошенных. Подобное состояние может иметь или не иметь характера неадаптивной психологической защиты. Несколько повышенный уровень стресса имеют 1,7% опрошенных. При этом, данные изменения носят легко обратимый характер. Согласно оценке уровня тревожности по шкале Дж. Тейлор большинству работающих (80,1%) состояние тревожности не свойственно и 19,4% опрошенных имеют нормальный уровень тревожности необходимый для адаптации и продуктивной деятельности. По шкале оценки уровня переутомления для 79,6% опрошенных состояние переутомления несвойственно и 18,1% опрошенных имеют нормальный уровень утомления. Несколько повышенный уровень переутомления всего у 2,3% респондентов. Данные результаты свидетельствуют как о стабильном психологическом статусе работающих, так и возможной недооценке работающими своего психоэмоционального статуса и его влияние на здоровье.

Качество питания во многом определяют состояние здоровья работающих. Изучение режима питания показало, что 3 раза в сутки потребляют пищу 57,9% опрошенных, более 3 раз в сутки (33,9%). Питаются только один раз в сутки (0,7%) и двукратно (7,5%). Употребляют пищу в определенные часы дома и на рабочем месте (52,0%). Следует отметить, что значительная доля лиц – 41,5% опрошенных питаются бессистемно. Практически все работающие приносят еду из дома. Следовательно, для хранения и употребления домашней пищи необходимы соответствующие условия (специально отведенные места, холодильники, электроплитки и т.п.). 37,4% опрошенных отметили, что условия для хранения и приема пищи на рабочем месте отсутствуют. Но большинство из них не желают получать на обед питание из столовой. Учитывая физический характер труда работающих на открытой добыче угля большое значение имеет калорийность и качество пищи употребляемой на обед. Горячую пищу во время обеденного перерыва употребляют практически все опрошенные (99,3%).

Бессистемный режим питания не только приводит к заболеваниям желудочно-кишечного тракта, но может привести к нарушению обмена веществ, что в свою очередь приводит к избыточной массе тела. Расчет индекса массы тела (индекс Кетле), показал, что нормальный вес имеют 49,5% опрошенных, избыточный вес (пре-ожирение) -37,2%, ожирением страдают 9,8% опрошенных. (Классификация ожирения, ВОЗ,1997) Среди лиц имеющих избыточную массу тела достаточно высок уровень распространенности курения, что является дополнительным фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. К примеру, среди страдающих пре-ожирением 39 % курящих, среди тех, кто уже имеет ожирение курит 9%.

Определенный интерес представляет самооценка состояния здоровья работающими. В целом работающие позитивно оценивают свой уровень здоровья. Отметили, что имеют хорошее здоровье 50,5% опрошенных, среднее (39,6%) и очень хорошее (7,7%). Для сохранения и укрепления здоровья промышленных рабочих большое значение имеет санаторно-курортное лечение. К сожалению, в течение последних 3-5 лет, большинство опрошенных (72,7%) не пользовались путевками в дома отдыха, санатории, выданные предприятием. Проходили профилактическое лечение 1 раз – 14,4% опрошенных, 2 раза – 6,0%, 3 раза и более – 6,9%. Наряду с этим каждый третий опрошенный (34,2%) отметил наличие хронических заболеваний. Болеют простудными заболеваниями не чаще 1 раза в год 82,7% опрошенных, 2-4 раза в год – 15,5% и более 4 раз – 1,8%. Отметили наличие хронического тонзиллита 7,8% опрошенных, редко обостряющиеся (1-2 раза в год) заболевания печени, желчного пузыря, желудочно-кишечного тракта и мочеполовой

системы – 3,8% и часто обостряющиеся – 0,5%. Для предотвращения развития хронических процессов огромное значение имеет своевременность диагностики и лечения. По поводу острых заболеваний всегда обращаются к врачу 47,3% опрошенных. В последнее время существенной проблемой для врачей становится самолечение больных. Так, на предприятии выявлен значительный процент лиц предпочитающих лечиться самостоятельно (48,6%). Причинами не обращения за медицинской помощью работающие назвали: отсутствие времени для посещения поликлиники, не доверие к врачу и страх потерять работу. За последние 12 месяцев 59,8% опрошенных вообще не обращались за медицинской помощью и 40,0% опрошенных посещали поликлинику 1-3 раза. Соответственно, 64,2% опрошенных в течение последнего года не брали больничный лист, брали один раз - 31,3%, два раза – 4,0%. В основном опрошенные обращались по причине острой болезни (42,1%), в связи с обострением хронических заболеваний (21,8%) и по поводу медицинского осмотра (20,3%). При этом полностью выполняют рекомендации врача 71,5% опрошенных, выполняют но не всегда (25,2%) и не выполняют вообще (8,7%).

По мнению работающих, в первую очередь на здоровье влияет состояние окружающей среды (65,7%). Также значимыми факторами формирующими здоровье являются условия труда (64,9%), усилия самого человека по укреплению здоровья (50,2%), наследственность (28,4%), условия быта (25,9%). Медицинские знания, необходимые для поддержания здоровья работающие получают по телевидению и радио (73,6%), из научно-популярной литературы (54,0%), от врачей (23,4%), из специальной литературы (16,2%). К сожалению, 33,9% опрошенных доверяют информации от знакомых. Но как правило, подобная информация может быть не всегда грамотной и правильной. Также нами было изучено отношение работающих к проблеме формирования здорового образа жизни. Установлено, что большая часть опрошенных (70,6%) обращают внимание на здоровый образ жизни. Это заключается в обсуждение различных вопросов здорового образа жизни (80,8%), активном отдыхе на природе (83,8%), создании условий для ведения здорового образа жизни (Например: улучшение быта, организация питания и т.п.) (61,0%), организации спортивных мероприятий (46,9%), поощрении здорового образа жизни в коллективе (12,3%) и семье (10,0%). Наряду с большой потребностью в информации об укреплении здоровья, 84,8% опрошенных отметили, что на предприятии за последние 12 месяцев медицинские работники не проводили лекции и беседы по данной теме. Также большинство работающих сослалось на недостаточность уровня проводимой разъяснительной работы по профилактике заболеваний и укреплению здоровья. Интересно было узнать пытались ли работающие когда-нибудь изменить свои привычки и вести здоровый образ жизни. Выяснилось, что 64,4% опрошенных совершали подобные попытки и около половины всех опрошенных хотят изменить свой образ жизни на данный момент.

Заключение. Таким образом, нами выявлены основные риски образа жизни работающих на промышленном предприятии, что должно быть учтено при проведении профилактических мероприятий а также необходимости внедрения программ «Здоровые рабочие места», рекомендованных ВОЗ.

Литература

- 1 Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение. Москва, 2002 г. - 520с.
- 2 Белоног А.А. Гигиенические основы управления состоянием здоровья населения в зонах экологического риска: Автореф. дис. докт. мед. наук.-Москва, 2004.-49с.
- 3 Самакова А., Белоног А., Ибрагимов А., Брагин А., Корчевский А. Научные концепции управления безопасностью в социально-экологических системах.-Санкт-Петербург: Гуманитарная академия, 2004.-205с.
- 4 Белоног А., Онищенко Г., Слажнева Т., Корчевский А. Научные основы управления гигиеническими факторами общественного здоровья.-Алматы, 2003.-209с.
- 5 Кацнельсон Б.А., Привалова Л.И. Оценка риска и гигиеническая регламентация - альтернативы или взаимодополняющие подходы.// Токсикологический вестник.-1996.-№4.-С.5-10.
- 6 Авалиани С.Л., Андрианова М.М., Печенникова Е.В., Пономарева, О.В. Окружающая среда. Оценка риска для здоровья (мировой опыт). - М.: Консультационный центр по оценке риска, 1996.- 128 с.
- 7 Киселев А.В., Фридман К.В. Оценка риска здоровью. - С-П.: Дейта, 1997. – 202 с.

8 Рахманин Ю.А., Русаков Н.В. Приоритетные направления и критерии оценки загрязнения окружающей среды // Гигиена и санитария. - 2003. - № 6. - С. 14-16.

9 Онищенко Г.Г. Новиков С.М., Рахманин Ю.А., Авалиани С.Л., Буштуева К.А. Основы оценки риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду/Под ред. Рахманина Ю.А., Онищенко Г.Г.-М.:НИИ ЭЧ и ГОС, 2002, - 408с.

10 Рахманин Ю.А., Румянцев Г.И., Новиков С.М. Методологические проблемы диагностики и профилактики заболеваний, связанных с воздействием факторов окружающей среды. // Гигиена и санитария. - 2001. - № 5. - С. 3-7.

11 Рахманин Ю.А., Новиков С.М., Шашина Т.А. Методы оценки острых и хронических воздействий факторов окружающей среды на здоровье России. Стратегические риски чрезвычайных ситуаций: оценка и прогноз. Материалы конференции, Москва, 2003 г.-С. 86-92.

Түйін

Өндірістік өнеркәсіптерде қызмет ететін жұмысшылардың ауруға шалдығу қаупінің жетекші факторлары

С.А. Томашова

Қызмет етуші халықтың ауру жағдайы тарапынан болатын қауіп факторлары (темекі шегушілік, алкоголь тұтыну, дене белсенділігі, тамақтану режимі, психологиялық жағдай, аурудың ахуалы және хабардар болуы) зерттелді және салауатты өмір салтын қалыптастыру жөніндегі шаралардың қажеттілігі негізге алынды.

Summary

Behavioral factors of risk for diseases among workers in industrial enterprises

S.A. Tomashova

Prevalence of behavioral risk factors were studied (tobacco smoking, alcohol abuse, physical activity, nutrition, psychological status, morbidity level, awareness) of workers and necessity of healthy lifestyle development was justified.

УПРАВЛЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННЫМ ЗДОРОВЬЕМ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ



К ВОПРОСУ АНАЛИЗА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

А.А. Дубицкий

АО «Медицинский университет Астана»

С момента приобретения нашей страной независимости со стороны организаторов здравоохранения и специалистов скорой медицинской помощи всех уровней отмечается неослабевающее внимание к вопросам организации и совершенствования работы службы скорой медицинской помощи. Однако, основные противоречия, препятствующие совершенствованию службы скорой медицинской помощи, так и остались неразрешенными. Существенно тормозит дальнейшее реформирование службы и отсутствие единой точки зрения организаторов и специалистов скорой медицинской помощи на решение ряда кардинальных проблем.

До сих пор отсутствует единая трактовка основных понятий и определений скорой помощи. Так, например, в ежегодных статистических отчетах Министерства здравоохранения Республики Казахстан (2007-2010 гг.) в разделе, где отражены основные показатели деятельности службы, в результате неоднозначного толкования основного понятия скорой помощи, под выездными бригадами подразумеваются только медицинские работники без их увязки с санитарным транспортом и дежурными сменами. Это автоматически привело к тому, что показатель количества выездных бригад безосновательно увеличился в 3-4 раза. Если дальнейшая отчетность службы скорой

медицинской помощи РК построена по такому принципу и рассчитывается из этих величин, то практически все основные показатели качества работы службы РК становятся статистически недостоверными.

В настоящий момент среди основных нерешенных или не до конца разработанных практически важных вопросов, необходимо выделить следующие:

- разработка и научное обоснование оптимальной (эффективной и разумно экономичной) модели организации станции скорой медицинской помощи, ранжированную по видам (уровням) выездных бригад с учетом различных региональных факторов (избирательных подход);

- разработка принципов и форм взаимодействия догоспитального и госпитального этапов в современных условиях – как двух составных частей единого технологического комплекса оказания эффективной экстренной медицинской помощи (с учетом просчетов и ошибок прежнего опыта).

В связи с актуальностью данной темы был изучен и проанализирован потенциал и результативность деятельности службы скорой медицинской помощи Республики Казахстан, тем более, что объективные материалы по этому вопросу в доступной литературе встречаются довольно редко. Для анализа взят перечень основных показателей (количественных и качественных) работы станций и отделений скорой медицинской помощи РК. Все показатели изучались в динамике по годам за период 2007 – 2010 годы. В основу оценки деятельности был положен принцип сравнительного анализа каждого показателя - по отклонениям его величины от величины («реперного») среднестатистического показателя по стране. Сбор информации проводился методом анкетирования, в котором участвовали все ведущие областные специалисты РК по скорой медицинской помощи, что позволяет судить об исследовании как полным по охвату.

В анализ были включены следующие основные показатели работы службы: обращаемость населения; обеспеченность потребности населения в СМП (количество и виды выездных бригад и их нагрузка); оперативность; объем работы (количество выездов, госпитализация); качество (адекватность и эффективность оказания СМП); летальность; взаимодействие СМП со смежными этапами и госпитальной базой; медикаментозное и техническое обеспечение и др.

Для выявления закономерностей, которые могут влиять на величину и значение показателей, а также корреляций между ними, была проведена типология станций и отделений скорой медицинской помощи в следующих вариантах:

1 вариант - по численности населения: а) - до 25000 жителей; б) - до 50 000; в) - до 100 000 и более; г) - до 500 000 и более; д) - до 1 млн. и более).

2 вариант - по обращаемости на 1000 жителей: а) 1 группа - в пределах: 320,0; б) 2 группа - от 320,0 - 400,0; в) 3 группа - от 401,0 до 450,0; г) 4 группа - более 450,0.

3 вариант: в зависимости от типа модели СМП, по видам и уровням выездных бригад: 1 уровневая - фельдшерские выездные бригады; 2-х уровневая (смешанная) - фельдшерские и врачебные бригады; 3-х уровневая (смешанная) - фельдшерские, врачебные и специализированные бригады.

Потребность населения в скорой медицинской помощи обеспечивает сеть лечебно-профилактических организаций: станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи (догоспитальный этап) и стационары (госпитальный этап), взаимодействующие между собой.

Служба скорой помощи так же взаимодействует и с поликлинической сетью в целях улучшения преемственности лечения больных с хроническими заболеваниями и уменьшения их обращаемости. Лечебно-диагностический процесс выездных бригад осуществляется на основе разработанной комплексной системы информационной поддержки врачебных решений. Централизованное организационно-методическое руководство службой скорой помощи РК в настоящий момент осуществляется недостаточно.

Из 278 имеющихся в стране станций и отделений (включая пункты) скорой медицинской помощи более трех четвертей расположены в сельской местности - 76,4%. 39 станций являются самостоятельными организациями.

Укомплектованность выездных бригад врачами - 57,2%; фельдшерами - 86,7%. Показатель обеспеченности бригадами всех видов (средне республиканский) составляет 0,68 на 10 000. В 95,5% из всего количества станций и отделений показатель обеспеченности выездными бригадами составляет менее 1,0 на 10000. Из них врачебными - 0,14, специализированными - 0,07, фельдшерскими - 0,8.

Врачебные выезды бригады, доля которых составляет в настоящее время 20,5%, (в 2005 году - 21,7%), остались в основном только в средних и крупных городах, фельдшерские выездные бригады составляют - 69,8% (в 2005 г. – 59,3%). Общая (средняя) нагрузка на 1 бригаду составляет 17,2 вызовов в сутки, для врачебных бригад - 16,3; для специализированных - 11,8; для фельдшерских - 21,9. Коэффициент занятости в целом по стране составляет: 61,1, из них - для врачебных бригад - 37,7, для бригад интенсивной терапии - 43,5, для фельдшерских - 56,1. Своевременность выезда на вызов в среднем по РК достигает 91,6% случаев, а доезда - 79,3%.

Госпитальный этап представлен больничными организациями с различным уровнем готовности обеспечения преемственной скорой медицинской помощи. В частности, готовность медперсонала в профессиональном отношении недостаточна, а оборудование приемных покоев для оказания скорой медицинской помощи в соответствующем объеме составляет в среднем 79,9 % (в 2005 году - 75,5%).

Объективная оценка эффективности системы медицинского обслуживания скорой медицинской помощи на современном уровне сложна и требует комплексной работы представителей различных дисциплин - организаторов здравоохранения и медицинских статистиков, математиков и экономистов, социологов и клиницистов. Одной из причин, по которым методические вопросы этой серьезной и актуальной проблемы до сих пор еще окончательно не решены, являются отсутствие и трудности выработки унифицированных критериев оценки качества, адекватности, результативности и эффективности скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.

Соблюдение принципа системности в организации, управлении и прогнозировании службы скорой медицинской помощи предполагает не только и не столько анализ отдельных традиционных количественных и качественных показателей, касающихся деятельности собственно скорой помощи, но разработку такой системы показателей, которая отражала бы деятельность всех звеньев медицинского обслуживания в их взаимосвязи.

Такой системный подход должен касаться изучения показателей, отражающих специфику обслуживания не только пострадавших и больных с заболеваниями, требующими экстренной помощи, но и контингентов, наиболее подверженных риску возникновения неотложных состояний.

Для обеспечения сопоставимости данных необходима также разработка единых классификаторов и стандартных перечней (в частности, номенклатуры профилей бригад, стандартного списка заболеваний и симптомокомплексов в соответствии с Международной классификацией, но адаптированного к службе скорой медицинской помощи), которые, с одной стороны, максимально удовлетворяли бы специфику скорой помощи, а с другой - являясь составной частью всей статистической системы страны, обеспечивали бы «стыковку» с данными официальной статистики. Это в свою очередь облегчило бы выход на интенсивные показатели.

Комплексный подход к оценке состояния экстренной медицинской помощи не может быть основан только на цифровых статистических показателях. Он немалозначим без учета конкретных климатогеографических и экономико-административных условий, определяющих специфику отдельных областей, районов, городов. Несмотря на то, что многие из этих признаков не всегда поддаются количественному выражению

(климатические условия, условия местности, сеть дорог, труднодоступность отдельных районов и др.), их влияние велико, а часто именно эти факторы оказываются определяющими для многих других показателей.

Существует административное категорирование населенных мест, однако при оценках и планировании скорой помощи целесообразно отказаться от принципов административного деления и, исходя из задач, переходить на медицинское районирование. Основным же фактором, определяющим потребность населения в скорой медицинской помощи, является численность соответствующих контингентов больных в данном населенном пункте.

Поэтому для оценки состояния экстренной медицинской помощи особенно важным является соотношение заболеваемости и смертности, с одной стороны, и удельным весом этих показателей среди контингентов с неотложными состояниями, требующих скорой помощи - с другой.

Түйін

Қазақстан Республикасындағы жәдел медициналық жәрдем көрсету қызметін ұйымдастырудың тиімділігін талдау мәселесі

А.А. Дубицкий

Жедел жәрдем көрсету қызметінің деңгейін анықтау үшін, бір жағынан ауруға шалдығу мен өлім деңгейін, екінші жағынан осы көрсеткіштердің жедел жәрдем қызметін талап еткен контингенттің ішіндегі меншікті салмағын қарастыру қажет.

Summary

To a question of analysis of efficiency of organization of work of first-aid medical service in Republic of Kazakhstan

A.A. Dubitskiy

For the estimation of the state of urgent medicare especially important is correlation of morbidity and death rate, from one side, and by specific gravity of these indexes among contingents with the urgent states, requiring first-aid - with other.

ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ ОТ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА В КАЗАХСТАНЕ

Н.С. Игусинов^{1,2}, С.К. Кожахметов^{1,2}, С.И. Игусинов^{1,3}, А.А. Сыздықов²
¹ОО «Central Asian Cancer Institute», г. Астана

²Институт общественного здравоохранения АО «МУА», Астана

³Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы

Введение. Одной из важнейшей эпидемиологической проблемой онкологической службы, характеризующей здоровье населения является смертность от злокачественных новообразований, которая взаимосвязана с заболеваемостью этой патологией [1,2,3]. Ежегодно в мире регистрируются 10 млн. новых случаев рака и более 6,2 млн. смертей от этого заболевания. К 2020 году по прогнозам специалистов заболеваемость раком возрастает до 20 млн. человек, смертность увеличивается до 10 млн.[4]. Социальные последствия онкологических заболеваний, как преждевременная смерть и преждевременный уход на пенсию, составляют около 67% в общей сумме экономического ущерба от рака [5]. Для оценки эффективности противораковой борьбы следует в первую очередь учитывать потери, которые несет общество в связи с тем, что среди причин смерти населения злокачественные новообразования занимают одно из первых мест, и существенно влияют на среднюю продолжительность жизни и размеры невосполнимых потерь населения. В структуре смертности населения от различных болезней, удельный вес умерших больных от злокачественных опухолей в Казахстане составляет в среднем по республике 12,3% и занимает 3 место, после причин смерти от сердечно-сосудистой

системы, несчастных случаев, травм и отравлений [6,7]. В настоящей статье дана эпидемиологическая оценка смертности от колоректального рака в Казахстане.

Материал и методы исследования. В исследовании использованы данные учтенных умерших больных от колоректального рака, учетно-отчетные материалы по данным онкологических учреждений республики за 2004, 2005, 2007, 2008, 2009 гг. Для изучения показателей смертности населения отобраны материалы, касающиеся 7 839 умерших больных от колоректального рака. В качестве основного метода при изучении смертности использовалось ретроспективное исследование с применением дескриптивных и аналитических методов современной эпидемиологии. Динамика смертности изучена за 5 лет. Рассчитаны интенсивные и стандартизованные показатели смертности.

Результаты и обсуждение. За изучаемый период в Республике Казахстан было зарегистрировано 7 839 умерших от колоректального рака, из них 3 715 (47,4%) мужчин и 4 124 (52,3%) женщин, соотношение 1÷1,1. Высокий удельный вес умерших от колоректального рака был установлен в возрастной группе 70-79 лет – 32,7% (2 561 умерших). Аналогичная картина – наибольшее число умерших в 70-79 лет – была выявлена и у мужчин (31,6%) и у женщин (33,6%) (таблица 1).

Таблица 1 – Распределение умерших людей от колоректального рака в Казахстане по полу и возрасту

Возрастные группы	Оба пола		Мужчины		Женщины		Соотношение М÷Ж
	АЧ	%	АЧ	%	АЧ	%	
до 30	53	0,7	27	0,7	26	0,6	1÷1
30-39	169	2,2	85	2,3	84	2,0	1÷1
40-49	585	7,5	288	7,8	297	7,2	1÷1
50-59	1313	16,7	657	17,7	656	15,9	1÷1
60-69	2324	29,6	1155	31,1	1169	28,3	1÷1
70-79	2561	32,7	1174	31,6	1387	33,6	1÷1,2
80+	834	10,6	329	8,9	505	12,2	1÷1,5
всего	7839	100,0	3715	100,0	4124	100,0	1÷1,1
Средний возраст	66,3±0,3 года		65,5±0,5 лет		67,0±0,3 года		

Соотношение умерших от колоректального рака между мужчинами и женщинами практически во всех возрастных группах составило 1÷1, за исключением 70-79 лет и 80 лет и старше, где соотношение было больше в женскую сторону – 1÷1,2 и 1÷1,5 соответственно.

Средний возраст умерших от колоректального рака по республике составил 66,3±0,3 года (95% ДИ=65,7-66,9 лет). Средний возраст при выравнивании имел тенденцию к росту ($T_{пр}=+0,7\%$). У мужчин, умерших от колоректального рака средний возраст составил 65,5±0,5 года (95% ДИ=64,6-66,4 года). При этом в динамике при выравнивании отмечен рост ($T_{пр}=+1,0\%$). Средний возраст женщин, умерших от колоректального рака составил 67,0±0,3 года (95% ДИ=66,5-67,6 года) и был статистически значимо выше ($p<0,05$), чем у мужчин. Тренд выравниваемого показателя имел тенденцию к росту, а среднегодовой темп прироста был $T_{пр}=+0,4\%$.

Среднегодовой грубый показатель смертности от колоректального рака у жителей республики (оба пола) был $10,2\pm0,1^0/0000$, а его 95% ДИ колебался от 10,0 до $10,4^0/0000$. В динамике показатель смертности от колоректального рака у всего населения в Казахстане имел тенденцию к снижению с $10,5\pm0,5^0/0000$ (2004 г.) до $9,8^0/0000$ в 2009 г. Выравниваемые показатели доказывали вышеуказанную тенденцию, и среднегодовой темп убыли составил $T_{уб}=-1,2\%$.

Полученный мировой стандарт – $10,0\pm0,2^0/0000$ (95% ДИ=9,7-10,3⁰/0000) был ближе к грубому показателю, чем результаты, полученные при европейском стандарте – $14,8\pm0,2^0/0000$ (95% ДИ=14,5-15,1⁰/0000). В динамике стандартизованные показатели смертности

от колоректального рака у всего населения в республике имели тенденцию к снижению, так среднегодовые темпы прироста для стандартов составили: мирового – $T_{уб}=-1,70,3\%$ и европейского – $T_{уб}=-1,5\%$.

Возрастные показатели смертности от колоректального рака у всего населения (оба пола) имели унимодальный рост с пиком в 80 лет и старше – $98,9\pm 4,0^0/0000$ (95% ДИ=91,1-106,8⁰/0000) (таблица 2).

Таблица 2 – Среднегодовые возрастные показатели смертности от колоректального рака у всего населения Казахстана

Возрастные группы	Смертность, ⁰ /0000		Тренд T _{пр/уб} , %
	M±m	95% ДИ	
до 30 лет	0,13±0,01	0,11-0,16	-11,9
30-39 лет	1,5±0,1	1,4-1,7	+1,1
40-49 лет	5,5±0,3	4,9-6,1	-5,8
50-59 лет	18,2±0,4	17,4-19,0	-2,8
60-69 лет	53,4±1,4	50,7-56,1	-2,2
70-79 лет	96,0±2,0	92,1-100,0	-2,2
80 лет и старше	98,9±4,0	91,1-106,8	+6,0
Всего	10,2±0,1	10,0-10,4	-1,2

Анализ 95% ДИ возрастных показателей смертности от колоректального рака до 70 лет показал, что они не накладывались друг на друга, а имеющиеся различия были статистически значимыми ($p<0,05$).

В динамике возрастные показатели смертности у всего населения росли в 30-39 лет ($T_{пр}=+1,1\%$) и 80 лет и старше ($T_{пр}=+6,0\%$). В остальных группах отмечено снижение: до 30 лет – $T_{уб}=-11,9\%$, в 40-49 лет – $T_{уб}=-5,8\%$, 50-59 лет – $T_{уб}=-2,8\%$, 60-69 лет – $T_{пр}=-2,2\%$ и 70-79 лет – $T_{пр}=-2,2\%$ (таблица 2).

У мужчин показатель смертности от колоректального рака составил $10,1\pm 0,1^0/0000$ (95% ДИ=9,9-10,3⁰/0000), а у женщин был $10,4\pm 0,2^0/0000$ (95% ДИ=9,9-10,8⁰/0000). В динамике выравненные показатели имели тенденцию к снижению, а среднегодовые темпы убыли у мужчин $T_{уб}=-0,4\%$ были менее выраженными, чем у женщин – $T_{уб}=-1,8\%$ (таблица 3).

Возрастные показатели смертности от колоректального рака по полу имели унимодальный рост с пиком в возрастной группе 80 лет и старше у мужчин – $156,8\pm 8,1^0/0000$ (95% ДИ=140,9-172,6⁰/0000) и с пиком в 70-79 лет у женщин – $80,5\pm 3,4^0/0000$ (95% ДИ=73,8-87,2⁰/0000) (таблица 3). Анализ возрастных показателей показал, что до 70 лет смертность была статистически значимой ($p<0,05$), поскольку их 95% ДИ не накладывались друг на друга, как у мужчин, так и у женщин.

Таблица 3 – Среднегодовые возрастные показатели смертности от колоректального рака у мужского и женского населения Казахстана

Возрастные группы	Мужчины			Женщины		
	Смертность, ⁰ /0000		T _{пр/уб} , %	Смертность, ⁰ /0000		T _{пр/уб} , %
	M±m	95% ДИ		M±m	95% ДИ	
до 30	0,13±0,02	0,10-0,17	-13,4	0,13±0,03	0,08-0,19	-10,3
30-39	1,6±0,1	1,4-1,7	-4,2	1,5±0,2	1,2-1,8	+6,8
40-49	5,7±0,4	4,9-6,5	-8,2	5,3±0,3	4,8-5,9	-3,5

50-59	20,3±0,5	19,3-21,3	-3,3	16,5±0,4	15,6-17,3	-2,3
60-69	66,1±1,8	62,6-69,5	-0,7	44,9±1,6	41,7-48,1	-3,3
70-79	124,5±2,9	118,8-130,1	-0,3	80,5±3,4	73,8-87,2	-4,0
80 +	156,8±8,1	140,9-172,6	+7,8	79,9±2,5	75,1-84,7	+3,8
Всего	10,1±0,1	9,9-10,3	-0,4	10,4±0,2	9,9-10,8	-1,8

Тренды смертности от колоректального рака по возрастным группам у мужчин имели тенденцию к снижению, за исключением возрастной группы 80 лет и старше ($T_{пр}=+7,8$). Наиболее высокий среднегодовой темп убыли установлен в возрастной группе до 30 лет ($T_{уб}=-13,4\%$) и в 40-49 лет ($T_{уб}=-8,2\%$) (таблица 3).

Анализ выравненных возрастных показателей смертности от колоректального рака у женщин показал рост только в возрастах 30-39 лет ($T_{пр}=+6,8\%$) и 80 лет и старше ($T_{пр}=+3,8\%$), а в остальных группах отмечено снижение и наиболее высокий темп убыли установлен у лиц до 30 лет ($T_{уб}=-10,3\%$) (таблица 3).

Стандартизованные показатели смертности от колоректального рака у мужчин были выше, чем грубые показатели. Так, мировой стандарт составил $12,4 \pm 0,1^{0/0000}$ (95% ДИ= $12,2-12,7^{0/0000}$), а европейский стандарт – $18,7 \pm 0,2^{0/0000}$ (95% ДИ= $18,5-19,0^{0/0000}$), разница статистически значима ($p<0,05$). Мировой стандарт у женщин, был ниже грубого показателя и составил $8,6 \pm 0,2^{0/0000}$ (95% ДИ= $8,1-9,0^{0/0000}$), европейский стандарт наоборот был выше грубого показателя – $12,6 \pm 0,3^{0/0000}$ (95% ДИ= $12,1-13,1^{0/0000}$). Установленные различия в стандартизованных показателях между мужчинами и женщинами были статистически значимыми ($p<0,05$).

Тренды выравненных стандартизованных показателей у мужчин были менее выраженными, чем у женщин. Так, мировой стандарт при выравнивании имел незначительную тенденцию к снижению ($T_{уб}=-0,2\%$), а тренды европейского стандарта увеличивались ($T_{пр}=+0,2\%$). В динамике выравненные стандартизованные показатели смертности от колоректального рака у женщин снижались, а среднегодовые темпы убыли были одинаковыми и составили – $T_{уб}=-2,4\%$.

Таким образом, анализ смертности населения от колоректального рака показал, что в динамике показатели по республике имели тенденцию к снижению как в целом у всего населения, так и у мужского и женского населения. Среднегодовые показатели смертности от злокачественных новообразований ЖКТ у мужского и женского населения статистически значимо отличались друг от друга ($p<0,05$). Тренды выравненных возрастных показателей смертности имели различные темпы прироста/убыли, а также отличались в зависимости от половозрастного состава населения. Deskриптивные эпидемиологические особенности смертности населения от колоректального рака могут служить основой для дальнейшего аналитического этапа, для выявления причинно-следственной связи и изучения социально-экономического ущерба от данной патологии.

Литература

- 1 Давыдов М.И., Аксель Е.М. Смертность населения России и стран СНГ от злокачественных новообразований в 2004 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н.Блохина. – 2006. – т. 17. – № 3 (прил. 1). – С. 78-101.
- 2 Аксель Е.М., Горбачева И.А. Заболеваемость злокачественными новообразованиями и смертность от них в Москве и Санкт-Петербурге в 2005 г. // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2007. – т. 18. – №2 (прил.1). – С. 121-135.
- 3 Стандартизованный коэффициент смертности населения по отдельным причинам в отдельных странах мира // Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2006 году (Статистический сборник). Астана – Алматы. – 2007. – С. 19.
- 4 Parkin D.M. Global cancer statistics in the year 2000 // The Lancet, Oncology. – 2001. – V 2. – N 9. – P. 533-543.
- 5 Сафарова Г.Л. Демографические закономерности старения населения // Автореферат докторской диссертации. – СПб., 2002. – 30 с.

6 Коэффициенты смертности по отдельным причинам смерти. Регионы Казахстана, 2005. Стат. сборник. – Алматы, 2005. – С. 75.

7 Абдрахимов Б.Е. Влияние смертности от злокачественных новообразований на показатель социально-экономических потерь населения Казахстана. Тезисы. Республиканская научная конференция онкологов Киргизии. – Фрунзе, 1989. – С. 4-5.

Түйін

Қазақстандағы колоректальді обырдың өлім-жітім ерекшеліктері

Н.С. Игісінов, С.К. Қожахметов, С.И. Игісінов, А.А. Сыздықов

Өткізілген талдау көрсеткіштері бойынша Қазақстандағы колоректальді обырынан өлім-жітім көрсеткіштері динамикада тенденцияның төмендегенін көрсетті. Барлық тұрғындардың арасында өлім-жітімінің жоғары көрсеткіштері 80 жас және одан үлкен екені белгілі болды. Динамикада жас шамасына байланысты көрсеткіштер әр түрлі тенденцияда, сонымен қатар жынысқа байланысты да әртүрлі болды.

Кілтті сөздер: колоректальді обыр, өлім-жітім, тренд.

Summary

Features of deaths from colorectal cancer in Kazakhstan

N.S. Igissinov, S.K.Kozhakhmetov, S.I. Iginov, A.A. Syzdykov

The analysis of mortality from colorectal cancer in Kazakhstan showed that the dynamics of performance tended to decrease. High mortality of the population are set at 80 years and older. The dynamics of age-based indicators have a different trend, which were also different depending on gender.

Key words: colorectal cancer, mortality, trends.

МЕДИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ В КАЗАХСТАНЕ

*Г.С. Игусинова^{1,2}, И.С. Нуралина^{1,3}, С.В. Ким³, Н.С. Игусинов^{1,3}
Мальколм А Мур⁴, Б.С. Ибраимова³*

¹ОО «Central Asian Cancer Institute», Астана

²Казахский НИИ онкологии и радиологии, Алматы

³Институт общественного здравоохранения АО «Медицинский университет Астана»

⁴Международный союз против рака, Азиатский региональный офис

Введение. С развитием медицины, достижениями в области географии и биологии менялись содержание, программа, задачи медико-топографических описаний. При этом рассматриваются вопросы медико-географического районирования с последующей оценкой природных, социально-экономических факторов применительно к медико-географическим районам и внедрением медико-географических карт. Медико-географическая карта является перспективным методом установления взаимосвязи между факторами географической среды и состоянием здоровья человека, возникновением и динамикой различных болезней. Медико-географический подход, путем картографирования заболеваемости отдельных форм рака, позволяет раскрыть особенности распространенности злокачественных опухолей в пределах природно-территориальных комплексов, в тесной связи с существующими системами условий жизни и деятельности населения [1, 2, 3]. В статье изучена заболеваемость раком шейки матки (РШМ) с учетом административно-территориального деления Казахстана и составлена картограмма.

Материалы и методы исследования. При составлении картограмм были использованы показатели заболеваемости РШМ за 10 лет (1999-2008). Применен способ составления картограммы, предложенный в 1974 г. профессором Игусиновым С.И. [4], основанный на определении среднеквадратического отклонения (σ) от среднего (x). Шкала ступеней картограммы определялась так: 1) $(x-1,5\sigma)+\sigma$; 2) $(x-1,5\sigma)+2\sigma$; 3) $(x-1,5\sigma)+3\sigma$ и т.д., а

группировку показателей произвели по формуле $x \pm 0,5\sigma$, соответствующую среднему уровню ($x - 0,5\sigma$ и $x + 0,5\sigma$).

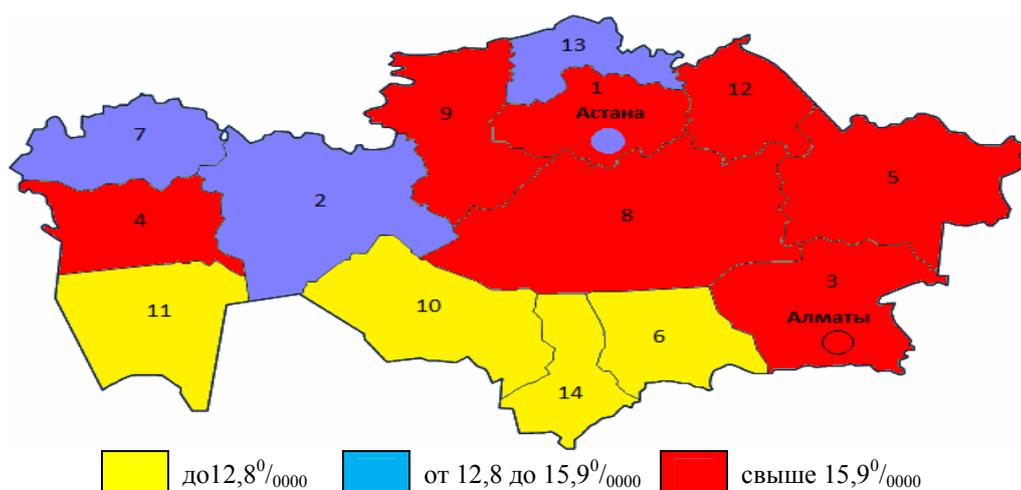
Результаты и обсуждение. Среднегодовые показатели заболеваемости РШМ по областям и городам Казахстана представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Среднегодовые показатели заболеваемости РШМ в Казахстане по регионам (1999-2008 гг.)

№	Область/город	$M, \text{‰}$	Значения	
1	Мангыстауская	8,7	<i>min</i>	
2	Южно-Казахстанская	9,2	Количество областей и городов республиканского значения $n=16$ Среднее значение $x = \sum(M)/n = 14,4$ Стандартное отклонение $\sigma = 3,1$	
3	Кызылординская	10,4		
4	Жамбылская	12,0		
5	г.Астана	12,9		
6	Западно-Казахстанская	12,9		
7	Северо-Казахстанская	14,2		
8	Актюбинская	14,6		
9	Алматинская	16,0		
10	Карагандинская	16,1		
11	Атырауская	16,3		
12	Павлодарская	16,3		
13	Восточно-Казахстанская	16,7		
14	Акмолинская	17,4		
15	Костанайская	17,6		
16	г.Алматы	18,6		<i>max</i>

Так, максимальный показатель заболеваемости РШМ установлен в г. Алматы (18,6‰), а минимальный – в Мангыстауской области (8,7‰), количество областей и городов (n) равно 16. Далее были определены уровни заболеваемости РШМ, которые соответствуют следующим критериям: низкий показатель – до 12,8‰, средний – от 12,8 до 15,9‰, высокий – свыше 15,9‰.

Таким образом, на основе вышеуказанных расчетов, составлена картограмма заболеваемости РШМ (рисунок 1) в различных медико-географических зонах республики; при этом определены следующие группы областей:



Области: 1. Акмолинская, 2. Актюбинская, 3. Алматинская, 4. Атырауская, 5. Восточно-Казахстанская, 6. Жамбылская, 7. Западно-Казахстанская, 8. Карагандинская, 9. Костанайская, 10. Кызылординская, 11. Мангыстауская, 12. Павлодарская, 13. Северо-Казахстанская, 14. Южно-Казахстанская

Рисунок 1 - Картограмма заболеваемости раком шейки матки в Казахстане (1999-2008 гг.)

1. С низкими показателями (до $12,8^0/0000$) – Мангыстауская ($8,7^0/0000$), Южно-Казахстанская область ($9,2^0/0000$), Кызылординская ($10,4^0/0000$) и Жамбылская ($12,0^0/0000$) области.

2. Со средними показателями (от $12,8$ до $15,9^0/0000$) – город Астана ($12,9^0/0000$), Западно-Казахстанская ($12,9^0/0000$), Северо-Казахстанская ($14,2^0/0000$) и Актыобинская ($14,6^0/0000$), области.

3. С высокими показателями (свыше $15,9^0/0000$) – Алматинская ($16,0^0/0000$) Карагандинская ($16,1^0/0000$), Атырауская ($16,3^0/0000$), Павлодарская ($16,3^0/0000$), Восточно-Казахстанская ($16,7^0/0000$), Акмолинская ($17,4^0/0000$), Костанайская ($17,6^0/0000$) области и город Алматы ($18,6^0/0000$).

Выводы: В результате составленной нозогеографической карты заболеваемости рака шейки матки с территориальной дифференциацией выделены регионы с низкими и высокими показателями. Полученные результаты позволят организаторам здравоохранения иметь четкую картину относительно частоты рака шейки матки, уровня заболеваемости, что дает возможность для принятия обоснованных организационно-методических мероприятий по раннему выявлению и профилактике рака шейки матки, а также принятию мер по снижению силы влияния факторов риска.

Литература

- 1 Заридзе Д.Г. Эпидемиология, механизмы канцерогенеза и профилактика рака // III съезд онкологов и радиологов СНГ. – Материалы съезда, Ч.1. – Минск, 2004. – С.42-46.
- 2 Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология: Учебник. – Спб., 2005. – 752 с.
- 3 Власов В.В. Эпидемиология: Учеб.пос. для вузов. – М., 2004. – 464 с.
- 4 Игисинов С.И. Способ составления и применения картограмм в онкологической практике// Здрав. Казахстана. – 1974. – № 2. – С. 69-71.

Түйін

Қазақстандағы жатыр мойны обырының медициналық-географиялық ерекшеліктері

*Г.С. Игісінова, И.С. Нұрәлинова, С.В. Ким, Н.С. Игісінов
Мальколм А Мур, Б.С. Ибраимова*

Мақалада Қазақстандағы жатыр мойны обырының аурушаңдылығы картограмма бойынша көрсетілген. 1999-2008 ж.ж аралығындағы республикамыздың әртүрлі аймақтарында аурушаңдылық көрсеткіші есептелінді. Жатыр мойны обырының аурушаңдылығы көрсеткішінің картограммасы анықталынды: төмен– 12,8-ге дейін, орташа – 12,8-ден 15,9-ға дейін, жоғары – одан да жоғары 15,9.

Кілтті сөздер: жатыр мойны обыры, аурушаңдылық, картограмма.

Summary

Cervical cancer in Kazakhstan: health and geographical features

*G.S. Igisinova, I.S. Nuralina, S.V. Kim, N.S. Iginov,
Malcolm A Moore, B.S. Ibraimova*

The article presents cervical cancer cartogram of Kazakhstan. Mortality rates are calculated in different regions of the republic in 1999-2008. Defined levels for cartograms of incidence of cervical cancer: a low rate is to $12,8^0/0000$, the average from $12,8$ to $15,9^0/0000$, high is above $15,9^0/0000$.

Key words: cervical cancer, incidence, cartogram.

АНАЛИЗ ПРИЧИН И ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОЖИДАНИЯ ПАЦИЕНТАМИ ПЛАНОВОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ, И РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЕВ СМЕРТИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

*Л.Ш. Изатулина, Г.К. Нургазина, А.К. Шамова
АО «Медицинский университет Астана»
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»*

Введение. Портал Бюро госпитализации - это единая система электронной регистрации, учета, обработки и хранения информации о пациентах направленных на плановую госпитализацию в стационары в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Основной задачей портала является обеспечение удобной и оперативной работой каждого пользователя. Также предоставление для медицинских работников широкого спектра сервисов для эффективного управления процессами плановой госпитализации в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, управление свободными койками и формирование отчетов.

Цель исследования: провести анализ работы портала Бюро госпитализации и определить проблемные вопросы.

Задачи - провести анализ сроков и причин длительного ожидания пациентами плановой госпитализации; провести анализ регистрации случаев смерти на догоспитальном этапе.

Материалы и методы. ретроспективный анализ данных портала Бюро госпитализации, статистический метод.

Нами проведен анализ распределения ожидающих госпитализацию и анализ регистрации случаев смерти в процессе периода ожидания в стационары республики в разрезе областей, профилей и медицинских организаций за 10 месяцев 2011 года.

Результаты и обсуждение. В процессе исследования нами выявлено следующее распределение ожидающих пациентов по уровням госпитализации (рисунок 1).

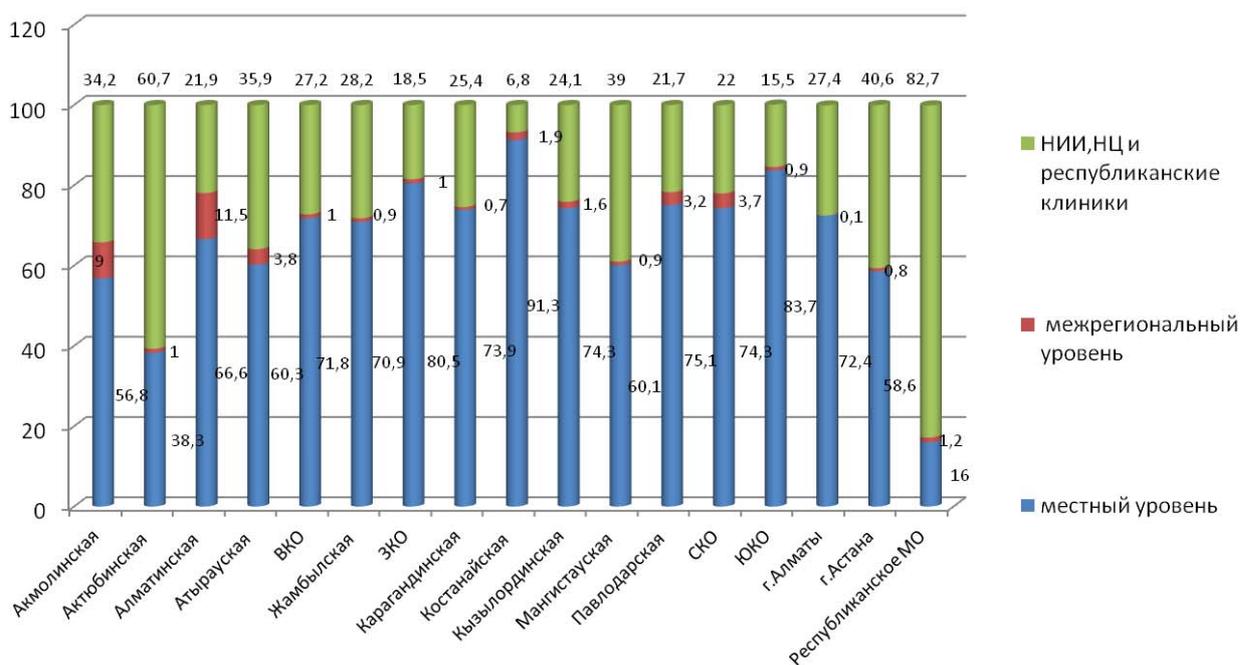


Рисунок 1 - Удельный вес пациентов, ожидающих плановую госпитализацию по республике на конец отчетного периода

В разрезе регионов большее число ожидающих в стационары местного уровня наблюдается по ЗКО - 80,5%, при этом ожидающих более 10 дней - 0, по ЮКО - 83,7%, в т.ч. более 10 дней ожидают 7 пациентов в ОКБ на ревматологический профиль.

В стационары межрегионального уровня в большей степени ожидают пациенты Алматинской области - 11,5% (более 10 дней 72 пациента: в АМКБ - 33, в т.ч. кардиологического, офтальмологического и неврологического профилей; в Областную

больницу – 23 человека неврологического и офтальмологического профилей и в региональный онкодиспансер – 16 пациентов).

По Акмолинской области - ожидают 9% пациентов, из них более 10 дней - 10 больных в Республиканский центр реабилитации «Карагай» на профиль восстановительного лечения для взрослых.

Из числа пациентов, направленных на плановую госпитализацию в научно-исследовательские центры и республиканские клиники, большее количество ожидающих наблюдается по Актюбинской области - 60,7%, из них более 10 дней - 8 пациентов: в РГКП НЦ гигиены труда и профзаболеваний и МЦ ЗКГМУ - по 5 пациентов, с индивидуальным сроком начала химиотерапии.

По г. Астана - 40,6% ожидают госпитализации в институты и центры, в т.ч. в наиболее востребованные профиля НИИТО, ННМЦ и ННЦМД.

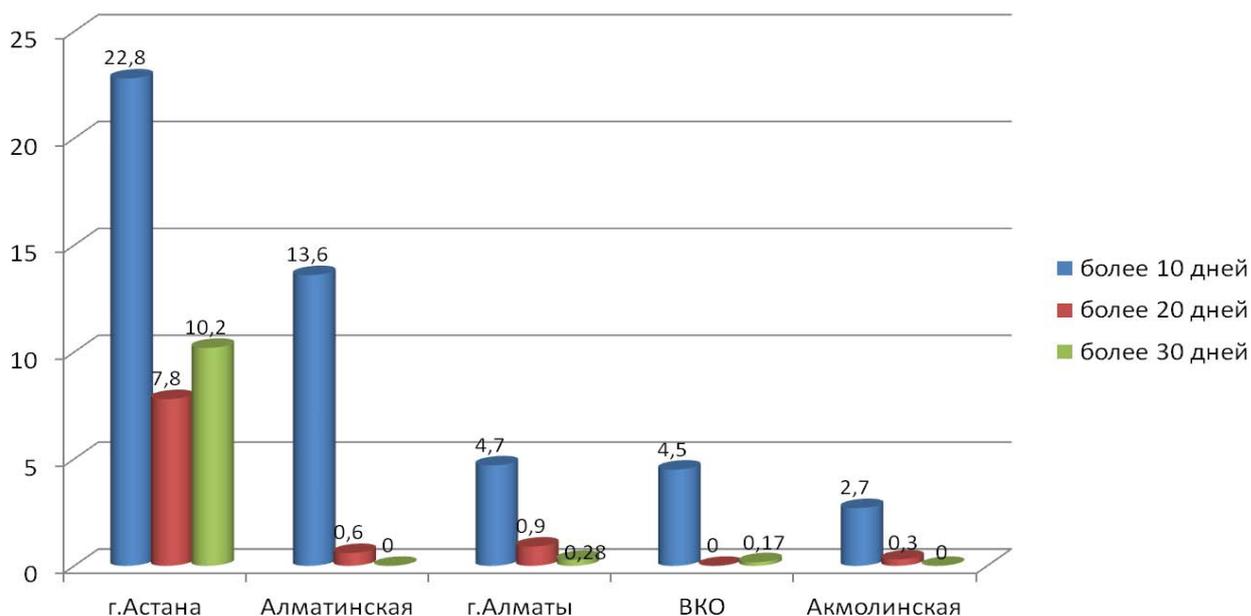


Рисунок 2 - Анализ длительности ожидания пациентами плановой госпитализации по состоянию на 31 октября 2011года

Наибольшее количество пациентов, длительно ожидающих госпитализации наблюдается в АО «Национальный научный центр материнства и детства» на травматологический и кардиоревматологический профили для детей. Данная клиника своевременно выставляет даты госпитализации. Также длительно ожидают больные в РГП «НИИ травматологии и ортопедии» на ортопедический профиль для взрослых; в АО «Национальный научный медицинский центр» на кардиохирургический профиль для взрослых и детей, неврологический профиль для взрослых, кардиологический профиль для взрослых.

Анализ показал, что длительное ожидание пациентов на травматологический профиль для детей в АО «ННЦМД» объясняется тем, что основной процент длительно ожидающих составляют дети оперированные в данной клинике и направлены на реабилитацию; второй причиной является отказ РДРЦ этим пациентам из-за отсутствия специалистов (ранее реабилитационные пациенты направлялись в АО «Республиканский детский реабилитационный центр» г.Астаны).

Длительное ожидание на кардиоревматологический профиль для детей в АО «ННЦМД» объясняется тем, что на данный профиль направляются тяжелые хронические больные, которым необходима дорогостоящая терапия. Эти препараты не заложены в бюджет регионов, поэтому эти пациенты вынуждены получать лечение в данной клинике.

Следующей клиникой, куда длительно ожидают пациенты, это РГП «НИИ травматологии и ортопедии», в основном на ортопедический профиль для взрослых, вследствие отсутствия эндокорректоров. Кроме того, для госпитализации в данную клинику необходима предварительная консультация пациента в стационаре.

АО «Национальный научный медицинский центр» - 42 (кар-диологический – 20 %, неврологический – 10%, в детскую и взрослую кардиохирургию - 4%).

Причинами длительного ожидания в ННМЦ являются: востребованность ожидаемых профилей; увеличение потока направленных пациентов в стационары в связи с осенним призывом (призывников), что сократило количество свободных коек; некорректного ввода даты планируемой госпитализации специалистами.

В разрезе регионов сохраняется проблема госпитализации больных на офтальмологический профиль по Кызылординской области (14%), СКО (9%), города Астана (13%).

Ожидание пациентов неврологического профиля наблюдается по всем регионам. Наиболее высокий удельный вес отмечается на неврологический профиль по Актюбинской (17%), Атырауской (16%), Жамбылской областям (12%) и ЮКО (13%). Одним из востребованных профилей так же является терапевтический профиль. Высокий удельный вес ожидающих пациентов на данный профиль наблюдается по Жамбылской (10%), Мангыстауской (9%) и ЮКО (9%).

Таким образом, востребованными профилями по листу ожидания в разрезе регионов являются: офтальмологический, неврологический, терапевтический профили. Вместе с тем, что в связи с перевыполнением предельного объема медицинскими организациями, было выявлено рост количества пациентов ожидающих плановую госпитализацию и количество пациентов снятых с листа ожидания по данной причине.

Из общего числа ожидающих – 20 % составляют пациенты по направлению региональных комиссий управлений здравоохранения и посредством административных квот (с символами Q, QE, A), а 80% направленные ПМСП по принципу «свободный выбор».

За анализируемый период общее число пациентов, ожидающих, плановую госпитализацию по Республике Казахстан, снижается, что показывает результативность работы по устранению внештатных ситуаций.

Ежемесячно РЦРЗ вносятся предложения в территориальные управления здравоохранения о необходимости принятия мер в отношении медицинских организаций, допустивших некорректную и несвоевременную актуализацию данных на портале, о необходимости перепрофилирования коечного фонда на более востребованные профили и о усилении работы внутреннего аудита медицинских организаций для контроля обоснованности направлений пациентов на плановую госпитализацию.

Стационарам предложено правильно запланировать предельные объемы на 2012 год и вести постоянный мониторинг за исполнением предельных объемов и при необходимости заблаговременное заключение договоров с ТД КОМУ в случаях перевыполнения предельных объемов.

Предложены усиление контроля за работой на уровне ПМСП в части усиления работы внутреннего аудита, соблюдения требования полноты обследования пациентов на догоспитальном этапе, недопущения случаев необоснованных направлений и др.

По итогам 10 месяцев текущего года в портале Бюро госпитализации зарегистрировано 101 случаев смерти пациентов в период ожидания плановой госпитализации.

Наибольший удельный вес смертных случаев на догоспитальном этапе приходится на Карагандинскую область – 15% (13 случаев), г. Алматы – 13% (13 случаев) и Павлодарскую область – 12% (10 случаев).

Благоприятная ситуация наблюдается по Атырауской области и ЗКО – отсутствие по итогам 10 мес. 2011 года смертных случаев на догоспитальном этапе, а так же по Мангыстауской и Костанайской областям, где допущены по 1 смертному случаю.

Из 101 случаев смерти за период 10 месяцев текущего года, зарегистрированных на ПБГ 69 (69%) случаев по причинам, связанным с заболеванием, зарегистрированным на портале и 32 (31%) не связанных с заболеванием, зарегистрированным на портале (таблица 2).

В 100% наблюдаются случаи смерти на догоспитальном этапе, связанные с заболеванием, зарегистрированным на ПБГ по итогам 10 мес. 2011 г. по Акмолинской, Костанайской, Мангистауской и СКО.

Таким образом, анализ смертных случаев показал, что во многих случаях смерти пациентов в период ожидания плановой госпитализации зависят от качественной работы врачей ПМСП. Врачами амбулаторно-поликлинической службы неадекватно расцениваются состояния пациентов при направлении на плановую госпитализацию. Наблюдается недооценка тяжести состояния пациента, что приводит к летальному исходу. Выявленные факты доказывают отсутствие преемственности между стационаром и поликлиникой и заинтересованности врачей как ПМСП, так и стационаров в налаживании психо-эмоционального контакта с пациентом.

Литература

- 1 Приказ МЗ РК от 25 декабря 2009 г. № 869 «О создании Республиканского и региональных бюро госпитализации».
- 2 Приказ МЗ РК от 17 февраля 2010г. № 104 «О внесении и изменении в приказ №869».
- 3 Приказ МЗ РК от 13 мая 2010г. № 336 «О внедрении портала Бюро госпитализации».
- 4 Приказ МЗ РК от 3 июля 2010г. № 492 «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в рамках ГОБМП через портал БГ».
- 5 Приказ МЗ РК от 6 сентября 2010г. № 692 «О внесении и изменении в приказ №869».
- 6 Приказ МЗ РК от 20 декабря 2010г. № 983 «О внесении изменений в приказ №492».
- 7 Приказ МЗ РК от 31 марта 2011г. №166 «О внесении дополнений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492 «Об утверждении Инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи через Портал бюро госпитализации».

Түйін

Госпитальге дейінгі кезеңдегі өлім жағдайларында емделушілерді тіркеу мен жоспарлы госпитальды күту ұзақтығы және оның себептерінің анализі

Л.Ш. Изатулина, Г.К. Нургазина, А.К. Шамова

Бізден, Республикалық дансаулық сақтауды дамыту орталығының емдеуге жатқызу бюросы порталының 2011 жылдың 10 айына аймақтық, төсек бейіні, медициналық мекемелер бойынша талдау жасалынды.

Сонымен қатар, талдау кезеңі аралығында емдеуге жатқызуды күту ұзақтығының азаюы, емдеуге жатқызуды күту кезіндегі өлім жағдайлары орын алып отырғаны, денсаулық сақтау саласының амбулаторлық және стационарлық буын арасындағы сабақтастық қиыншылықтары, әсіресе қымбат стационарлық төсек бейіндерін сапалы пайдаланудағы қиыншылықтар анықталды.

Summary

Analysis of the causes and duration of the waiting patients of planning hospitalization, and death registration in the prehospital

L.Sh. Izatulina, G.K. Nurgazina, A.K. Shamova

We analyzed the Portal of the Bureau of hospitalization of the Republican Center for Health Development in 10 months of 2011. The analysis is performed by region, by profiles of beds, by healthcare organizations. In this case revealed that during the analyzed period decreases the length of the waiting period of hospitalization, there have been cases of mortality during the waiting period, there is a problem of continuity between outpatient and inpatient healthcare, in terms of quality use of expensive hospital beds.

ПОТЕРИ ЛЕТ ЖИЗНИ ВСЛЕДСТВИЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ СМЕРТНОСТИ В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Б.С. Искакова, С.В. Ким
Управление здравоохранения Акмолинской области
АО «Медицинский Университет Астана»

Введение. В настоящее время производительность систем здравоохранения согласно Всемирной организации здравоохранения измеряется количеством сохраненных (QALY) или потерянных лет жизни (DALY) вследствие преждевременной смертности и инвалидности [1,2]. В Казахстане ежегодные потери лет жизни вследствие преждевременной смертности составляют около полутора миллиона [3] или более ста лет на 1000 человек.

Цель исследования – оценить бремя отдельных нозологий и групп болезней в Акмолинской области.

Материалы и методы. Для исследования использованы официальные статистические данные таблицы С51 «Число умерших по полу, возрасту и причинам смерти» за 2009 год. Для расчетов был использован ранее разработанный метод определения потерь лет жизни [4] с усреднением гендерных различий.

Результаты и обсуждение. Глобальное бремя болезней в Акмолинской области в 2009 году составило 90628 лет жизни (табл.), что составляет менее 122,5 лет на 1000 человек, что заметно выше среднереспубликанского уровня.

Таблица – Потери лет жизни из-за преждевременной смертности в 2009 году в Акмолинской области

МКБ	Название группы болезней	годы жизни
A15 - A16	Туберкулез органов дыхания	2270
B15 - B19	Вирусный гепатит	34
B20 - B24	Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека [ВИЧ]	74
C00 - C95	Злокачественные новообразования	62175
E10 - E14	Сахарный диабет	253
I00 - I99	БОЛЕЗНИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ	29 463
I10 - I15	Гипертензивные болезни	1676
I20 - I25	Ишемические болезни сердца	10989
I60 - I69	Цереброваскулярные болезни	5293
I70 - I79	Болезни артерий артериол и капилляров	2574
J10 - J18	Грипп и пневмония	2616
J40 - J47	Хронические болезни нижних дыхательных путей	1987
K00 - K93	БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ	6872
K70 - K76	Болезни печени	5257
N00 - N99	БОЛЕЗНИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ	716
P00 - P96	Отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде	3952
V00 - Y98	Внешние причины заболеваемости и смертности	24547
	Итого	90628

Исходя из таблицы, наибольшие потери, область несет по болезням кровообращения злокачественным новообразованиям – 29463 потерянных года жизни, среди которых основная нагрузка приходится на ИБС, цереброваскулярные и прочие болезни кровообращения. Онкозаболевания занимают вторую строчку в рейтинге причин потерь – 10828 лет жизни. В основном это опухоли пищеварения, дыхания и женских половых органов, на третьем - внешние причины смертности. Туберкулез «забирает» 2270 лет жизни.

Полученные данные по объемам и причинам потерь лет жизни в Акмолинской области сделаны впервые. Как и ожидалось, наиболее частой причиной смерти стали заболевания кровообращения, как и в республиканском масштабе. Второй по значимости причиной стали злокачественные новообразования.

Интересным оказался факт отсутствия причин смерти по травмам и отравлениям (разделы S и T). Скорее всего, эти смерти были зарегистрированы в разделе V00 - Y98, хотя этот раздел предназначен не для основного, а дополнительного кодирования. Этот факт показывает неоднозначность кодирования причин смерти по областям Казахстана и, в принципе, должно как-то регламентироваться.

Выводы. Полученные данные позволяют выделить свои «областные» приоритеты в охране здоровья населения: с одной стороны, увязанные с республиканскими программами, а с другой – имеющие региональную специфику.

Литература

- 1 Murray C.J.L. Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability – adjusted life years / Global comparative assessments in the health sector. – Geneva – 1994 – P. 3-19.
- 2 Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. Системы здравоохранения: улучшение деятельности. 232 с.
- 3 Ким С.В. Уровень общественного здоровья в Казахстане (DALY) // Проблемы соц. медицины и управл. здравооохр. – 2004. - № 33. – С.3-6.
- 4 Ким С.В. Использование таблиц DALY-индексов в здравоохранении // Проблемы соц. медицины и управл. здравооохр. – 2004. - № 32. – С. 13 - 16.

Түйін

Ақмола облысындағы мезгілінен бұрын болған өлім жағдайының салдарынан өмір сүру жылдарын жоғалту

Б.С. Ысқақова, С.В. Ким

Бапта құрылымға мәлімет бойыншалар глобалді елестеткен 2009 жылдағы Ақмола облысының аурулары салмақ бол. Өлкенің ең үлкен жоғалтулары қан айнарудың аурулары, онкология аурулары және өлімнің сыртқы себептері салдарынан алып жүреді. Мұндай есептеулер тұңғыш рет істелген және облыстық денсаулық сақтау жүйесінің дамытуындағы басымдылықтарын анықтауға мүмкіндік береді.

Summary

Global burden of diseases at Akmola region

B.S. Iskakova, S.V. Kim

In a structure of the global burden of disease at Akmola region in 2009 the greatest loss is due to circulatory diseases, cancer and external causes of death. Such calculations are made for the first time and allow to determine priorities in the development of regional health care.

СКРИНИНГОВАЯ СИСТЕМА SCORE В РЕАЛИЗАЦИИ СТРАТЕГИИ ВЫСОКОГО РИСКА ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Р.Ж. Карабаева

*РГП «Больница Управления Делами Президента
Республики Казахстан», г. Астана*

Во второй половине XX века и в нынешнем столетии, как показали многочисленные эпидемиологические исследования, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний неуклонно увеличивается, принимая размеры неинфекционной пандемии. Социальное, экономическое, медицинское бремя сердечно-сосудистой патологии очень велико. Так, в странах Евросоюза затраты, связанные с болезнями системы кровообращения, составляют 192 млрд. евро в год или 391 евро на человека. При этом, следует отметить, что 57% затрат

приходится на здравоохранение, 21% - связаны с потерей трудоспособных членов общества, 22% - с организацией ухода и другими услугами социальных служб [1]. Обеспокоенность сложившейся эпидемиологической ситуацией способствовала с одной стороны дальнейшему развитию эпидемиологических исследований в разных популяциях, с другой стороны разработке стратегии превентивной кардиологии и реализации широкомасштабных программ профилактики. В настоящее время в Европе статистика, касающаяся сердечно-сосудистой патологии, объединяется проектом MONICA (мониторинг основных тенденций сердечно-сосудистых заболеваний), проводимым под эгидой ВОЗ [2]. Показано, что с сердечно-сосудистой патологией связано 4,3 млн. смертей в Европе, составляющих 48% от общего числа всех случаев смерти. В тоже время, как демонстрируют эпидемиологические исследования, распространенность болезней сердца и сосудов в разных странах неодинакова и подчас значительно различается. Имеет место выраженный градиент между показателями заболеваемости и смертности от этой патологии в странах Западной и Восточной Европы. Внедрение популяционной и индивидуальной стратегий профилактики в странах Западной, Северной и Южной Европы на протяжении последних десятилетий привело к снижению инцидентности и летальности от сердечно-сосудистых заболеваний. Ярким примером является проект «Северная Карелия в Финляндии», который продемонстрировал снижение смертности от ИБС на 65% за 25 лет вследствие реформы здравоохранения и профилактических программ, проводимых на государственном уровне [3].

Реализация государственных профилактических программ в США, Великобритании, Японии, Канаде, Германии привела к снижению сердечно-сосудистой смертности на 30-40%. Смертность от ИБС в среднем по Европе уменьшилась со 108 до 99 на 100 тыс. среди мужчин <65 лет и с 29 до 27 на 100 тыс. – среди женщин того же возраста; от инсультов – с 41 до 38 на 100 тыс. среди мужчин <65 лет и с 25 до 20 на 100 тыс. – среди женщин того же возраста. Вместе с тем, статистика неутешительна в отношении стран Восточной Европы, стран СНГ.

Так, по данным исследователей, в Украине уровень смертности от ИБС среди мужчин моложе 65 лет в 14 раз выше, а среди женщин в 25 раз выше, чем во Франции. В РФ смертность от инсульта среди мужчин моложе 65 лет в 20 раз выше, среди женщин – в 15 раз выше, чем в Швейцарии.

В Казахстане, по данным Агентства по статистике, инцидентность болезней системы кровообращения растет и если в 2005 г. число больных с впервые выявленным сердечно-сосудистым заболеванием составляло 264,9 тыс. человек, то в 2009 г. – 361,9 тыс. человек [4]. При этом число пациентов с впервые установленным сердечно-сосудистым заболеванием на 100 тыс. населения составило в 2005 г. 1749,2 человек, в 2009 г. – 2272,5 человек.

Существенный градиент в распространенности сердечно-сосудистой патологии в разных странах объясняется социально-экономическими факторами, региональными особенностями. Показано, что в каждой конкретной популяции «вес» как отдельно взятого, так и различных сочетаний факторов риска неодинаков. Это одна из причин большого разброса при изучении влияния факторов риска на развитие заболеваний мультифакторной природы, в частности сердечно-сосудистых.

В настоящее время известно множество факторов, определяющих уровень здоровья. В реальной жизни, как правило, обнаруживается сочетание нескольких факторов, при этом действие их суммируется. Совокупность факторов может оказывать как сочетанное, так и потенцирующее действие одного фактора на другие. Так, в докладе ВОЗ указывается, что 5 ведущих факторов риска, таких как артериальная гипертензия, злоупотребление алкоголем, курение, гиперхолестеринемия, избыточная масса тела ответственны за 67,2% всех потерь годов здоровой жизни [6]. Отмечено, что увеличение возраста, повышение уровней систолического АД и липидов увеличивает риск смерти от болезней системы кровообращения в несколько десятков раз, а курение и низкий уровень образования на 10%

и 20% соответственно [7]. В тоже время доказано, что модификация факторов риска уменьшает заболеваемость и смертность, как у условно здоровых лиц, так и у лиц с уже сформировавшимися заболеваниями.

Таким образом, разработка и внедрение профилактических программ в отношении кардиоваскулярной патологии не только очевидна, но и очень насущна. Сформулированы различные стратегии профилактики: популяционная стратегия или стратегия массовой профилактики, основой которой является формирование в обществе приверженности к здоровому образу жизни, стратегия высокого риска или профилактика заболеваний у лиц с высоким уровнем факторов риска. Европейским обществом кардиологов, на основе данных Фремингемского исследования в 1994 г. были разработаны рекомендации «Prevention of Coronary Heart Disease in Clinical Practice», претерпевшие изменения и дополнения в 1998 г. В 2003 г. экспертами Европейского и других обществ кардиологов была представлена шкала оценки рисков SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation), разработанная на основе 12 когортных исследований, объединивших более 205 тыс. пациентов. Данные SCORE включают свыше 3 млн. человеко-лет наблюдений и 7934 фатальных кардиоваскулярных событий. В 2007 г. шкала SCORE пересмотрена [5]. Шкала SCORE, в отличие от других систем, оценивает риск любых фатальных осложнений атеросклероза, а не только смерть от ИБС. Кроме того, учет только фатальных осложнений делает систему более точной, т.к. статистика нефатальных осложнений зависит от принятых определений и качества диагностики. С учетом гетерогенности сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности разработаны шкалы для стран с высоким и низким уровнем смертности от болезней системы кровообращения (Франция, Бельгия, Италия, Люксембург, Испания, Португалия, Швейцария).

В Европейских рекомендациях по профилактике кардиоваскулярных заболеваний очерчен круг вопросов, обосновавших их выход, а именно: причиной сердечно-сосудистых заболеваний обычно является атеросклероз, который постепенно развивается на протяжении многих лет и к моменту появления симптомов обычно находится в далеко зашедшей стадии; смерть, инфаркт миокарда и инсульт часто возникают внезапно, поэтому многие лечебные вмешательства невыполнимы или дают только паллиативный эффект; сердечно-сосудистая заболеваемость зависит от образа жизни и модифицируемых физиологических факторов риска; модификация факторов риска приводит к снижению числа заболеваемости и смертности, особенно у пациентов с распознанными или нераспознанными сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Шкала SCORE основана на оценке следующих факторов риска: немодифицируемых – возраст, половая принадлежность; модифицируемых – уровень систолического артериального давления, уровень общего холестерина, курение. Риск выражается посредством расчета абсолютной вероятности развития сердечно-сосудистого события в ближайшие 10 лет. Оценка индивидуального относительного риска проводится путем сравнения индивидуального риска пациента с риском некурящего человека того же пола и возраста, с АД ниже 140/90 мм.рт.ст. и уровнем общего холестерина менее 5,0 ммоль/л. Критерием высокого риска является вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний $\geq 5\%$. Этот порог достаточен для идентификации пациентов высокого риска развития осложнений.

В рекомендациях определены приоритетные группы для профилактики: больные с атеросклерозом коронарных, периферических и церебральных сосудов; пациенты группы высокого риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом: множественные факторы риска, определяющие вероятность смерти от сердечно-сосудистых заболеваний $\geq 5\%$ в течение 10 лет (или при экстраполяции на 60-летний возраст); резко повышенный уровень одного фактора риска: холестерин ≥ 8 ммоль/л (320 мг%), холестерин ЛПНП ≥ 6 ммоль/л (240 мг%), АД $\geq 180/110$ мм рт. ст; сахарный диабет 1 и 2 типа с микроальбуминурией.

Близкие родственники: больных, у которых атеросклеротические заболевания проявились в молодом возрасте; пациентов, относящихся к группе очень высокого риска. В тоже время следует отметить, что оцененный по шкале SCORE риск может быть выше указанного в таблице в следующих случаях: пациент приближается к следующей возрастной категории; имеются признаки бессимптомного атеросклероза, оцененного посредством компьютерной томографии, ультразвукового исследования; имеются случаи раннего развития сердечно-сосудистых заболеваний у родственников; имеется снижение уровня холестерина ЛПВП, повышение уровня триглицеридов, нарушение толерантности к глюкозе, высокие уровни С-реактивного белка, фибриногена, гомоцистеина, аполипопротеина В или липопротеина (а); имеется ожирение и малоподвижный образ жизни; неблагоприятные социальные условия, социальная изоляция, стресс, тревожные и депрессивные состояния.

Основные цели, преследуемые в профилактических вмешательствах: не курить; соблюдать здоровую диету; активная физическая нагрузка – 30 мин в день; индекс массы тела <25 кг/м² и предотвращение абдоминального ожирения; АД <140/90 мм рт.ст.; общий холестерин <5 ммоль/л (190 мг%); холестерин ЛПНП <3 ммоль/л (115 мг%); глюкоза крови <6 ммоль/л (110 мг%).

У пациентов с высоким риском или страдающих сердечно-сосудистым заболеванием или диабетом целевые показатели имеют более низкие значения, а именно: АД <130/80 мм рт.ст., общий холестерин <4,5 ммоль/л (175 мг%), холестерин ЛПНП < 2,5 ммоль/л (100 мг%), глюкоза крови <6 ммоль/л (110 мг%) и HbA1c <6,5%.

Шкала SCORE с успехом используется во многих странах, поскольку с одной стороны позволяет прогнозировать масштаб необходимых профилактических мероприятий в целом для популяции, с другой стороны – очертить круг мероприятий для каждого конкретного пациента. Несомненно, система оценки SCORE имеет и своих оппонентов. Так, показано, что общий риск фатальных и нефатальных осложнений примерно в 3 раза выше у мужчин и в 4 раза выше у женщин, по сравнению с оценкой только фатального риска. Кроме того, эта шкала не учитывает ряд доказанных факторов риска, таких как уровни холестерина липопротеидов высокой плотности, глюкозы, абдоминальное ожирение и т.д. Однако применение любой скрининговой программы или шкалы имеет большое значение в плане выделения приоритетных групп пациентов для осуществления профилактической стратегии в целом и, особенно, в группах высокого риска. Как было сказано, в настоящее время разработано много различных калькуляторов, учитывающих популяционные приоритеты в связи с тем, что они отражают специфичные особенности популяций, участвующих в исследованиях. Шкала SCORE в этом отношении универсальна, так как разработана на исследованиях 12 европейских стран.

Таким образом, учитывая, что эпидемиологическая ситуация в отношении сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в Казахстане аналогична ситуации в России и странах Восточной Европе, данная шкала может и должна применяться в нашей республике. Активное продвижение знаний и стратегий профилактики на уровне оказания ПМСП будет способствовать снижению как общей и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения, так и повышению уровня здоровья в обществе в целом.

Литература

- 1 Allender S., Scarborough P., Peto V., Rayner M. et al. European cardiovascular disease statistics 2008. Документ доступен на сайте <http://www.heartstats.org>
- 2 Tunstall-Pedoe H., Kuulasmaa K., Mahonen M. et al. Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. *Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease. Lancet* 1999; 353 (9164): 1547-57.
- 3 Puska P., Vartiainen E., Tuomilehto J., Nissinen A. Changes in premature deaths in Finland: successful long-term prevention of cardiovascular disease. // *Bull World Health Organ.* – 1998. - № 76 (4). – P. 419-425.
- 4 Статистический ежегодник «Казахстан в 2009 г.» Документ доступен на сайте <http://www.stat.kz>.
- 5 Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (2007). Документ доступен на сайте <http://www.escardio.org/guidelines>.

6 Global Programme on Evidence for Health Policy; WHO, World Health Report, 2002.

7 Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Шальнова С.А., Деев А.Д. Значение контроля факторов риска для профилактики хронических неинфекционных заболеваний //Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2005, №6, С.22-25.

Түйін

Жүрек-тамыр ауруларын алдын алу кезеңіндегі жоғары қауіп стратегиясын іске асырудағы SCORE скринингтік жүйесі

Р.Ж. Қарабаева

Мақалада Еуропа, ТМД елдеріндегі жүрек-тамыр ауруларымен сырқаттану мен өлім жиілігіне қатысты эпидемиологиялық жағдай талданып, популяциялық және жоғары қауіп тобына бағытталған алдын алу бағдарламаларының қажеттілігі айқын айтылған. Қауіп факторларын бағалайтын SCORE еуропалық шкаласының негізгі аспектілері мен мақсаттары атап көрсетілген. Мақалада жалпы тәжірибедегі дәрігерлерге шкаланы қолдану бойынша және фатальды жүрек-тамыр аурулары асқынуларының қауіпін болжауға тәжірибелік ұсыныстар берілген.

Summary

The SCORE screening system in realization of the high risk strategy at the cardiovascular disease prevention

R.Zh. Karabayeva

The article analyzes epidemiologic situation in relation to the cardiovascular disease and mortality in European and CIS regions and which covers necessity of prevention programs establishment on the population and risk group levels. Base principles, priorities, and goals of the European risk assessment SCORE scale are presented in this article. The practical recommendations on scale application and fatal cardiovascular complications forecasts are provided for general practitioners.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ И ПОИСК ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В КАЗАХСТАНЕ

Л.Л. Карп, Т.Б. Потанчук

АО «Медицинский университет Астана»

Введение. Известно, что Международная классификация болезней (МКБ-10), вступившая в силу с 1993 года, включает 21 класс болезней. МКБ удовлетворяет потребности в диагностической информации для общих целей [1]. Вместе с тем, сегодня данные о заболеваемости неврологического профиля в РК в доступной литературе крайне ограничены.

Представление о профиле заболеваемости необходимо при планировании загруженности лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), занятости медицинского персонала и закупке лекарственных средств [2]. Большое значение также данная информация имеет для научных и клинических исследований.

Цель исследования. Выявить закономерности в отношении неврологической заболеваемости в Казахстане (Класс VI –Болезни нервной системы).

Материалы и методы. Были изучены показатели неврологической заболеваемости по областям Республики Казахстан (РК) за период 2000 - 2009гг. среди всего населения, а также среди взрослых, подростков и детей.

Источниками информации явились сборники «Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения Республики Казахстан» Министерства здравоохранения РК за период 2000 – 2009 гг.

Результаты и обсуждение. Неврологическую заболеваемость в настоящее время определяют несколько категорий болезней: заболевания периферической нервной системы, сосудистые заболевания нервной системы и черепно-мозговая травма. Общий уровень заболеваемости болезнями нервной системы в 2009 году составил по РК - 2363,5 на 100.000 населения [3]. В структуре общей заболеваемости эти болезни находятся на одном из

ведущих мест. Вместе с тем, обнаруживаются значительные различия по областям Республики (таблица 1).

Таблица 1- Заболеваемость болезнями нервной системы населения РК (на 100 000 человек соответствующего населения) в 2009 году*

Области	Всего	взрослые	подростки	дети
РК	2363.5*	1938.3*	3164.3*	3426.0*
Акмолинская	2060.5	1470.2	2326.5	4019.0*
Актюбинская	2264.6	2131.8*	2912.4	2490.0
Алматинская	3183.2*	3073.7*	4754.0*	3137.4
Атырауская	1428.9	1661.3	919.7	1002.1
ВКО	2037.1	1643.5	3834.1*	3116.7
Жамбылская	2430.2*	1951.8*	2317.0	3560.5*
ЗКО	1096.9	844.0	1076.0	1930.8
Карагандинская	1691.3	1266.7	2597.5	3025.3
Костанайская	1381.5	722.8	2517.5	3804.0*
Кызылординская	2823.0*	2540.9*	2619.8	3446.2*
Мангыстауская	2481.9*	2492.1*	2781.4	2405.2
Павлодарская	2094.7	1249.8	4458.5*	4825.8*
СКО	1623.0	1324.3	3290.6*	2381.3
ЮКО	2812.8*	2734.4*	1819.0	3148.9

Примечание - * показатели выше среднереспубликанского уровня

Для удобства анализа в таблице 1 выделены показатели, где уровень заболеваемости выше среднереспубликанского. Обращает внимание тот факт, что, как среди всего населения, так и среди взрослых и подростков, на 1-м ранговом месте по заболеваемости находится Алматинская область (3183,2 на 100 тысяч жителей, что в 1,4 раза выше, чем по РК в целом). Среди взрослых уровень заболеваемости в этой области превышает среднереспубликанский в 1,6 раза, среди подростков в 1,4 раза. В то же время неврологическая заболеваемость среди детей в данной области была ниже, чем в среднем по Республике, составив 3137,4 100 тысяч детского населения.

Любопытно, что при оценке неврологической заболеваемости городского населения (таблица 2) в 2009 году также лидировала Алматинская область (4873,0), причем этот показатель превысил среднереспубликанский в 1,7 раза, среди взрослых (4823,7) в 2,3 раза, среди подростков (8537,3) в 1,9 раза.

Таблица 2- Заболеваемость болезнями нервной системы городского и сельского населения РК (на 100 000 человек соответствующего населения) в 2009 году*

Области	Городское население				Сельское население			
	всего	взрослые	подростки и	дети	всего	взрослые	подростки	дети
РК	2922.6*	2121.5*	4547.0*	5207.7*	1719.4*	1709.8*	2041.7*	1667.1*
Акмолинская	3613.7*	2303.0*	4734.7*	7891.4*	786.7	775.2	863.6	804.6
Актюбинская	3316.7*	3023.4*	5591.6*	3698.5	1012.9	1049.3	586.4	1027.7
Алматинская	4873.0*	4823.7	8537.3*	4280.5	2652.2*	2524.4*	3723.6*	2765.7*
Атырауская	2087.9	2545.6*	1108.5	1238.3	799.8	816.5	776.5	766.2
ВКО	2387.2	1663.0	5077.4*	4849.8	1621.1	1618.9	2811.7*	1296.3
Жамбылская	3300.5*	2100.2	3340.3	6509.4*	1802.0*	1835.0*	1697.2	1755.6*
ЗКО	1019.0	414.8	1043.5	3317.8	1160.6	1227.8	1092.5	984.1
Карагандинск.	1644.3	1083.3	2988.8	3490.0	1860.6*	1974.9*	1734.0	1540.2
Костанайская	1912.8	665.4	3353.9	7439.9*	869.0	781.9	1924.3	898.5
Кызылорд.	3859.3*	3267.4*	3586.8	5176.0	2158.8*	2062.5*	2059.0*	2373.8*
Мангыстауск.	3805.1*	3846.0*	2653.8	3928.6	978.4	990.1	2923.1*	578.3

Павлодарская	2410.6	1340.6	5128.1*	6230.7*	1470.2	1060.7	3527.4*	2336.5*
СКО	2315.2	1681.2	5104.7*	4703.9	1240.2	1112.3	2623.9*	1323.1
ЮКО	4150.2*	3420.4*	2791.1	5856.7*	2008.3*	2296.6*	1325.8	1642.0
Примечание - * показатели выше среднереспубликанского уровня								

Анализ заболеваемости (таблица 2) болезнями нервной системы сельского населения также подтвердил подобную закономерность. Показатель заболеваемости в Алматинской области преобладал как среди всего населения (2652,2 на 100 тысяч населения), так и среди взрослых (2524,4), подростков (3723,6) и детей (27657). Изучение динамики неврологической заболеваемости в РК показало, что с 2000г. по 2009г. ее уровень увеличился с 1742,9 до 2363,5 (в 1.4 раза). В то же время в отмеченной нами Алматинской области показатель заболеваемости болезнями нервной системы в 2000 году был ниже среднереспубликанского. Движение ранга заболеваемости в этой области среди всех областей в динамике выглядит следующим образом: 2001г.- 6, 2002г. - 3, 2003г. - 4, 2004-2007гг.- 2, начиная с 2008г. -1.

Для выяснения зависимости величины показателя неврологической заболеваемости от обеспеченности населения врачами-неврологами нами изучены соответствующие показатели по областям Республики за 2009г. (таблица 3).

Таблица 3- Обеспеченность всего населения и городского населения РК врачами-неврологами (на 10 000 человек соответствующего населения) в 2009 году

Области	Врачей-неврологов на 10.000 населения	
	Все население	Городское население
РК	1,1	1,7
Акмолинская	0,7	1,2
Актюбинская	1,2	2,0
Алматинская	0,5	1,7
Атырауская	0,9	1,6
ВКО	1,2	1,9
Жамбылская	0,8	1,4
ЗКО	0,7	1,2
Карагандинская	1,3	1,6
Костанайская	0,6	0,9
Кызылординская	0,7	1,4
Мангыстауская	1,1	1,8
Павлодарская	1,1	1,6
СКО	0,7	1,7
ЮКО	0,8	1,7

Здесь (таблица 3) также обнаружены региональные различия: в ряде областей показатели обеспеченности оказались выше среднереспубликанского уровня, в то время как в большинстве областей эти показатели оказались ниже.

При анализе выявлена следующая ситуация: обеспеченность врачами-неврологами в Алматинской области была наименьшей (0,5 на 10 тысяч жителей) при республиканском показателе 1,1. Рассчитанный коэффициент ранговой корреляции Спирмена ($\rho = -0,02$) указывает на наличие отрицательной слабой силы связи между заболеваемостью болезнями нервной системы и обеспеченностью врачами-неврологами в 14 областях Казахстана. Аналогичный коэффициент в отношении городского населения составил +0,37 (прямая средней силы связь). Учитывая примерно равную обеспеченность врачами-неврологами в сельской местности (показатель колеблется в пределах 0,2-0,4 на 10 тысяч жителей), расчет коэффициента корреляции в данном случае не проводился.

Отмечена еще одна любопытная статистическая особенность, касающаяся опять-таки Алматинской области. Обеспеченность городского населения врачами-неврологами превышает обеспеченность всего населения по всем областям в среднем в 1, 5 раза, в то время как аналогичное соотношение по Алматинской области составляет 3,4.

Выводы. Проведенный предварительный анализ позволил вскрыть некоторые закономерности неврологической заболеваемости в Казахстане:

- Наиболее высокий уровень заболеваемости регистрируется в Алматинской области среди всего населения, взрослых и подростков.
- Обнаружено отсутствие прямой корреляционной зависимости неврологической заболеваемости от обеспеченности населения врачами-неврологами.

В то же время необходим детальный анализ нозологий, формирующих данный класс заболеваемости, что позволит выявить причины явления. Накопленные данные позволят также правильно спланировать клинико-статистическое исследование с участием пациентов.

Литература

- 1 Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение – ГЭОТАР-Медиа. –М., 2010. -512с.
- 2 Блинов Д.В., Сандуковская С.И. Статистико-эпидемиологическое исследование заболеваемости неврологического профиля на примере детского стационара// Эпилепсия. -2010, №4. –С.12-22.
- 3 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организации здравоохранения в 2009 году (статистический сборник) – Астана. -2010 г. – 309с.

Түйін

Қазақстандағы жүйке ауруларының заңды зерттеулері мен алдын ала жасалған анализдері

Л.Л. Карп, Т.Б. Потапчук

Алдын ала жүргізілген анализ Қазақстандағы кейбір жүйке ауруларының заңды жақтарын ашуға мүмкіндік берді: арудың ең жоғарғы деңгейі Алматы облысындағы барлық тұрғындардың, жастар мен үлкендердің арасында тіркелген, тұрғындардың жүйке ауруларының дәрігер-неврологқа деген тікелей корреляциялық тәуелділігінің жоқтығы анықталды.

Summary

Preliminary analysis and search for patterns of neurologic morbidity in Kazakhstan

L.L. Karp, T.B. Potapchuk

Conducted a preliminary analysis allowed to reveal some patterns of neurological morbidity in Kazakhstan:

- *the highest incidence of morbidity was registered in the Almaty region among the general population, adults and adolescents.*
- *do not found direct correlation dependance of neurological disease on the availability of physicians, neurologists.*

КЛИНИКО-ЗАТРАТНЫЕ ГРУППЫ В ТРЕХ СИСТЕМАХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (США, АВСТРАЛИЯ, ГЕРМАНИЯ)

*Р.М. Кенбаева, Г.К. Нургазина, А.К. Шамова, А.И. Бекжанова
АО «Медицинский университет Астана»
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»*

Введение. Единая национальная система здравоохранения в Республике Казахстан предусматривает внедрение новых форм финансирования медицинских организаций, обеспечивающих экономическое стимулирование их деятельности, повышение эффективности используемых средств и обеспечение населения высокоэффективными современными медицинскими услугами. В основе этих изменений лежит новый принцип финансирования и переходом с медико-экономических тарифов на клинико-затратные группы.

Цель исследования: провести анализ оплаты услуг, по КЗГ в системах здравоохранения (частная, бюджетная, страховая)

Задачи: изучить виды оплаты медицинских услуг в системах здравоохранения мира; изучить принципы финансирования медицинских услуг на разных этапах развития здравоохранения в Республике Казахстан; провести сравнительный анализ принципов расчета стоимости КЗГ и DRG

Материалы: зарубежные интернет-источники, материалы презентации Центра экономического исследования

Методы: социально-гигиенические, статистические, математические, сопоставительные.

В мировой практике принято выделять четыре основных источника финансирования здравоохранения: поступления от общего налогообложения, взносы в систему обязательного медицинского страхования, наличные средства пациентов.

Результаты и обсуждение. В условиях рыночной экономики можно выделить бюджетную, страховую и частную (по источнику) системы финансирования здравоохранения.

Бюджетная – основывается на сборе налогов, из которых формируется доходная часть бюджета, а затем определяется расход на здравоохранение (Великобритания).

Страховая – преимущественно основывается на целевом взносе на медицинское страхование, выступает в форме сочетания страхового и бюджетного финансирования (Германия).

Частная – преимущественно основывается на взносах из личных средств граждан, благотворительных фондов и т.п. (США).

Клинико-затратные группы (КЗГ) это классификация стационарных случаев в группы, клинически однородные - и сходные по средней ресурсоемкости.

Аббревиатура DRG расшифровывается как DiagnosticRelatedGroup, что в переводе с английского означает «диагностически связанные группы». Под DRG понимается система ценообразования для стационарных медицинских услуг, выражаемая определенной (фиксированной) суммой за отдельный случай лечения. При применении этой системы цена услуги зависит не от количества койко-дней лечения и не от стоимости фактически израсходованных медикаментов и проведенных манипуляций, а от того, к какой диагностической группе должен относиться пациент – с учетом его диагноза, возраста и ряда других критериев. Система была разработана исследователями в Йельском университете (США) и впервые внедрена в 1983 году в рамках государственного медицинского страхования MEDICARE.

В бюджетной, страховой и частной системах здравоохранения есть различия при оплате по DRG. Ниже представлены сравнения DRG в США, Австралии и Германии.

Критерии	США	Австралия	Германия
Источник финансирования	частное	бюджет	ОМС
Вид оплаты мед. услуг на стационарном уровне	DRG с 1983 г.	AR-DRG с 1996 г.	DRG с 2003 г.
Цель применения	возмещение затрат МО оплата за отдельные услуги	возмещение затрат МО планирование бюджета повышение качества	возмещение затрат МО, планирование бюджета здравоохранения
Классификация заболеваний	МКБ-10	МКБ-10	МКБ-10
Число групп в DRG	641 (терапевтические, хирургические, услуги)	661 (терапевтические, хирургические)	590 терапевтические, хирургические)
Охват услуг	50%-60%	Штаты без DRG 75%	99%

Система здравоохранения за годы независимости Казахстана прошла несколько этапов развития. Необходимо отметить, что переход финансирования по смете расходов, медико-экономических тарифов и на клинико-затратные группы отражает развитие здравоохранения многих стран мира.

Заключение: таким образом, во многих странах финансирование здравоохранения по клинико-затратным группам приобретает популярность. Независимо от принципа финансирования расчет стоимости по КЗГ и DRG не отличается. На основе анализа опыта стран целесообразным является внедрение в Казахстане клинико-затратных групп.

Литература

- 1 Т. К. Рахыпбеков «Финансовый менеджмент в здравоохранении»
- 2 Айдарханова К.К. «Сравнительный анализ управления ресурсами здравоохранения в мировых системах здравоохранения и в Республике Казахстан»
- 3 Е. Биртанов, В. Ахметов, С. Гаврилов, Д. Рахимбекова «Проблемы стационарной медицинской помощи в Республике Казахстан»
- 4 М. Кульжанов, Б. Речел «Казахстан: обзор системы здравоохранения»
- 5 Интернет-источники.

Түйін

Денсаулық сақтаудың үш жүйесіндегі клиникалық-басқаратын топтар (АҚШ, Австралия, Германия)

Р.М. Кенбаева, Г.К. Нургазина, А.К. Шамова, А.И. Бекжанова

Қазақстанның Денсаулық сақтау саласы клиникалық-шығын топтар арқылы шығыс жүйесіне ауысуды жоспарлауда. Осыған байланысты денсаулық сақтау саласын қаржыландырудың үш негізінде – бюджеттік, сақтандыру және жеке АҚШ, Австралия және Германия мысалында ресурстармен басқаруға салыстырмалы талдау жүргізілді. АҚШ, Австралияда және Германияда DRG салыстыру шаралары өткізілді.

Summary

Clinical and related groups in three health care systems (USA, Australia, Germany)

R.M. Kenbaeva, G.K. Nurgazina, A.K. Shamova, A.I. Bekzhanova

Healthcare of Kazakhstan plans to move to a system of costs through clinical-costly groups. In this connection, we carried out a comparative analysis of resource management in the three sources of health financing - budget, insurance and private as an example of the USA, Australia and Germany. We compared DRG in the USA, Australia and Germany.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ ПРИ ОЦЕНКЕ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ РАСХОДОВ НА СТАЦИОНАРНУЮ ПОМОЩЬ

Г.Т.Корабаева¹, А.К. Тургамбаева²

*¹Республиканский центр развития здравоохранения, г.Астана
²АО «Медицинский Университет «Астана»*

Введение: В период с 2001 по 2009 гг. наблюдалось ежегодное увеличение бюджетных средств, направляемых в сферу здравоохранения, однако показатели заболеваемости населения характеризовались ростом или оставались на высоком уровне, что указывает на неэффективное управление финансовыми средствами в области здравоохранения [1].

Несмотря на ежегодный рост финансирования отрасли здравоохранения, ориентированной на профилактическую медицину в популяциях, значительный объем финансирования при этом тратится на стационарную помощь [2]. В современных условиях

казахстанское здравоохранение нуждается в комплексных исследованиях, которые позволят преодолеть десинхронизацию между затратами и эффективностью здравоохранения и обеспечить баланс между инвестиционным и инновационным развитием системы (Льюис М., 2000.; Камалиев М.А. с соавт., 2000; Сидорина Т.Ю. с соавт., 2001).

Материалы и методы: Объектом исследования были все медицинские организации РК оказывающих стационарную помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (далее – ГОБМП). Материалом для исследования были данные ТОО МедИнформ о госпитализированной заболеваемости (ф066/у) в РК за 2009 год. Использованы данные о среднегодовой численности населения Агентства РК по статистике за 2009 г.[3]. По общепринятым методам санитарной статистики [4,5] вычислены экстенсивные, интенсивные показатели госпитализированной заболеваемости, рассчитаны коэффициент корреляции, коэффициент детерминации, коэффициент вариации, применялась методика определения критерия Стьюдента [6,7].

Результаты и обсуждение: Оплата стационарной помощи по бюджетной программе 067 в 2009 году осуществлялась областными и городскими департаментами здравоохранения по индивидуальному финансированию из местных бюджетов [8].

В базе ТОО МедИнформ зафиксировано всего 2 538 585 пролеченных случаев; из них лишь 2,19% услуг приходится на высокоспециализированную помощь, по бюджетной программе 030 (БП 030), остальные 97, 81% приходятся на долю специализированной медицинской помощи, по бюджетной программе 067 (БП 067).

Из рисунка 1 видно, что в 2009 году наибольшие суммы финансирования получили города Алматы и Астана и Южно-Казахстанская область. Наименьшие суммы выделялись Костанайской, Восточно-Казахстанской и Павлодарской областям.

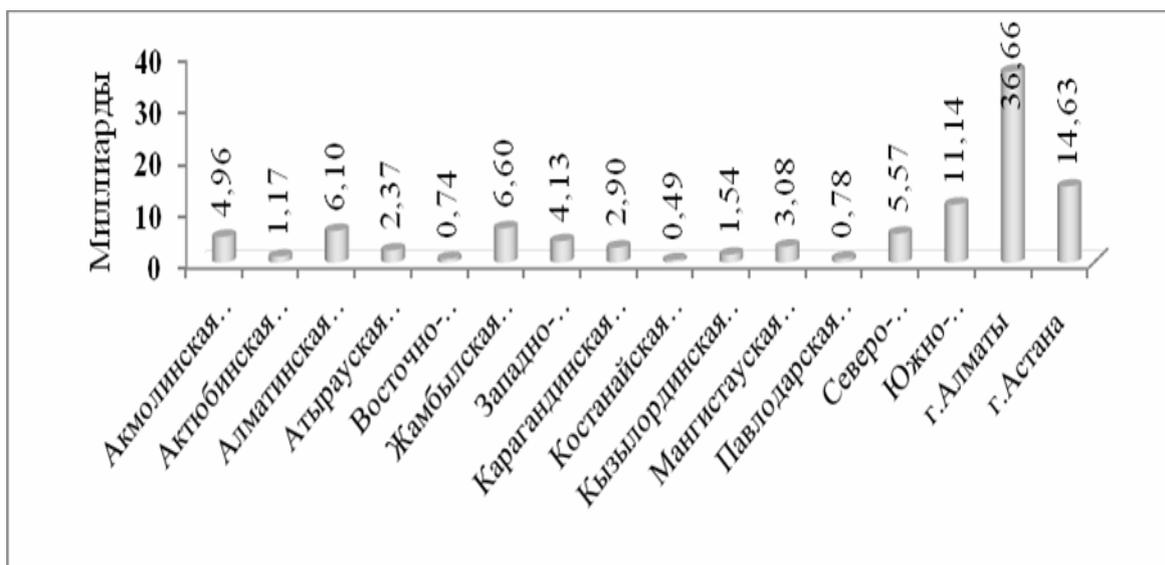


Рисунок 1- Расходы на стационарную помощь (по БП 030 и БП 067) в разрезе регионов в 2009 году (тг.)

Самые высокие интенсивные показатели общей госпитализированной заболеваемости (форма 066/у) были в Акмолинской и Северо-Казахстанской областях и г.Астана (рис.2, табл.1).

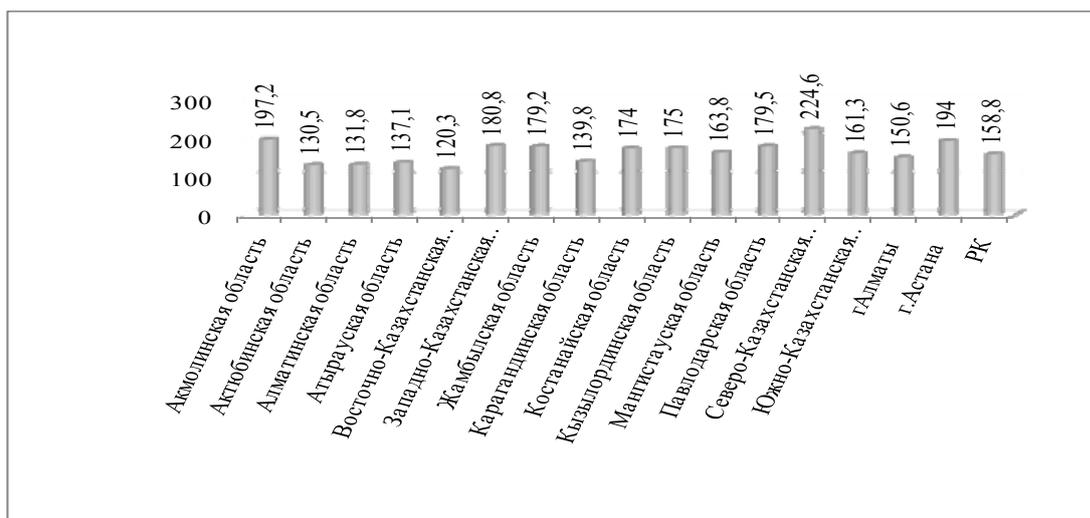


Рисунок 2 -Госпитализированная заболеваемость (форма 066/у) по БП 030 и БП 067 в разрезе регионов РК, 2009 год (°/0000)

Для оценки взаимосвязей между показателями из таблицы 1, использовался коэффициент корреляции, показывающий прямую (при увеличении одного признака увеличивается и другой) или обратную (при увеличении одного показателя, другой уменьшается) зависимость.

Таблица 1 – Сравнительная таблица по показателям госпитализированной заболеваемости (форма 066/у) и расходов в разрезе регионов в 2009 г.

РЕГИОНЫ	Госпитализ.заболеваемость (ф 066/у), °/0000	Уд. вес случаев, %	Уд.вес расходов на стац. помощь, %
Акмолинская область	197,2	5,7%	4,8%
Актыубинская область	130,5	3,9%	1,1%
Алматинская область	131,8	9,4%	5,9%
Атырауская область	137,1	2,7%	2,3%
ВКО	120,3	6,6%	0,7%
ЗКО	180,8	7,3%	6,4%
Жамбылская область	179,2	4,2%	4,0%
Карагандинская область	139,8	7,4%	2,8%
Костанайская область	174,0	6,1%	0,5%
Кызылординская область	175,0	4,7%	1,5%
Мангистауская область	163,8	3,1%	3,0%
Павлодарская область	179,5	5,2%	0,8%
СКО	224,6	5,3%	5,4%
ЮКО	161,3	15,7%	10,8%
г.Алматы	150,6	8,1%	35,6%
г.Астана	194,0	4,6%	14,2%
РК	158,8	100	100

Для выявления зависимости расходов от количества случаев и показателей заболеваемости рассчитан коэффициент корреляции по формуле:

$$r_{xy} = \frac{\sum x_i \times y_i}{(\sum x_i^2 \times \sum y_i^2)}$$

Установлено наличие прямой слабой связи между расходами и количеством случаев, и между расходами и показателями заболеваемости, о чем свидетельствует коэффициент корреляции, равный в первом случае 0,01% , во втором случае 0,03%.

Для более глубокого анализа влияния факторов был использован коэффициент детерминации. Коэффициент детерминации определяет степень влияния фактора на взаимосвязь признаков и рассчитывается путем возведения в квадрат коэффициента корреляции. В данной ситуации, количество случаев влияет на расходы всего лишь на 0,01%.

Структура расходов на ГОБМП (стационарной помощи) в расчете на среднюю стоимость пролеченного случая в 2009 г. показывает неравномерное распределение расходов между регионами. В среднем по республике расходы составляют 40 517 тенге, при этом наибольшее финансирование отмечается в г. Алматы – 178 732 тенге, наименьшее – в Костанайской области - 3 116 тенге, т.е. средняя стоимость пролеченного случая в г.Алмате в 4,4 раза превышал среднереспубликанский показатель, тогда как в Костанайской области этот показатель в 13 раз был ниже (рис.3).

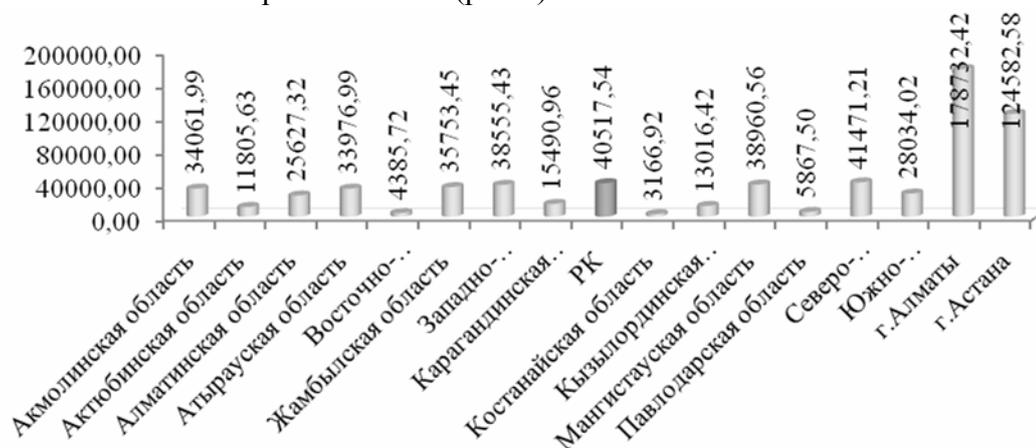


Рисунок 3 - Средняя стоимость пролеченного случая в разрезе регионов в 2009 году, тг.

Для описания относительной меры отклонений измеренных значений от среднеарифметического применяют методику расчета коэффициента вариации по формуле:

$$V = \frac{\sigma}{a} * 100\%$$

При расчете коэффициента вариации при средней стоимости пролеченного случая он был равен 114,3 %, однако когда коэффициент вариации превышает 33%, то это говорит о неоднородности информации и необходимости исключения самых больших и самых маленьких значений.

Следовательно, исключив г. Алматы (max = 178732,4 тг.) и Костанайскую область (min = 3166,9 тг.), мы получаем коэффициент вариации 101, 5%, что в нашем случае подтверждает факт неравномерного распределения финансовых средств на стационарную помощь между регионами.

Коэффициент вариации, равный 101, 5 %, показывает расхождение колебаний от средней стоимости в целом по республике, взятой за сто процентов. Это означает, что средние стоимости в том или ином регионе отклоняются от средней стоимости по РК примерно на 101, 5 %.

Рассчитан коэффициент вариации без значений городов Астана и Алматы, который был равен 57,6 %. Это указывает на то, что на столь высокое отклонение от средней стоимости пролеченных случаев по РК между регионами значительно влияют значения городов Астана и Алматы. Однако, и коэффициент вариации, равный 57,6%, доказывает

большую изменчивость вариационного ряда, т.е. отклонения по стоимости пролеченного случая между регионами очень существенны.

В целом, по средней стоимости пролеченного случая, все регионы можно разделить на 2 группы:

1 группа – области со средней стоимостью пролеченного случая меньше среднереспубликанского значения (40 517,15 тенге).

2 группа - регионы со средней стоимостью пролеченного случая выше среднереспубликанского значения.

Для каждой группы была рассчитана средняя стоимость пролеченного случая: в 1-й - 22207,92 тенге и во 2-й - 114928,74 тенге. Для выявления достоверности различия между данными двух этих групп, была применена методика определения критерия Стьюдента по формуле:

$$t_{\beta} = \frac{|\bar{X} - \bar{Y}|}{\sqrt{\frac{m^2}{\bar{X}} + \frac{m^2}{\bar{Y}}}}, \quad k = n_{\bar{X}} + n_{\bar{Y}} - 2$$

После расчета по формуле мы получаем значение $t_{\beta} = 5,0$

Число степеней свободы $k = 13 + 3 - 2 = 14$.

Для данного числа степеней свободы по таблице «Критические значения $t_{кр}$ Стьюдента при различных уровнях значимости P », находим $t_{кр}$: 2,14 для $P \leq 0,05$; 2,98 для $P \leq 0,01$; 4,14 для $P \leq 0,001$

Таким образом, обнаруженные различия между двумя группами значимы более чем на 0,1% уровне, или, иначе говоря, средняя стоимость пролеченного случая во 2-й группе существенно выше, чем в 1-й группе. Таким образом, можно говорить о высокой степени достоверности различия выборок уже по 3 порогу доверительной вероятности.

Выводы: Средняя стоимость пролеченного случая по регионам имела большой ценовой диапазон по сравнению со среднереспубликанским значением. Значительный перевес наблюдается в сторону городов Астана и Алматы, что говорит о нарушении конституционных прав граждан других регионов. При этом коэффициент вариации по средней стоимости пролеченного случая равен 101,5%, доказывает необъективность существовавшего в 2009 году метода финансирования стационарной помощи по пролеченному случаю ($\max =$ г. Алматы - 178732,4 тг. и $\min =$ Костанайская область - 3166,9 тг).

Литература

- 1 Akanov A.A., Kamaliev M.A. System of public health services of Republic of Kazakhstan: a current condition, problems, prospects /S.D. Asfendijarov Kazakh National Medical University, Almaty city, Republic of Kazakhstan
- 2 Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы.
- 3 Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.
- 4 Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. Л.: Медицина; 1974; 384 с.
- 5 Стентон Гланц. Медико-биологическая статистика. – М., 1999. – 460 с.
- 6 А.М.Ильшев. Общая теория статистики – «Общая теория статистики» Изд. ЮНИТИ-ДАНА - Москва, 2008.- 535 стр.
- 7 Кучеренко В.З. Применение методов статистического анализа // Геотар Мед, 2004, стр 128.
- 8 Основные законодательные акты - «О здравоохранении в Республике Казахстан» Изд. Юрист - Алматы, 2009.- 168 стр.

Түйін

Стационарлық көмекке шығыстарды бөлуді бағалаудағы әдістемелік тәсілдердің пайдаланылуы

Г.Т. Қорабаева, А.К. Тұрғамбаева

Мақалада санитариялық статистиканың әртүрлі әдістерін пайдаланумен 2009 жылы стационарлық көмекті қаржыландырмау тетіктері анықталды, өңірлер арасында стационарлық көмекке

қаржы бөлу әділетсіздігі дәлелденді. Өңірлерде емделген бір жағдайдың бағасының айтарлықтай айырмашылығы анықталды.

Summary

The use of methodological approaches in assessing the cost-sharing for inpatient care

G. Korabaeva, A. Turgambaeva

With the help of various biostatistical methods the article evidentiates inadequate mechanisms of an in-patient hospital' financing in the year 2009, demonstrates the biases of financial resources' distribution among regions, and brings to light the significant difference in case costs among regions.

**СТЕПЕНЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ВРАЧЕЙ В ОБЛАСТИ ОЦЕНКИ
МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Л.К. Кошербаева, С.Е. Ибраев, А.Б. Кумар

Республиканский центр развития здравоохранения, г. Астана

Введение. Ежегодный рост научных данных публикующих в различных медицинских журналах затрудняет практикующим врачам контролировать поток обширной информации новых исследований даже в условиях узкой специализации. Кроме того, не всегда результаты исследования ясны, последовательны и надежны. Исходя из этого, возникает необходимость проведения систематической и критической оценки, которая позволит взвесить различные варианты вмешательств и выявить лучшую альтернативу надежных фактических данных для принятия решения. Хорошие доктора используют индивидуальную клиническую квалификацию, и лучшие доступные внешние обоснованные доказательства, не ограничиваясь чем-либо одним. Без клинической квалификации, практика рискует подавляться доказательствами, поскольку даже превосходное внешнее обоснованное доказательство может быть неприменимым или несоответствующим отдельному пациенту. Без текущих лучших обоснованных доказательств, практика рискует стать быстро устаревшей, в ущерб пациентам [1]. Это поможет комплексно оценить клиническую эффективность путем обнаружение обоснованного доказательства, его распространение целевой аудитории, и реализация изменений, в которой могут представлять проблему.

Помимо оценки клинической эффективности в системе здравоохранения появились новые проблемы, необходимость ограничения ресурсов здравоохранения в связи с ростом расходов на новые медицинские технологии. Так, согласно оценкам, в Соединенных Штатах Америки результатом технического прогресса стало повышение на 70% показателя выживаемости после сердечного приступа. Однако наряду с этими достижениями возникает и трудная задача вложения средств именно в те услуги, которые дают наибольшую потребительскую ценность в обмен на произведенные затраты. Лица, принимающие решения, должны находить компромисс между предоставлением высококачественной, основанной на инновациях медико-санитарной помощи, с одной стороны, и необходимостью контролировать бюджеты здравоохранения и гарантировать соблюдение основных принципов справедливости, доступа и выбора, с другой стороны [2]. Для решения данных задач предоставления наилучшего оказания медицинских услуг в рамках имеющихся ресурсов предложено было проведение оценки медицинских технологии (далее - ОМТ), которая принимала во внимание организационные, социальные и этические вопросы для поддержки внедрения медицинских технологий. С момента основания в Швеции в 1980 гг. первого национального агентства по ОМТ число ведомств, занятых ОМТ, в Европе многократно выросло. Целью ОМТ является обеспечение структурированной, доказательной информации, которая поможет разработке безопасной и эффективной политики, учитывающей интересы больного и приносящей наибольшую

пользу. Несмотря на то, что ОМТ проводится в политических целях, она обязательно должна опираться на научные исследования (Kristensen, 2006).

ОМТ проводится в целях повышения качества медицинской помощи путем обеспечения медицинских работников объективной обобщенной систематизированной информацией об эффективности, безопасности и экономической целесообразности (приемлемости) методов диагностики, лечения, профилактики и реабилитации, разрешенных к применению в системе здравоохранения в установленном порядке [3]. К основным сторонам, влияющим на разработку политики здравоохранения, принадлежат больные, медицинские работники, руководители здравоохранения, промышленность, страховые организации и правительство. Все они проявляют законный интерес к получению информации по наилучшему применению медицинских технологий, которая используется при разработке политики [4]. Необходимо отметить, что инициатором проведения ОМТ может быть любая заинтересованная сторона как медицинская организация (учреждение), так и научно-исследовательская, общественная организация (ассоциация), объединяющая медицинских работников и (или) пациентов. Для объективности информации состав рабочей группы могут формироваться среди врачей различных специальностей, средних медицинских работников, организаторов здравоохранения и различных медицинских ассоциаций (врачей, пациентов и т.д.).

Развитие доказательной медицины в системе здравоохранения РК взяло свое начало с 2000 годов путем разработки и проведения образовательных программ, семинаров, тематических лекций, посвящённых современным подходам к выбору медицинских технологий, а также создание и внедрение в высших учебных заведениях страны кафедр. Следует, однако, признать, что на пути подобных преобразований существует много барьеров, но уже сейчас можно сказать, что ряд её преимуществ неоспорим.

Таким образом, для внедрения системы ОМТ и ее проведения в Республике Казахстан является актуальным определение уровня информированности медицинских работников в области ОМТ с учетом возможности дальнейшего повышения их потенциала.

Целью исследования явилось оценить степень информированности врачей в области оценки медицинских технологий.

Объект: медицинские организации – поликлиники г. Алматы и г. Астаны.

Методы: проведен социологический опрос среди врачей шести поликлиник г. Алматы и Астаны. Проанкетировано 202 респондентов, из них: 101 в г. Алматы, 101 в г. Астана. При распределении по категориям установлено, что из 202 респондентов имели высшее - 22 (11%), первую – 46 (23%), вторую – 40 (20%), не имели – 94 (46%). Определена статистическая достоверность полученных результатов.

При определении стажа работы в области общественного здравоохранения выяснилось достоверность результатов наличие опыта среди врачей первой категорией г. Алматы 36,3% ($p < 0,05$) и с противоположными данными среди врачей не имеющие категорию г. Алматы 58,8% ($p < 0,05$) и с высшей в г. Астана с достоверностью 17,1% ($p < 0,05$).

Однако отмечалось, что имели отношения к экспертной деятельности врачи с высшей категорией г. Астаны 33,3% ($p < 0,05$) и первой в г. Алматы с достоверностью результатов 58,8% ($p < 0,05$). Также отмечено, врачи не имеющие категории г. Алматы не имеют опыта работы в Экспертной деятельности ($p < 0,05$), что связано с наличием малого опыта врачебной деятельности.

Выявлено среди респондентов наличие степени магистра в общественном здравоохранении среди врачей второй категорией г. Алматы 1,5%, у остальных 98,5% опрошенных научной степени не оказалось.

Респонденты второй категории г. Алматы считают, что ОМТ может повлиять на стоимость услуги в медицинских организациях 43,3% ($p < 0,05$), однако врачи г. Астаны с высшей категорией 33,3% ($p < 0,05$) и не имеющие категории г. Алматы 91,6% ($p < 0,05$) достоверно утверждают в обратном.

Также выявлено, что врачи второй категории г. Алматы ($p < 0,05$) понимают, что использование ОМТ способен повысить качество и эффективность медицинской услуги, хотя они же отмечают, что ОМТ не способствует в повышении доходов клиники. Врачи не имеющие категорию г. Алматы ($p < 0,05$) показывают в целом незнание в данном направлении. Однако врачи не имеющие категорию г. Астаны проявляют свое незнание о влиянии ОМТ на цену услуги 52% ($p < 0,05$), но достоверно отмечают, что ОМТ может способствовать доходу клиники, также как и врачи с высшей категорией ($p < 0,05$). Исходя из этого необходимо обратить внимание на то, что врачи второй категории г. Алматы и не имеющие категории г. Астаны имеют достаточную осведомленность в ОМТ и могут создать базу для привлечения их в процесс ОМТ с условием после проведения дополнительных образовательных мероприятий.

Выявлено незнание о необходимости проведения ОМТ заимствованных технологий среди врачей высшей 17,6% и первой 35,2% категорией г. Алматы ($p < 0,05$), хотя врачи высшей и второй категории г. Алматы ($p < 0,05$) считают, что передовые технологии упрощают работу врача. Обратного мнения остаются врачи не имеющие категорию г. Алматы и с высшей категорией г. Астаны ($p < 0,05$).

Респонденты с высшей категорией г. Алматы 25% и Астана 33,3% ($p < 0,05$), а так же не имеющие категории г. Алматы 75% ($p < 0,05$) отмечают свое незнание в вопросе всегда ли внедрение новых медицинских технологий будет являться высокоспециализированной медицинской помощью. Однако респонденты второй категорией г. Алматы 37,8% ($p < 0,05$) утверждают о положительном ответе.

Также, необходимо отметить, что респонденты с высшей категорией г. Алматы 13,3 ($p < 0,01$) утверждают о применении в своей деятельности новых медицинских технологий, которые в дальнейшем повысили качество медицинских услуг, хотя респонденты второй категории г. Алматы 32,3% ($p < 0,05$) и не имеющие категории двух городов ($p < 0,05$) отмечают обратное.

Респонденты г. Астана с высшей категорией ($p < 0,05$) считают, что ОМТ облегчит бремя болезни у пациента, хотя врачи второй категории г. Алматы ($p < 0,05$) и не имеющие категории в г. Астана ($p < 0,05$) утверждают обратное мнение. Незнание в данном вопросе отмечают респонденты не имеющие категории г. Алматы ($p < 0,05$).

Врачи не имеющие категорию г. Алматы 50% ($p < 0,05$) считают, что медицинская технология является прерогативой врача и какую-то часть можно отнести к функции среднего. Однако респонденты первой категории 50% ($p < 0,05$) утверждают в обратном. Следует отметить респонденты высшей категории г. Алматы, второй и не имеющие категории г. Астана ($p < 0,05$) отмечают незнание о необходимости регламентации деятельности среднего медицинского персонала и врачей. Исходя, из этого необходимо внедрить четкую систему распределения ответственности сторон, путем разработок регламента и порядка работ, для возможности делегирования определенных задач.

Выяснилось, что основы доказательной медицины в своей практической деятельности применяют респонденты г. Астаны высшей категорией ($p < 0,05$), противоположные данные дали респонденты не имеющие категории г. Астана 63,1% ($p < 0,05$). Необходимо увеличить базовое знание в области доказательной медицины среди молодых врачей путем проведения дополнительных тренингов, курсов, так как это даст возможность критической оценке принятия решения в практической деятельности.

Выводы: 1 Комплексный подход к оценке целесообразности применения медицинских технологий предполагает взаимосвязанную оценку результатов и стоимости медицинских вмешательств. Наиболее принципиальным в данном случае является оценке соотношения между затратами и полученными результатами. Следовательно, качество и эффективность медицинских услуг, и их рентабельности необходимы всем заинтересованным лицам в момент принятия решений, касающихся стратегии лечения. Молодое поколение врачей имеют общее представление в данном направлении, что в дальнейшем могут быть

привлечены, после повышения потенциала в данной области, как основной стрелы процесс ОМТ.

2 Врачи не достаточно понимают не зависимо от категорий и не осознают, что включает в себя высокоспециализированная медицинская помощь, и ее критерии. Хотя отмечается положительная тенденция среди врачей г. Алматы, но, тем не менее, они должны изучить общие понятия о видах оказания помощи и их основные критерии.

3 Врачи молодого поколения не достаточно понимают не зависимо от категорий о влияние ОМТ на бремя болезни. Однако отмечается положительная тенденция среди врачей высоким стажем работы в практической деятельности.

4 ДМ дает возможность молодым врачам выбору и применению лучших результатов клинических исследований для выбора лечения конкретного больного, в связи с этим остро нарезает необходимость повышение потенциала среди врачей молодого поколения.

Литература:

1 Sackett, D.L. et al. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 312 (7023), 13 January, 71-72. <http://cebm.jr2.ox.ac.uk/ebmisisnt.html>.

2 Краткий аналитический обзор «Как добиться большей практической значимости оценок технологий здравоохранения?», Corinna Sorenson, Michael Drummond, Finn Børllum Kristensen, Reinhard Busse, Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

3 Оценка медицинских технологий, Первая редакция, Национальный ГОСТ-Р стандарт РФ, Москва 2008г.

4 «Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы. Современное состояние, проблемы и перспективы», Marcial Velasco Garrido, Finn Børllum Kristensen, Camilla Palmhøj Nielsen, Reinhard Busse, Серия исследований Обсерватории, выпуск 14, Всемирная организация здравоохранения 2010 г., от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения.

Түйін

Қазақстан Республикасы дәрігерлерінің медициналық технологиялар саласындағы ақпараттылық деңгейі

Л.К. Кошербаева, С.Е. Ибраев, А.Б. Кумар

Мақалада медициналық технологияларды бағалау (МТБ) жүйесін енгізу үрдісі басталатын Қазақстан Республикасының мемлекеттік басқаруындағы МТБ-ны жоспарлауды әзірлеуге мүмкіндік беретін МТБ саласындағы ақпараттылық деңгейі туралы емхана дәрігерлерінің зерттеу нәтижелері сипатталады.

Summary

Awareness of physicians in the assessment of health technology of Republic of Kazakhstan

L.K. Kosherbaeva, S.E. Ibraev, A.B. Kumar

The article reflects the results of a primary physicians awareness of HTA, which later will give the opportunity to apply in the development planning in the government of the Republic of Kazakhstan, where he begins implementing the procedural system HTA.

**РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ
ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ СРЕДИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ
СЛУЖАЩИХ В УСЛОВИЯХ ВЕДОМСТВЕННОГО САНИТАРНО-
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА**

*А.Ш. Мусина, Н.К. Хожамуратова
Управление санитарно-эпидемиологического надзора
Медицинского центра Управления делами Президента
Республики Казахстан, г. Астана*

Ведение: Актуальность проблемы острых кишечных инфекций (ОКИ) обусловлена тем, что данная группа инфекционных заболеваний устойчиво сохраняет одно из ведущих мест среди инфекционной заболеваемости населения. С приближением летнего периода повышается значимость заболеваемости населения острыми кишечными инфекциями (ОКИ). ОКИ – это инфекционные заболевания, вызываемые бактериями, вирусами, простейшими, поражающими отделы желудочно-кишечного тракта человека с клинической картиной интоксикации, болями в животе, жидким стулом и рвотой. Заражение людей ОКИ происходит при попадании возбудителя в организм человека через рот, а именно, при употреблении в пищу инфицированных возбудителями инфекции продуктов питания, употреблении воды из неизвестных источников и не подвергавшейся обеззараживанию, при не соблюдении правил личной гигиены [1].

Целью исследования явилось разработать прогноз динамики заболеваемости на ближайший год.

Материала и методы: Материалом для исследований послужили приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм по организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению заболеваемости острыми кишечными инфекциями, сальмонеллезом, брюшным тифом и паратифами» от 01 июля 2011 года №442; для работы использованы формы государственной статистической отчетности, утвержденные приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан - форма №1 «Отчет об отдельных инфекционных и паразитарных заболеваниях», «Журнал учета инфекционных заболеваний в государственных органах санитарно-эпидемиологической службы» по форме №523/у, мониторинги заболевших острыми кишечными инфекциями, отражающие данные о времени и дате возникновения заболевания, клинической картине, результатах лабораторных данных, путей и факторах передачи инфекции, возрасте больного, ведомственной принадлежности. Полученные результаты подвергались статической обработке [2].

Результаты и обсуждение. Ретроспективный эпидемиологический анализ (далее - РЭА) - это изучение эпидемической обстановки за длительные отрезки времени, проводимые с помощью диагностических (логических и статистических) методов с целью получения всех необходимых данных для планирования противоэпидемической работы на предстоящий период.

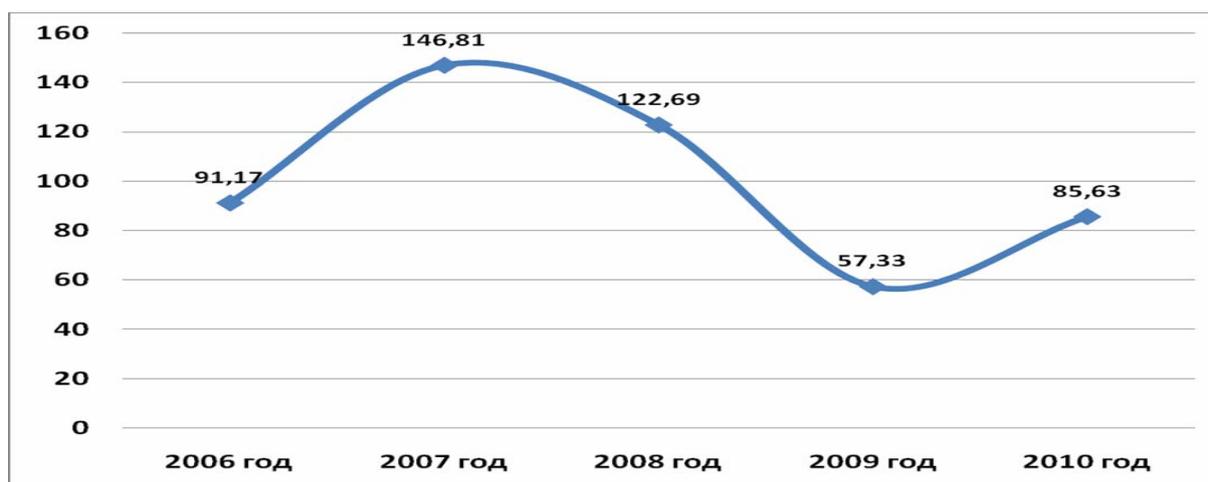


Рисунок 1 - Многолетняя динамика заболеваемости острыми кишечными инфекциями за период с 2006 по 2010 годы

Исходя из вышеуказанных данных, определена эпидемическая тенденция в многолетней динамике с периодами стабилизации, роста и снижения заболеваемости. Следует отметить, что заболеваемость острыми кишечными инфекциями определяется

циклическостью. В структуре многолетней динамики заболеваемости острыми кишечными инфекциями отмечены регулярные колебания уровня заболеваемости - в течение пяти лет характерен одноволновой эпидемический процесс с началом подъема заболеваемости в 2006 году, пиком заболеваемости в 2007 году и спадом заболеваемости в 2008 и 2009 годы.

Цикл колебаний находится в пределах 5-ти лет, рост отмечается в течение 2-3 лет, снижение в пределах 3-4-х лет. Циклическость эпидемического процесса объясняется инфекционно-иммунологическими отношениями популяций паразита и специфического хозяина.

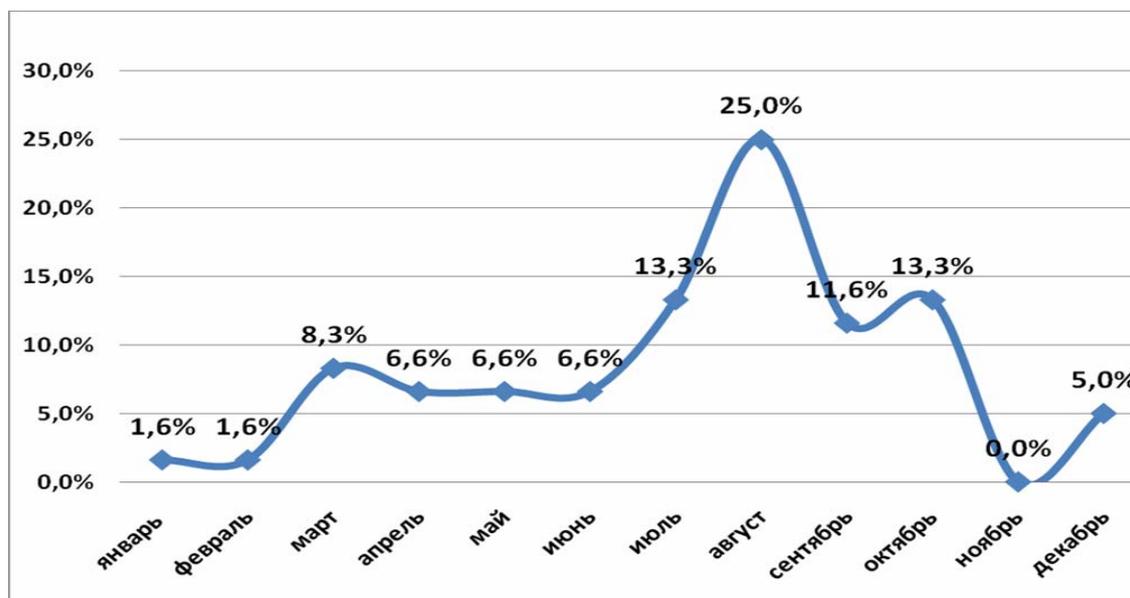


Рисунок 2 - Годовая динамика заболеваемости острыми кишечными инфекциями за период с 2006 по 2010 годы

Заболеваемость острыми кишечными инфекциями определяется сезонностью. Сезонное повышение заболеваемости приходится на июль-октябрь месяца, с пиком заболеваемости в августе-сентябре месяцах.

Таблица 1 - Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в разрезе возрастных групп населения за 2006-2010 гг.

Годы	Возрастные группы					Социально-профессиональный состав	
	20-29 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше	госслужащие	прочие
2006	1	4	2	1	-	8	
2007	2	8	1	1	2	13	1
2008	3	6	1	5	1	13	3
2009	4	1	2	-	2	9	-
2010	2	4	4	1	2	13	-
Итого:	12	23	10	8	7	56	4
%	20%	38%	17%	13%	12%	93%	7%

В разрезе возрастных групп наибольший процент заболеваемости острыми кишечными инфекциями приходится на возрастную группу 30-39 лет - 38% и 20-29 лет - 20% от общей заболеваемости.

Ввиду обслуживания определенного контингента по социально-профессиональному составу, большая часть заболевших приходится на государственных служащих (более 90% от всей заболеваемости).

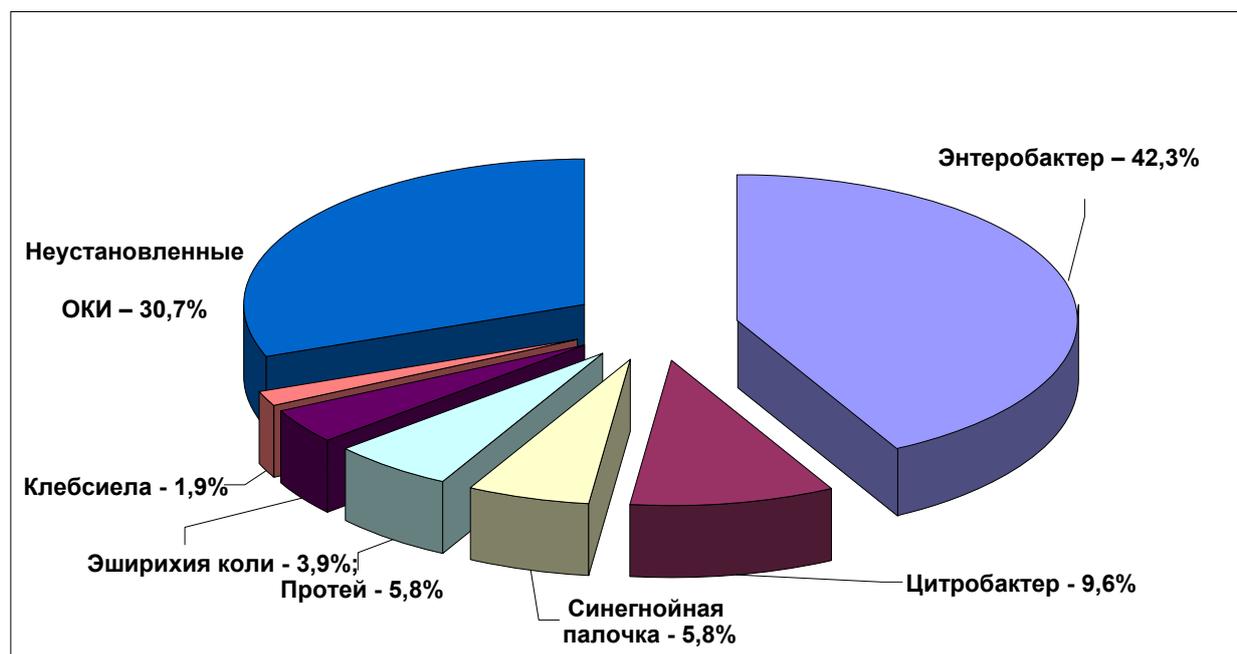


Рисунок 3 - Этиологическая расшифровка больных острыми кишечными инфекциями за период с 2006-2010 годы

При анализе этиологической расшифровки острых кишечных инфекций, микробный пейзаж представлен условно-патогенной флорой. А именно: основную долю составил энтеробактер - 42,3%, цитробактер - 9,6%, протей и синегнойная палочка - по 5,8%, эшерихия коли - 3,9% и клебсиелла - 1,9%.

По-прежнему остается высокий показатель неустановленных острых кишечных заболеваний, одной из основных причин которых является беспорядочное употребление лекарственных препаратов, в том числе антибиотиков до обращения в лечебную сеть.

В ходе эпидемиологического расследования всех случаев ОКИ установлены факторы и пути передачи возбудителя - связаны с употреблением в пищу недоброкачественной пищевой продукции и фруктов, овощей. Этому способствовало несоблюдение элементарных санитарных правил заболевшими лицами в части хранения и транспортировки пищевых продуктов, несоблюдение правил личной гигиены в быту.

За последние 5 лет не зарегистрирована вспышечная заболеваемость острыми кишечными заболеваниями. Регистрируемая заболеваемость носит спорадический характер и не связана с организованным питанием и водоснабжением.

В разрезе центральных государственных органов заболеваемость острой кишечной инфекцией носит спорадический характер, то есть отсутствует взаимосвязь возникновения заболевания с питанием на рабочих местах.

В целях снижения и недопущения роста заболеваемости острыми кишечными инфекциями проводится комплекс санитарно-гигиенических, профилактических и противоэпидемических мероприятий. [3]

Выводы: В структуре многолетней динамике заболеваемости острыми кишечными инфекциями отмечены регулярные колебания уровня заболеваемости - с началом подъема заболеваемости в 2006 году, пиком заболеваемости в 2007 году и спадом заболеваемости в 2008 и 2009 годы.

Цикл колебаний находится в пределах 5-6 лет, рост отмечается в течение 2-3 лет и снижение в пределах 3-4-х лет.

За последние годы не зарегистрирована вспышечная заболеваемость. Регистрируемая заболеваемость носит спорадический характер, не связана с организованным питанием и водоснабжением.

Литература

- 1 С.А. Амиреев, Т.А. Муминов, Б.Л. Черкасский, К.С. Оспанов «Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях», том I, 2007 год;
- 2 приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм по организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению заболеваемости острыми кишечными инфекциями, сальмонеллезом, брюшным тифом и паратифами» от 01 июля 2011 года №442;
- 3 Б.Л. Черкасский, Руководство по общей эпидемиологии. М. Медицина - 2001. 557 стр.

Түйін

Мемлекеттік қызметкерлер арасындағы ведомстволық санитарлық-эпидемиологиялық бақылау жағдайында асқынған ішек инфекцияларымен ауырғандарға ретроспективті эпидемиологиялық талдау

А.Ш. Мусина, Н.К. Қожамұратова

Асқынған ішек жұқпалары ауруының көп жылдық динамикасының құрамында аурудың деңгейі тұрақты құбылуы белгіленеді, 2006 жылы аурудың көтерілуі, 2007 жылы аурудың барынша көтерілуі, 2008 және 2009 жылдары аурудың құлдырауы байқалған. 5 және 6 жыл шегінде топтама бұлағы болады. 2 - 3 жыл арасында өсу белгіленеді және 3, 4 жыл арасында төмендеу байқалды.

Summary

A retrospective epidemiological analysis of the incidence of acute intestinal infections among civil servants in the departmental Sanitary and Epidemiological Surveillance

A.Sh. Musina, N.K. Hozhamuratova

In the structure of long-term dynamics of morbidity with acute intestinal infections are marked by regular fluctuations in the level of morbidity - with the beginning of a steep increase in 2006, the peak incidence in 2007 and a decline of disease in the years 2008 and 2009. Cycle of fluctuations is within 5-6 years, growth was recorded in a period of 2-3 years and the reduction in the limits of 3-4 years.

ПРОБЛЕМА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВРАЧАМИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Г.А. Мусина, Г.К. Нургазина, А.К. Шамова, А.И. Бекжанова
АО «Медицинский университет Астана»
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»

Введение. В настоящее время существует множество проблемных вопросов в кадровой политике, одни из которых: предпенсионный и пенсионный возраст врачей, дефицит кадров первичного звена здравоохранения.

Другой актуальной проблемой кадровой политики является нормирование труда работников здравоохранения, включая нормы нагрузки, нормы времени, нормативы численности.

В кризисных условиях переходного периода обеспечение потребности населения в лечебно-профилактической помощи стало достигаться путем увеличения норм нагрузки без учета уровня и структуры заболеваемости, а также состояния и развития организационных форм медицинской помощи. Проводимые мероприятия были вынужденной мерой, не были популярными в медицинской среде и также способствовали кадровому оттоку и снижению качества медицинской помощи, особенно среди молодых специалистов [1,2].

Цель исследования: оценка кадрового потенциала участковой терапевтической и педиатрической службы организаций ПМСП

Материал и методы: литературные источники; статистические данные МЗ РК (отчетная форма №30, №47); статистические сборники «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» за 2001-2010 годы, данные ТОО «Мединформ» МЗ РК.

Результаты исследования: Несмотря на увеличение обеспеченности населения врачебными кадрами всех специальностей, в РК с каждым годом нарастает проблема дефицита кадров (табл.1).

Таблица 1 - Обеспеченность медицинскими кадрами в системе МЗ РК (на 10 тысяч населения)

наименование	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Т прироста
РК	29,2	29,7	29,9	30,1	30,3	30,0	30,5	30,8	30,9	31,2	6,8
Акмолинская	28,6	27,5	27,2	27,4	27,4	26,9	26,3	26,3	26,1	26,2	-8,4
Актюбинская	36,2	35,0	38,3	37,7	38,2	38,4	39,9	38,3	38,1	36,7	1,4
Алматинская	17,8	18,1	18,1	18,2	18,1	18,0	18,8	18,6	19,2	19,0	6,7
Атырауская	26,3	26,8	26,9	27,3	26,2	25,7	25,2	24,7	24,9	25,5	-3,0
ВКО	27,9	28,4	28,5	29,2	30,2	30,5	31,5	31,0	31,6	31,8	14,0
Жамбылская	22,3	23,5	22,3	22,2	22,3	22,3	22,3	22,5	22,6	23,2	4,0
ЗКО	26,9	27,3	27,5	27,3	26,9	26,6	26,4	25,9	25,5	26,8	-0,4
Карагандинская	34,5	34,3	34,5	34,1	35,0	35,5	35,2	35,5	35,7	35,5	2,9
Костанайская	22,0	22,7	22,7	22,6	22,4	21,7	21,5	21,7	21,8	22,2	0,9
Кзыл-Ординская	27,5	28,1	27,7	27,7	28,6	28,2	29,8	29,1	28,4	28,7	4,4
Мангистауская	31,0	31,6	29,5	29,2	29,0	29,3	30,1	30,0	28,7	25,9	-16,5
Павлодарская	27,9	28,9	29,8	30,1	30,5	30,4	29,8	30,7	31,2	32,2	15,4
СКО	20,1	20,3	20,8	21,5	21,6	21,3	21,8	22,3	22,8	25,1	24,9
ЮКО	25,5	26,0	26,4	26,6	26,5	25,9	26,2	26,4	26,9	28,0	9,8
г.Алматы	61,4	61,0	61,4	60,5	59,8	56,0	54,3	55,8	53,3	52,9	-13,8
г.Астана	37,1	43,9	42,9	45,5	46,6	48,4	55,2	57,7	59,3	63,6	71,4

Проблема «старения» медицинских кадров остается на всей территории Казахстана. Доля молодых специалистов составляет не более 4% от общего числа врачебных кадров. Анализ показал, что низкая привлекательность профессии и отсутствие мотивационных механизмов, приводит к тому, что уровень трудоустройства выпускников ВУЗов не превышает 87%. [3].

Анализ статистической формы «Отчет по половозрастной структуре кадров предпенсионного и пенсионного возраста» в разрезе областей за 6 месяцев 2011 года показал, что лица в возрасте старше 50 лет составляют 32,9% от общего числа врачей (27% в 2006 году).

Таблица 2 - Половозрастная структура врачебных кадров всех специальностей в системе МЗ РК предпенсионного и пенсионного возраста в разрезе областей

Регион	всего врачей	женщин всего	50 лет и старше	%	мужчин всего	55 лет и старше	%	Итого лиц предпенсион и пенсионного возраста	% лиц предпенсион и пенсионного возраста
Костанайская обл.	1768	1260	680	38,5	508	212	12,0	892	50,5
ЗКО	1556	1149	503	32,3	407	138	8,9	641	41,2
Атырауская обл.	1343	995	406	30,2	348	135	10,1	541	40,3
Карагандинская обл.	3651	2819	1186	32,5	832	275	7,5	1461	40,0

Алматинская обл.	3296	2314	924	28,0	982	365	11,1	1289	39,1
ВКО	3532	2629	1066	30,2	903	313	8,9	1379	39,0
СКО	1382	957	403	29,2	425	120	8,7	523	37,8
Акмолинская обл.	1738	1240	493	28,4	498	150	8,6	643	37,0
Павлодарская обл.	2145	1599	651	30,3	546	117	5,5	768	35,8
Жамбылская обл.	2632	1773	675	25,6	859	227	8,6	902	34,3
Актюбинская обл.	2700	2076	694	25,7	624	196	7,3	890	33,0
Республиканские организации	2480	1706	571	23,0	774	217	8,8	788	31,8
г.Алматы	4665	3556	1155	24,8	1109	263	5,6	1418	30,4
Кызылординская обл.	1893	1324	389	20,5	569	180	9,5	569	30,1
Мангистауская обл.	1219	911	235	19,3	308	95	7,8	330	27,1
г.Астана	2524	2056	500	19,8	468	75	3,0	575	22,8
ЮКО	6585	4349	883	13,4	2236	363	5,5	1246	18,9
ИТОГО:	45109	32713	11414	25,3	12396	3441	7,6	14855	32,9

В Костанайской области доля врачей пенсионного и предпенсионного возраста составляет -50,5%, в Карагандинской, Атырауской и Западно-Казахстанской областях этот показатель превышает 40,0%, выше среднереспубликанского (РП-32,9%) в Акмолинской, Алматинской, ЗКО, ВКО, СКО и Павлодарской областях. В ЮКО, КЗО и Астане процент лиц старше 50 лет меньше республиканского показателя.

Таким образом, при сохранении подобной тенденции в ближайшие 10-15 лет, здравоохранение этих территорий столкнется с острейшим дефицитом кадров [4].

Проведенный анализ укомплектованности кадрами и совместительства в медицинских организациях республики, позволил нам, разделить регионы на 3 группы:

- 1-я группа – с высокой укомплектованностью и низким коэффициентом совместительства (Актюбинская и Алматинская области);
- 2-я группа - высокая укомплектованность и высокий коэффициент совместительства (Атырауская и ЗКО);
- 3-я группа - низкая укомплектованность и низкий коэффициент совместительства (Костанайская и СКО).

Нами проведен анализ укомплектованности и совместительства в вышеуказанных 6 областях республики, как наиболее ярких представителей групп, среди участковых терапевтов, педиатров и врачей ВОП.

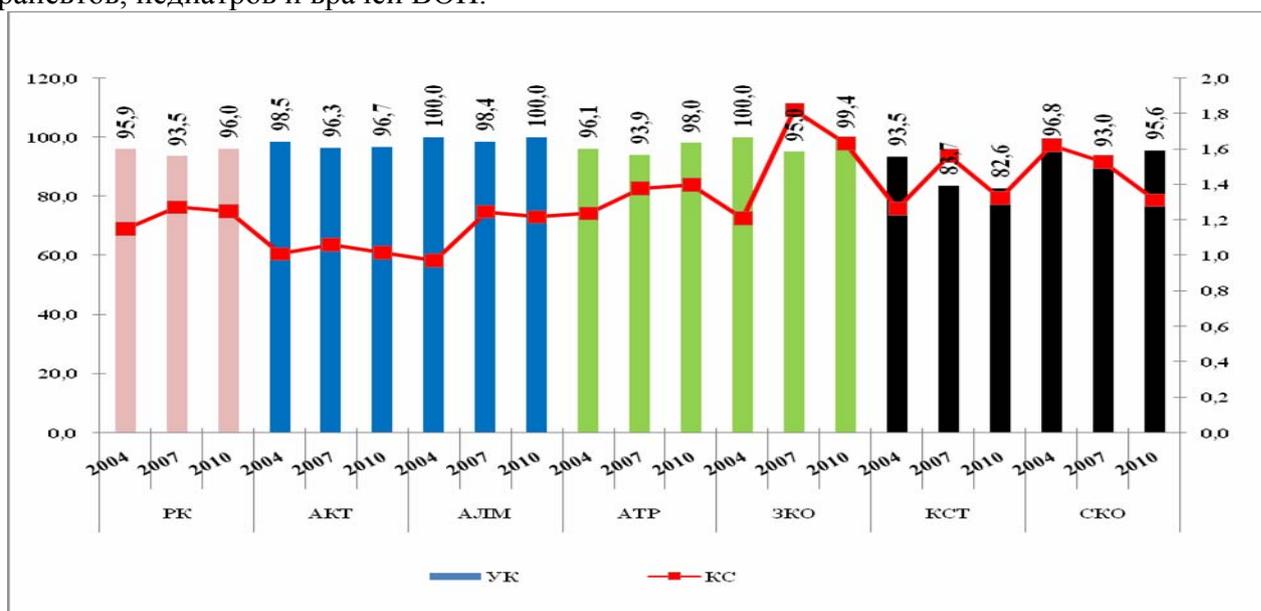


Рисунок 2 – Укомплектованность участковыми терапевтами и коэффициент совместительства (1 гр.- голубой цвет, 2-я гр. – зеленый цвет, 3-я гр. – черный цвет).

При этом в 1-ой группе укомплектованность (далее - УК) участковыми терапевтами составляла более 96%, коэффициент совместительства (далее - КС) находился в пределах 1,0-1,25.

Во 2-ой группе регионов УК от 93% и выше, но и КС от 1,25 до 1,8, что является очень высоким показателем совместительства.

В 3-й группе процент УК составлял от 82% до 96%, а КС - от 1,3 до 1,68.

С укомплектованностью врачами общей практики ситуация несколько иная, средне республиканский показатель довольно низкий и к 2010 г составил 92,%. В разрезе регионов он варьирует от очень низкого 65% в СКО до 100% в Алматинской, ЗКО и др. областях (рис.3). При этом КС от 1,2 до 1,4 в 1-й и 2-й группах и от 2,0 до 4,0 в 3-й группе.

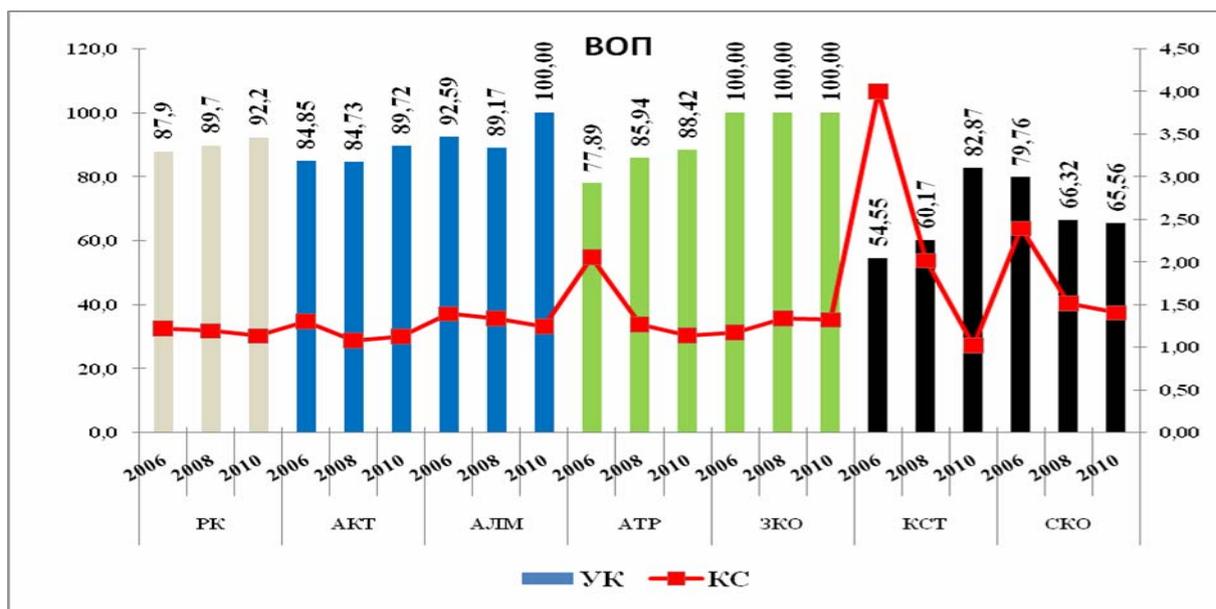


Рисунок 3 – Укомплектованность и коэффициент совместительства врачами общей практики (1 гр.- голубой цвет, 2-я гр. – зеленый цвет, 3-я гр. – черный цвет).

Укомплектованность участковыми педиатрами несколько ниже в сравнении с участковыми терапевтами и общая характеристика 1-й и 3-й групп сохраняется (рис.4). Представитель 2-й группы Атырау имел очень низкий процент УК при среднереспубликанских показателях КС.

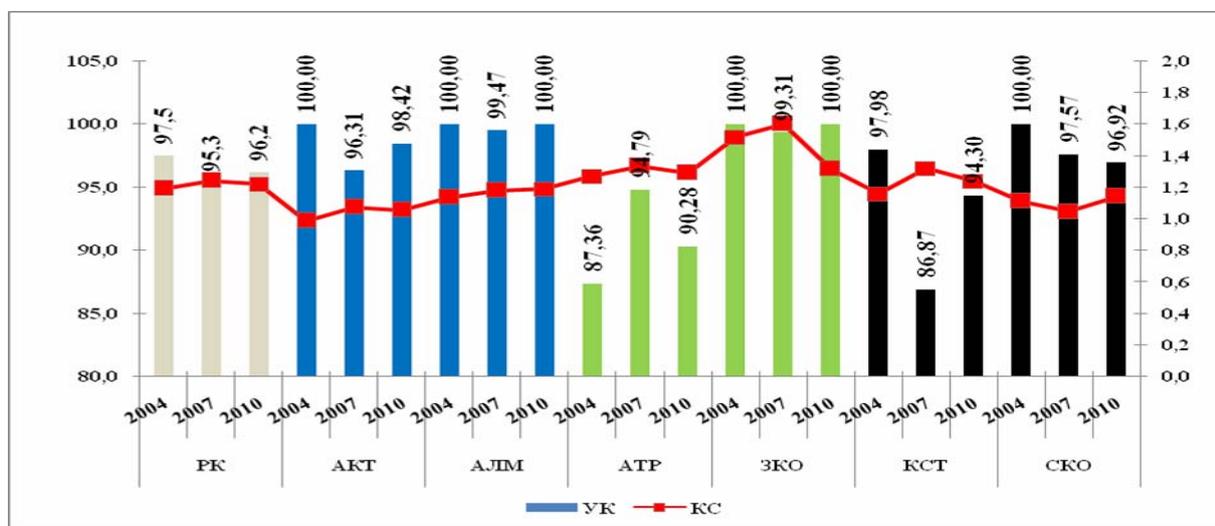


Рисунок 4 – Укомплектованность и коэффициент совместительства участковых педиатров (1 гр.- голубой цвет, 2-я гр. – зеленый цвет, 3-я гр. – черный цвет).

При благополучии участковыми терапевтами, в Актюбинской области УК снижается, и увеличивается показатель совместительства (рис.5).

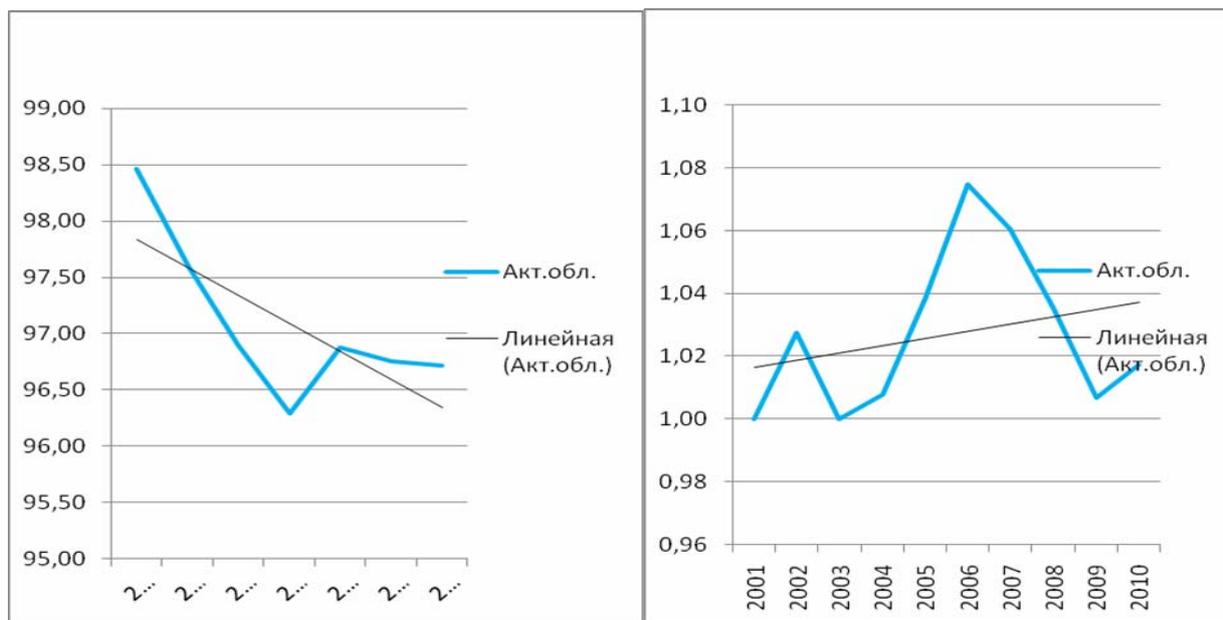


Рисунок 5 – Динамика укомплектованности и коэффициента совместительства уч.терапевтами в Актюбинской области за 2004-2010 годы.

График трендов по Западно-Казахстанской области выявляет аналогичная ситуацию (рис.6)

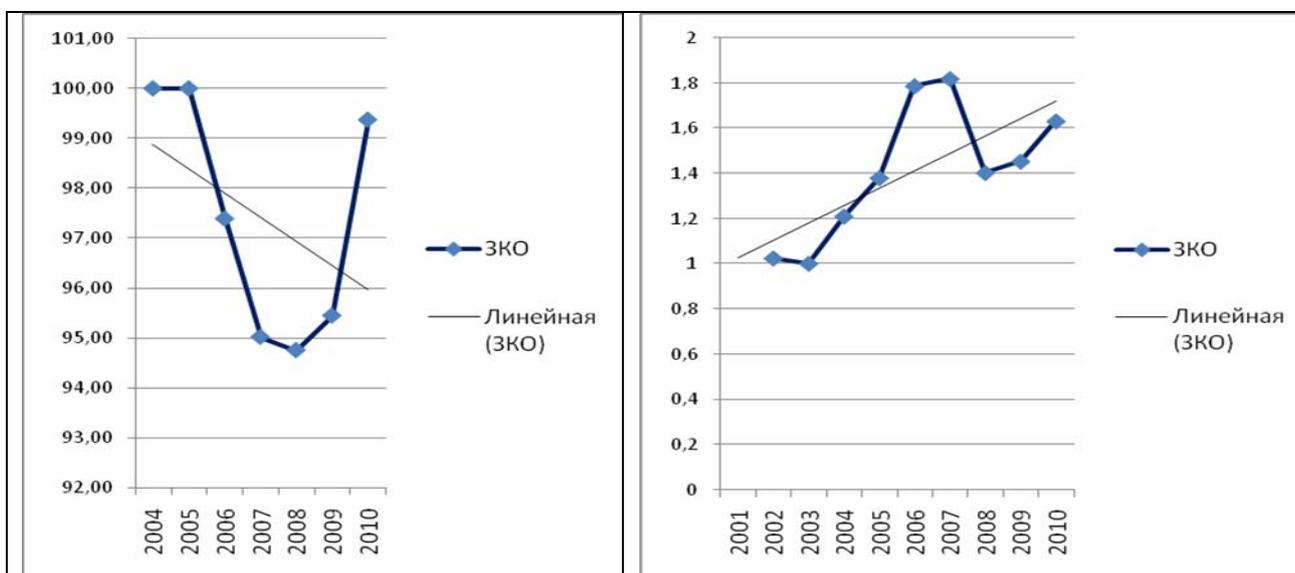


Рисунок 6 – Динамика укомплектованности и коэффициента совместительства уч.терапевтами в Западно-Казахстанской области за период 2004-2010 годы.

По Костанайской области (рис.7) укомплектованность должностей ВОП происходила, возможно, за счет участковых педиатров.

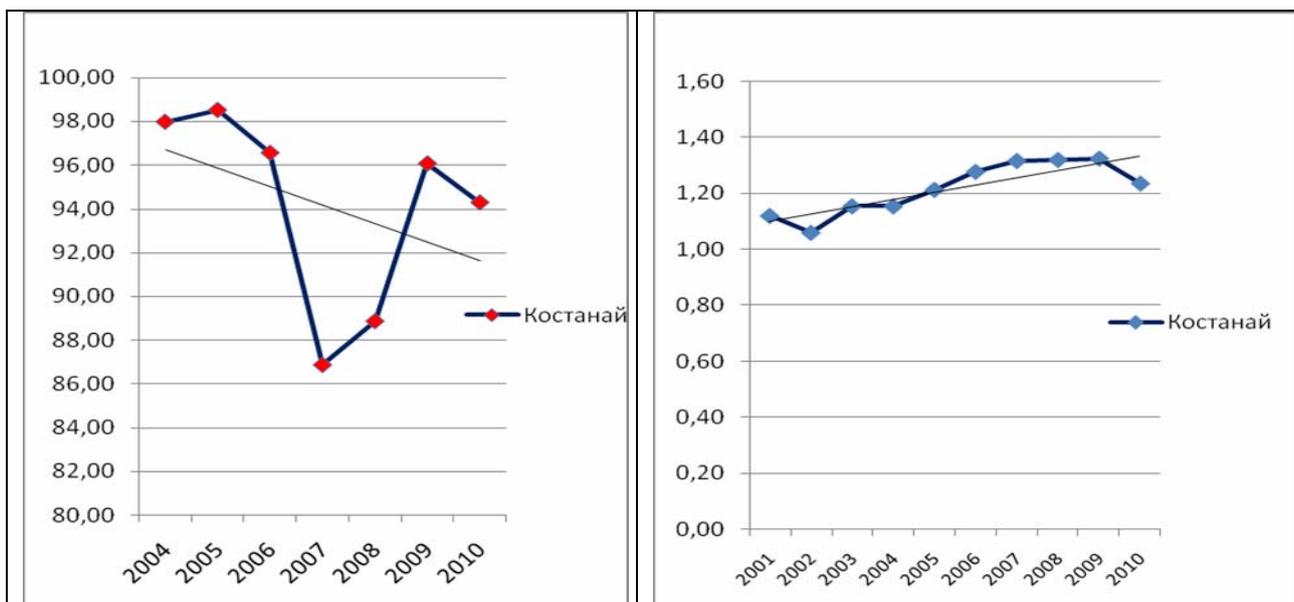


Рисунок 7 – Динамика укомплектованности и коэффициента совместительства уч.терапевтами в Костанайской области за 2004-2010 годы.

В целом по Республике в период с 2004 по 2010 годы средне республиканский показатель укомплектованности кадрами участковыми терапевтами практически не изменился (95,9-96,0), но в разрезе регионов значительная положительная динамика имеется в Карагандинской, ЮКО и г. Астане. Отрицательная динамика наблюдается в Актюбинской, Костанайской, Мангистауской областях и г.Алматы (рис.8).

Считаем, что причиной резкого снижения укомплектованности участковыми врачами в 2006-2007 годах, когда были введены должности ВОП, это укомплектование вновь введенных должностей проходило путем переподготовки участковых терапевтов и участковых педиатров:

- укомплектование ВОП по Павлодарской области увеличилось с 39,6% до 82,7%;
- по Костанайской области - с 54,5% до 82,9%.

Исключение составила СКО, где идет снижение этого показателя с 79,8% до 65,6%. Незначительное снижение наблюдается в Жамбылской (-1%), Мангистауской областях (-1,8%) и г.Астана (-1,5%).

По участковым педиатрам ситуация в течение ряда лет, относительно удовлетворительная и сохраняется в пределах 90% - 100%.

Таким образом, результатом нашего исследования явилось:

1) Руководители медицинских организаций проблему дефицита специалистов решают путем увеличения нагрузки врачей ПМСП, что отражается на качестве оказываемых медицинских услуг.

2) Руководителям управлений здравоохранения необходимо изучать изложенную проблему и разрабатывать кадровую политику региона, с конкретными предложениями для привлечения специалистов в ПМСП.

Литература

- 1 Сборник штатных нормативов и типовых штатов учреждений здравоохранения / /Под ред.С.П. Буренкова. – М.: Медицина, 1986. – 704 с.
- 2 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
- 3 Мельникова Н.А. Научное обоснование системы обеспечения врачевными кадрами здравоохранения региона в современных социально-экономических условиях.- Хабаровск - 2004.- 204 с.

4 Л.А.Бокерия, И.Н.Ступаков, Р.Г.Гудкова, Н.М.Зайченко, Научный совет по сердечно-сосудистой хирургии РАМН и МЗ и СР РФ, Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н.Бакулева РАМН. Здравоохранение Российской Федерации № 5, 2005 г., с.31-35.

Түйін

Қазақстан Республикасындағы алғашқы медициналық-санитарлық көмек дәрігерлерінің денсаулық сақтау саласын қамтамасыз ету проблемалары

Г.А. Мусина, Г.К. Нурғазина, А.К. Шамова, А.И. Бекжанова

Учаскелік терапевт және педиатр, жалпы тәжірбиелі дәрігерлердің республикалық жиынтығы бойынша 2004-2010 жылдар аралығындағы статистикалық мәліметтерді бағалап және талдау жүргізілді. Талдау барысында бастапқы медициналық санитарлық көмек (БМСК) ұйымдарда кадрлардың жетіспеушілігі анықталып, ондағы медициналық ұйымдардың жетекшілері кадрлық потенциалға анықтау жүргізілмейтіндігі байқалған. Денсаулық сақтау саласы кадрлардың жетіспеушілігін бастапқы медициналық көмек көрсету дәрігерлердің жұмыс мөлшерін ұлғайту жолымен шешеді.

Summary

The problem of ensuring the health sector physicians of primary health care in the Republic of Kazakhstan

G.A. Musina, G.K. Nurgazina, A.K. Shamova, A.I. Bekzhanova

We have analyzed and evaluated statistical data on staffing level for internal medicine specialists, general practitioners and pediatricians broken down by regions in the years 2004-2010. The analysis detected the following facts: there exists the staff deficit in primary care organizations, healthcare organizations' leaders do not examine their staff potential, and the deficit issue is dealt with by virtue of increasing the burden on primary care physicians.

КАРТОГРАММА СМЕРТНОСТИ ОТ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В КАЗАХСТАНЕ

*И.С. Нуралина, С.В. Ким, Н.С. Игусинов
Мальколм А Мур, Г.С. Игусинова, Б.С. Ибраимова*

¹Институт общественного здравоохранения

АО «Медицинский университет Астана»

²ОО «Central Asian Cancer Institute», Астана

³Международный союз против рака, Азиатский региональный офис

⁴Казахский НИИ онкологии и радиологии, Алматы

Введение. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в области диагностики и лечения, рак шейки матки продолжает занимать одну из лидирующих позиций в структуре онкологической заболеваемости женской половой сферы. В развивающихся странах доля рака шейки матки среди всех злокачественных опухолей у женщин составляет 15%, в развитых странах – 4,4% от новых случаев рака [1]. По данным Международного агентства по изучению рака, ежегодно в мире регистрируется 530 000 новых случаев РШМ и умирает от него 275 000 женщин [2]. В последние годы в экономически развитых странах отмечается тенденция к снижению заболеваемости РШМ. Вместе с тем наблюдается рост частоты возникновения РШМ среди женщин молодого возраста [3]. Исследования, проведенные ранее на территории Казахстана, свидетельствуют о наличии региональной специфики распространенности рака шейки матки, что связывают с климато-географическими, социально-демографическими, гигиеническими и этническими особенностями [4, 5]. В настоящей статье представлена картограмма смертности от рака шейки матки у женского населения в различных медико-географических регионах республики.

Материалы и методы исследования. Источником информации послужили данные учетных умерших больных от злокачественных новообразований шейки матки: учетно-отчетные материалы по данным онкологических учреждений республики за 2003-2009 гг. (ф. 35). Для изучения показателей смертности населения отобраны материалы, касающиеся

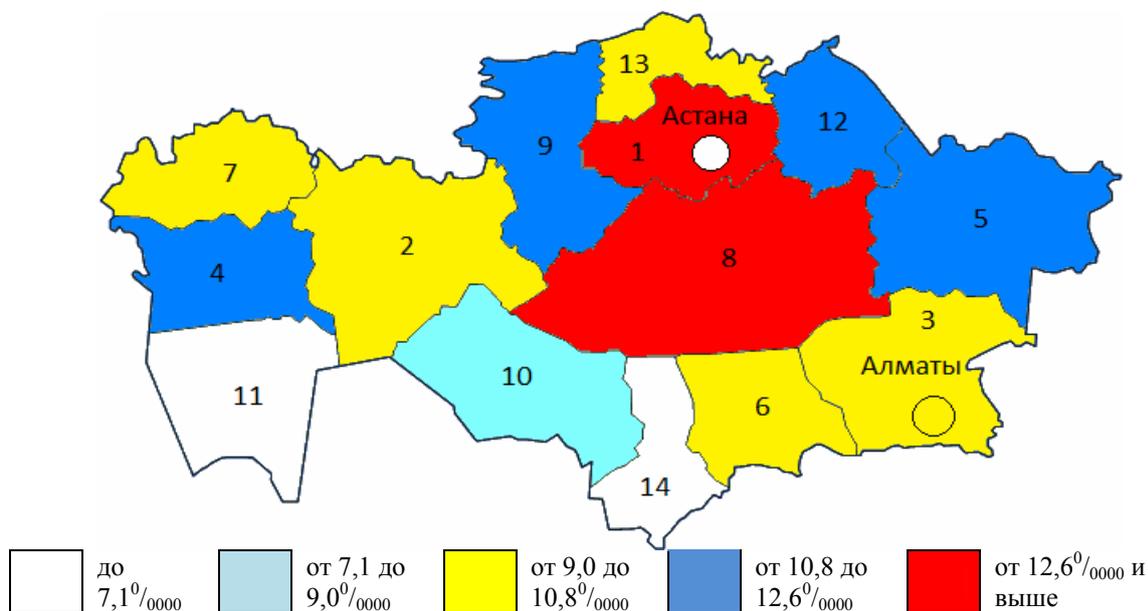
5 520 умерших больных от злокачественных новообразований шейки матки. Рассчитаны интенсивные показатели смертности от рака шейки матки в различных регионах республики. Используются данные Агентства РК по статистике о численности женского населения республики за 2003-2009 гг. [6, 7]

При анализе были использованы общепринятые методы медико-биологической статистики [8]. При составлении картограмм были использованы показатели смертности, рассчитанные на 100 000 населения ($^0/0000$). Применен способ составления картограммы, предложенный в 1974 г. профессором Игисиновым С.И. [9], основанный на определении среднеквадратического отклонения (σ) от среднего (x). Шкала ступеней картограммы определялась так: 1) $(x-1,5\sigma)+\sigma$; 2) $(x-1,5\sigma)+2\sigma$; 3) $(x-1,5\sigma)+3\sigma$ и т.д., а группировку показателей произвели по формуле $x\pm 0,5\sigma$, соответствующую среднему уровню ($x-0,5\sigma$ и $x+0,5\sigma$).

Результаты и обсуждение. Пространственная оценка смертности населения от злокачественных новообразований шейки матки в различных климатогеографических регионах является одним из важнейших аспектов, позволяющих анализировать процессы распространения смертности, т.е. устанавливать влияние различных медико-социальных условий и факторов окружающей среды на смертность населения. При этом пространственная дифференциация обязательно строится на основе установленных внутренних административных границ, поскольку вся система регистрации и учета смертности построена по административному принципу.

Одним из видов предоставления пространственной оценки является медико-географическая картограмма смертности. Для составления картограммы смертности от злокачественных новообразований шейки матки были определены уровни: очень низкий показатель – до $7,1^0/0000$, низкий – от $7,1$ до $9,0^0/0000$, средний – от $9,0$ до $10,8^0/0000$, высокий – от $10,8$ до $12,6^0/0000$ и очень высокий – от $12,6^0/0000$ и выше.

На основе вышеуказанной шкалы была составлена картограмма смертности от злокачественных новообразований шейки матки в различных медико-географических зонах республики (рисунок 1).



Области: 1. Акмолинская, 2. Актюбинская, 3. Алматинская, 4. Атырауская, 5. Восточно-Казахстанская, 6. Жамбылская, 7. Западно-Казахстанская, 8. Карагандинская, 9. Костанайская, 10. Кызылординская, 11. Мангыстауская, 12. Павлодарская, 13. Северо-Казахстанская, 14. ЮКО

Рисунок 1 – Картограмма смертности от злокачественных новообразований шейки матки в Казахстане

Так, при составлении картограммы смертности населения от рака шейки матки были определены следующие группы областей (рисунок 1):

4. Регионы с очень низкими показателями (до $7,1^{0}/_{0000}$) – Мангыстауская область ($4,7^{0}/_{0000}$), г. Астана ($6,6^{0}/_{0000}$) и Южно-Казахстанская область ($6,7^{0}/_{0000}$).

5. Регионы с низкими показателями (от 7,1 до $9,0^{0}/_{0000}$) – Кызылординская область ($8,0^{0}/_{0000}$).

6. Регионы со средними показателями (от 9,0 до $10,8^{0}/_{0000}$) – Северо-Казахстанская ($9,1^{0}/_{0000}$), Жамбылская ($9,6^{0}/_{0000}$), Актюбинская ($9,8^{0}/_{0000}$), Западно-Казахстанская ($9,8^{0}/_{0000}$) и Алматинская ($10,6^{0}/_{0000}$) области, а также г. Алматы ($10,2^{0}/_{0000}$).

7. Регионы с высокими показателями (от 10,8 до $12,6^{0}/_{0000}$) – Костанайская ($10,8^{0}/_{0000}$), Павлодарская ($11,4^{0}/_{0000}$), Восточно-Казахстанская ($11,5^{0}/_{0000}$) и Атырауская ($11,6^{0}/_{0000}$) области

8. Регионы с очень высокими показателями (от $12,6^{0}/_{0000}$ и выше) – Карагандинская ($13,0^{0}/_{0000}$) и Акмолинская ($14,3^{0}/_{0000}$) области.

Выявленные региональные особенности смертности от рака шейки матки в Казахстане в определенной степени обусловлены и связаны с медико-географическим расположением этих регионов, при этом естественно не исключаются другие экзогенные и эндогенные причины.

Литература

- 1 Заридзе Д.Г. Эпидемиология, механизмы канцерогенеза и профилактика рака // III съезд онкологов и радиологов СНГ. – Материалы съезда, Ч.1. – Минск, 2004. – С.42-46.
- 2 Globocan 2008: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/cervix.asp#TOP>
- 3 Борьба против рака шейки матки: совещ. ВОЗ // Бюл. ВОЗ. 1986. – Т. 64. – №4. – С. 91-104.
- 4 Морфоэпидемиология некоторых форм рака в Республике Казахстан: Автореф. дис. на соиск. учен. степ. докт. мед. наук. – Алматы, 2000. – 46 с.
- 5 Игиснинова Г.С. Эпидемиологические параллели заболеваемости раком шейки матки в различных регионах Казахстана // Вестник Медицинского центра УДП РК. – 2010. – № 3 (36). – С. 63-66.
- 6 Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2006. – 548 с.
- 7 Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.
- 8 Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М., 1999. – 460 с.
- 9 Игиснинов С.И. Способ составления и применения картограмм в онкологической практике// Здрав. Казахстана. – 1974. – № 2. – С. 69-71.

Түйін

Қазақстандағы жатыр мойны обырынан болған өлім-жітімнің картограммасы

И.С. Нұралина, С.В. Ким, Н.С. Игісінов, Мальколм А Мур, Г.С. Игісінова, Б.С. Ибраимова

Мақалада Қазақстандағы әйелдердің жатыр мойны обырынан өлім-жітім көрсеткіштерінің кеңістіктегі уақытша талдауы көрсетілген. 2003-2009ж.ж. аралығындағы республикамыздың әртүрлі аймақтарынд а өлім-жітім көрсеткіші есептелінді. Жатыр мойны обырынан өлім-жітім көрсеткішінің картограммасы анықталынды: өте төмен көрсеткіш – $7,1^{0}/_{0000}$ дейін, төмен – 7,1ден $9,0^{0}/_{0000}$ дейін, орташа – 9,0ден $10,8^{0}/_{0000}$ дейін, жоғары – 10,8ден $12,6^{0}/_{0000}$ дейін және өте жоғары – $12,6^{0}/_{0000}$ және одан жоғары.

Кілтті сөздер: жатыр мойны обыры, өлім-жітім, картограмма.

Summary

Cartogram of mortality from cervical cancer in Kazakhstan

I.S. Nuralina, S.V. Kim, N.S. Igissinov, Malcolm Moore, G.S. Igissinova, B.S. Ibraimova

In the paper presented analysis of the spatio-temporal characteristics of the female population mortality rates from cervical cancer in Kazakhstan. Calculated mortality rates in different regions of the republic for 2003-2009. Defined levels for cartograms of mortality from cervical cancer were: very low rate is $7,1^{0}/_{0000}$, low is 7.1 to $9,0^{0}/_{0000}$, the average – from 9.0 to $10,8^{0}/_{0000}$, a high is 10.8 to $12,6^{0}/_{0000}$ and very high – from $12,6^{0}/_{0000}$ or later.

Key words: cervical cancer, mortality, cartogram.

ПРОБЛЕМЫ ПРЕЕМСТВЕННОСТИ В ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ В УСЛОВИЯХ ЕНСЗ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

*Г.К. Нургазина, А.К. Шамова, А.У. Уайсова, А.И. Бекжанова
АО «Медицинский университет Астана»
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»*

Введение. Вопросы охраны здоровья матери и ребенка, повышение рождаемости и снижение детской и материнской смертности являются важнейшими направлениями государственной политики развития человеческого капитала, улучшения медико-демографической ситуации. В своих ежегодных посланиях глава государства всегда подчеркивает важность проблемы материнства и детства и многостороннюю поддержку. «Охрана здоровья матери и ребенка должна стоять в центре внимания нашего государства, органов здравоохранения, общественности... Мы с давних времен оказываем такую поддержку, в том числе и сегодня, несмотря на трудные времена» (Назарбаев Н.А.).

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» целевым индикатором являются снижение материнской смертности к 2013 году до 28,1, к 2015 году – до 24,5 на 100 тыс. родившихся живыми; снижение младенческой смертности к 2013 году до 14,1, к 2015 году – до 12,3 на 1000 родившихся живыми. Одним из соответствующих мер и путей достижения указанных индикаторов отмечено совершенствование механизмов мониторинга, оценки и преемственности медицинской помощи в организациях службы охраны здоровья матери и ребенка.

Цель исследования: оценить преемственность оказания медицинской помощи беременным женщинам в условиях ЕНСЗ.

Задачи: 1. Изучить ведение программного комплекса «Регистр беременных»

2. Внести предложения по совершенствованию преемственности в оказании медицинской помощи беременным женщинам.

Материалами явились законодательные и нормативные документы Министерства здравоохранения Республики Казахстан, программный комплекс «АИС Регистр беременных», программный комплекс «АИС Стационар», «МАТМ», статистические отчетные данные МЗ РК за период 2005-2011 годы.

Методы: ретроспективный и статистический методы анализа. В условиях ЕНСЗ в обеспечении качественной медицинской помощи беременным женщинам важное значение приобретает совершенствование взаимодействия и преемственности служб здравоохранения, проведение мониторинга за состоянием здоровья беременных женщин медицинских организаций на всех этапах ведения беременности, родов и послеродового периода. С этой целью с 2010 года в РК была внедрена автоматизированная версия программного комплекса «АИС Регистр беременных, рожениц и родильниц». Программный комплекс неоднократно обновлялся, но так и не была разработана возможность обмена информацией между организациями ПМСП и организациями стационарной службы, что необходимо для их оперативного взаимодействия, сокращения возможных рисков для здоровья женщин и новорожденных.

Программный комплекс «АИС Регистр беременных, рожениц и родильниц» действует на уровне ПМСП (рис.1).

Для мониторинга стационарной службы действует другой программный комплекс «АИС Стационар».

Ведение программного комплекса «Регистр беременных» в настоящее время

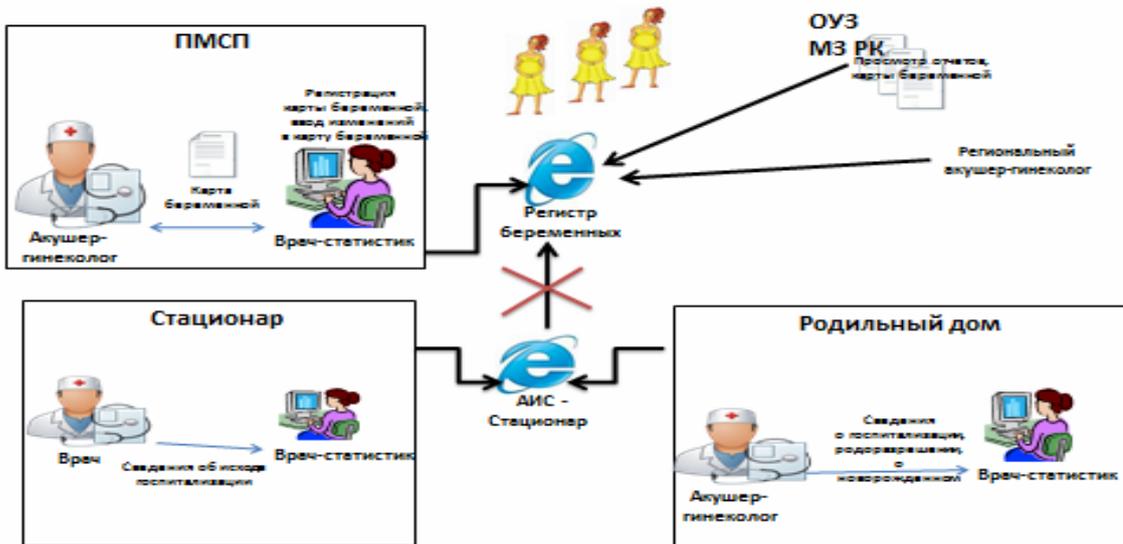


Рисунок 1 - Ведение программного комплекса «Регистр беременных» в настоящее время

До сегодняшнего дня обмен информацией между организациями ПМСП и роддомами осуществляется рутинными методами (сигнальные карты, списки беременных с датой предстоящих родов, списки родивших женщин и др.), сведения в них неполные, не всегда верные, информация неоперативная, что отрицательно сказывается на качестве оказания медицинской помощи беременным женщинам.

Как известно, преемственность и непрерывность медицинской помощи – это координация деятельности в процессе оказания медицинской помощи в разное время, различными специалистами и лечебными организациями (рис.2).



Рисунок 2 - Принципы преемственности оказания медицинской помощи беременным женщинам

Результаты и обсуждение. Анализ случаев материнской смертности за 2011 год по данным программного комплекса «АИС Регистр беременных», «МАТМ», «АИС Стационар» показал, что за 10 месяцев 2011 года показатель материнской смертности по Республике Казахстан составил 17,05 на 100 тыс. родившихся живыми (абсолютное число материнских потерь составило 53 случая). В структуре причин смертности 40 % (21 случай) составляют акушерские причины. Среди прямых причин акушерской смерти основными являются кровотечения, токсикоз и родовой сепсис. При этом важно отметить, что именно эти три патологических состояния являются наиболее управляемыми и зависят от качества оказываемой медицинской помощи в родах.

Из «Регистра беременных, рожениц и родильниц» и данным Мединформ методом случайной образом выборки определены 4 случая материнской смертности (табл.1):

Таблица 1 – Показатели о 4-х беременных из «АИС Регистр беременных» и «АИС Стационар»

Ф.И.О.	Показания для плановой госпитализации (анамнез)	Плановая / экстренная	Патологоанатомический диагноз
А.Л.Н.	Послеоперационный рубец матки; Хронический пиелонефрит; Анемия беременности	экстренная	Острый ДВС-синдром. Предлежание плаценты с кровотечением. Кровотечение, связанное с приращением плаценты
Г.О.М.	Отягощенный акушерский анамнез. Тазовое предлежание плода	экстренная	Эмболия околоплодными водами.
К.А.А.	Преждевременных родов -3. Послеоперационный рубец на матке. Инфекция почек при беременности. Анемия беременных.	экстренная	Синдром полиорганной недостаточности. ДВС-синдром. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
Р.Н.М.	Послеоперационный рубец матки. Анемия беременности	экстренная	Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Разрыв матки во время родов. Острый геморрагический шок. Беременность 37 недель. Рубец на матке. Аntenатальная гибель плода.

Таким образом, во всех случаях отмечается отсутствие преемственности в наблюдении беременных на уровне ПМСП и стационаром, не обеспечена дородовая госпитализация беременных с факторами риска на материнскую и перинатальную смертность, не разработана тактика ведения как беременности, так и метода родоразрешения.

В родильных домах и перинатальных центрах отсутствовала оперативная информация о состоянии здоровья беременных женщин с факторами риска для принятия заблаговременных мер. При соблюдении выше указанных мероприятий и наличии информации в режиме реального времени на всех этапах беременности материнскую смертность можно было предотвратить.

По результатам нашего исследования предлагаем следующие пути решения для улучшения взаимодействия подразделений родовспоможения разного уровня (ПМСП, женская консультация, родильные дома, межрайонный/областной перинатальные центры и

прочие).

Ведение регистра беременных

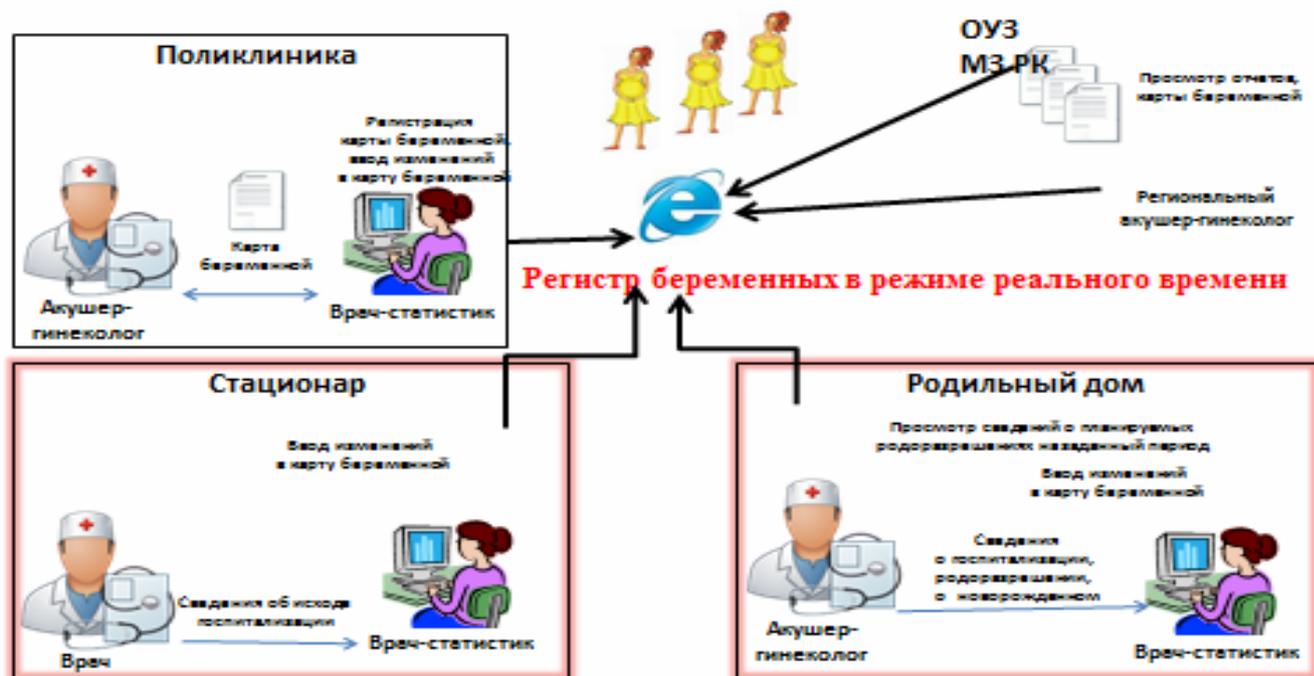


Рисунок 4 - Ведение «Регистра беременных» в режиме реального времени на всех этапах беременности

Для осуществления взаимодействия программных комплексов «АИС Регистр беременных» и «АИС Стационар» с целью улучшения преемственности в оказании медицинской помощи беременным присвоить индивидуальный номер женщинам фертильного возраста (единый код) или использовать ИИН, по которому будет производиться идентификация этих женщин в указанных базах данных.

Заключение. Таким образом, в виду необходимости централизованного контроля состояния всех беременных вне зависимости от места их проживания на всех этапах беременности разработать и внедрить обновленную версию программного комплекса АИС «Регистр беременных», доступную на всех уровнях системы здравоохранения в режиме реального времени (по типу «Портала»), с возможностью обмена информацией с программным комплексом «АИС Стационар».

Литература

- 1 Абишева М. Тенденции социально-демографического развития Республики Казахстан // "Человеческий капитал в Республике Казахстан", «Человеческий капитал России и стран Центральной Азии»: состояние и прогнозы - сборник докладов - М., "Наследие Евразии" – 2009 - с. 47-112.
- 2 Гусева Е. В., Филиппов О. С. Развитие службы родовспоможения и оказания помощи детям//Здравоохранение.- 2009. - №7.
- 3 Государственная программа охраны здоровья матери и ребенка на 2001–2005 годы
- 4 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан на 2011 – 2015гг».
- 5 "Декларация тысячелетия" Саммит тысячелетия
- 6 Жуматова М.Г., Локшин В.Н. Проблемы репродуктивного здоровья женщин в Казахстане // "Проблемы репродукции" – Алматы.- 2010- №3 - с. 24-27
- 7 Каюпова Н.А. Выбор платформы действий//Репродуктивная медицина -Алматы.- 2010 г.
- 8 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года
- 9 Кульбаева И. А. Мониторинг беременных высокой группы риска в снижении репродуктивных потерь//автореф.дисс. на соискание к.м.н. –Алматы.

10 Кусанова А.Б. Формирование и оценка информационного сопровождения управления здравоохранения на территориальном уровне //автореф. дисс. на соискание к.м.н. - Астана. - 2008 г.

11 Приказ МЗ РК № 395 от 31.05.2010г. «О разработке и внедрении регистра беременных».

12 Презентация ТОО «Мединформ» «Совершенствование «Регистра беременных, родильниц и новорожденных»

Түйін

БҰДСЖ шарттары бойынша жүкті әйелдерге көрсетілетін медициналық көмектің сабақтастық мәселелері мен шешу жолдары

Г.К. Нургазина, А.К. Шамова, А.У. Уайсова, А.И. Бекжанова

Біз «Жүктілердің, босанатындардың және босанғандардың тіркелімі» және «Стационар-ААЖ» бағдарламалық кешендердің деректері бойынша ДСБҰЖ жағдайларында жүкті әйелдерге медициналық көмек көрсетудің бірізділігін зерттедік. Сонымен, емхана-әйелдер консультациясы-стационар-емхана арасындағы өзара әрекеттестіктің проблемалары анықталды. Фертильді жастағы әйелдерге жеке бірыңғай кодты беруді немесе ЖСН пайдалануды; «Стационар-ААЖ» бағдарламалық кешенімен ақпарат алмасу мүмкіндігімен нақты уақыт режімінде («Портал» түрі бойынша) денсаулық сақтау жүйесінің барлық деңгейінде қол жетімді «Жүктілердің тіркелімі» ААЖ бағдарламалық кешеннің жаңартылған нұсқасын әзірлеуді және енгізуді ұсынамыз.

Summary

The problems of continuity in the care of pregnant women in UNHS and solutions

G.K. Nurgazina, A.K. Shamova, A.U. Uaisova, A.I. Bekzhanov

We conducted a study of continuity medical care for pregnant women in UNHS according to the software system "Register of pregnancy, childbirth and postpartum women" and "AIS-hospital". At the same time identified the problem of interaction between clinics, antenatal clinics, hospitals, health clinics. We offer individual common code for women of childbearing age to use IIN; Develop and implement an updated version of the software system AIS "Register of pregnant women", available at all levels of the health care system in real time (like "Portal"), with the ability to exchange information with the software package AIS hospital.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНФОРМАЦИОННО-КОНСУЛЬТАТИВНЫХ ТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ В ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ

*М.Б. Оразбаев, А.С. Сейтжанов, О.М. Жумабеков, Т.А. Жукова
АО «Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи», г. Астана*

Введение. Человечество синтезировало свыше 7 млн. новых химических средств и их число расширяется ежегодно на 60-70 тысяч. Медицинское образование не в состоянии обеспечить врача достаточным количеством и качеством знаний для диагностики и лечения столь значительного числа острых химических болезней. Поэтому данная проблема приобрела в первую очередь информационный характер.

Цель исследования. Оценить эффективность информационно-консультативных центров в организации токсикологической службы.

Материалы и методы. Усилия мирового сообщества по информационному обеспечению экологических, химических катастроф и бытовых отравлений можно условно разделить на два направления.

Первое, организационное, направление включает в себя создание сети региональных центров токсикологического контроля (Poison Control Centres), несущих консультативную службу и осуществляющих сбор, хранение и распространение токсикологической информации. Эта информация представляет собой совокупность данных о потенциально

токсических химических веществах, их производителях, экспорте и импорте, клинических прецедентах острых отравлений, методах лечения и т.п. На сегодняшний день такие центры существуют практически во всех крупных городах и многонаселенных регионах развитых стран и в подавляющем большинстве развивающихся стран. Эффективная работа региональных центров немыслима без постоянного информационного обмена как по горизонтали - между отдельными центрами, так и по вертикали - путем их участия в крупных международных программах в качестве источников и основных потребителей токсикологической информации. К числу таких программ относится, в частности, Международная программа безопасности химических веществ (МПБХВ). Второе направление можно условно назвать информационно-техническим. Оно включает в себя создание международных и национальных электронных коммуникационных сетей, специализирующихся на обмене медицинской и токсикологической информацией (TOXNET, MEDLINE, EUROTOXNET и др.), а также разработку широко доступных компьютерных банков данных и соответствующего программного обеспечения (INTOX, POISINDEX, CCIS, DRUGDEX, EMERGINDEX). Риск отравлений существует во всех странах мира. Страны, которые пошли по пути создания национальных токсикологических центров, могут быстро определять главные тенденции роста отравлений, обеспечивая консультирование палат интенсивной терапии крупных больниц, судебно-медицинских учреждений, больниц, расположенных в сельской местности.

В соответствии с ВОЗ-овским определением здоровья и ее задачи “Здоровье для всех к 2000 году”, каждый должен иметь возможности для получения информации, направленной на предупреждение и оказание быстрой помощи при отравлении.

Информационные консультативные токсикологические центры (ИКТЦ) обеспечивают доступ для такой информации и являют собой структуры, выполняющие существующую часть задач, направленных на создание химической безопасности населения.

В Германии функционирует 10 крупных информационных токсикологических центра и только 2 (Мюнхен и Берлин) центра из них выполняют также функции “лечебных” центров. Мюнхенский токсикологический центр, первый в ФРГ, основан в 1969 г., в год осуществляет около 20 000 телефонных консультаций, ежегодно госпитализируется в центр около 1500 больных. В Польше, с наиболее развитой токсикологической службой не только в бывших соцстранах, но и среди развитых стран Европы, функционирует 10 региональных токсикологических центров, выполняющих как лечебные, так и информационные функции. В 1994 г. во всех центрах пролечено 10 827 больных, 42% из которых с легкими отравлениями госпитализировались на срок менее 24 часов.

В США, до 50-х г. не было четкой системы для профилактики и лечения острых отравлений. И только после создания в 1958 году Американской Ассоциации Токсикологических Центров, токсикологическая служба получила бурное развитие. В 1970 г в США уже насчитывалось 597 токсикологических региональных центров, которые выполняли в основном только информационно-консультативные функции. Настоящее время (отчет ААРСС, 1995) в США насчитывается 83 токсикологических центра (44 из них сертифицированы ААРСС), которые обслужили 2 млн. 431 тыс. 599 отравлений у людей (7-10 на 1 тыс. населения). В Российской Федерации успешно налажена целая сеть Информационных консультативных центров. Главным Центром является Федеральное государственное учреждение «Научно-практический токсикологический центр» (руководитель Остапенко Ю.Н.), располагающиеся при НИИ Скорой медицинской помощи им. Склифосовского.

К сожалению, перечисляя эти краткие отчеты работы токсикологических центров мира, очень трудно сказать то же самое о Казахстане, т.к. отсутствие координации работы существующих токсикологических центров и отсутствие систематизации отчетов этих центров, обусловленное многими (прежде всего организационными и финансовыми проблемами), затрудняет создание целостной картины состояния проблемы острых

отравлений в Республике Казахстан. Одним из успешных проектов по организации токсикологической службы является Информационный консультативный токсикологический центр, созданный на базе Городской больницы скорой медицинской помощи г. Алматы в 1996 году.

Результаты и обсуждение. В результате проведенных исследований установлено, что с созданием ИКТЦ и развертыванием его деятельности в работе токсикологической службы г. Алматы произошли существенные организационные, клинические и экономические изменения:

- снижение удельного веса отказов от госпитализации в отделение токсикологии.
- снижение общей летальности.
- экономия средств, за счет уменьшения количества вызовов по поводу острых отравлений. Из 1789 человек, обратившихся в ИКТЦ в 1997 году по поводу отравлений 704 (39.5%) наблюдались сотрудниками центра на дому. Были сэкономлены средства, затрачиваемые на вызова бригад станций скорой помощи. Общая сумма сэкономленных средств вследствие деятельности ИКТЦ в 1997 году составила 4623388 тенге, тогда как на содержания самого Центра в том же году затрачено 2072394 тенге.

Выдержки из директив международной программы по безопасности химических веществ (IPSC) Всемирной Организации Здравоохранения:

Токсикологические Информационные Центры (ТИЦ) должны быть созданы в каждой стране, независимо от ее величины и численности населения. Лучшее решение - это создание одного национального центра с, если необходимо, сетью регионарных вспомогательных центров.

Центр должен обслуживать население численностью в 5-10 миллионов, однако следует избегать большого количества центров. Токсикологическому информационному центру следует обеспечить роль консультативной службы по широкому кругу вопросов, связанных с токсическими химическими веществами.

Центр должен быть расположен в больнице, пользующейся достаточной известностью как внутри страны, так и за ее пределами. С налаженной службой проведения пациентам необходимой интенсивной терапии, с наличием медицинской библиотеки и лаборатории. Если есть возможность - желательно создание центра при специализированном отделении в больнице, где пациентам с отравлениями проводится лечение. Идя поэтому пути, легче получить высококвалифицированного врача, который уже имеет необходимый опыт в лечении больных с отравлениями и интересуется проблемами токсикологии. В таких больницах лабораторное оборудование наиболее совершенно, для того чтобы гарантировать выполнение необходимых токсикологических исследований. Организация центра в больнице, являющейся базовой для высших медицинских учебных заведений, также имеет свои преимущества. Где бы центр ни располагался, он должен являться базой, работающей в круглосуточном режиме на протяжении всего года.

Учитывая, что для начала работы центра необходимо минимум оборудования и ресурсов, лучше приступить к работе со скромным оснащением и повысить возможности позже, чем ждать пока центр будет оснащен оптимально. В начальной стадии, возможно, будет затруднительно осуществлять круглосуточное обслуживание силами штатных структур и возникнет необходимость в привлечении специалистов соответствующей службы, которые, к примеру, ведут палаты интенсивной терапии в больнице. В то же время, основной целью является, как можно раньше организовать круглосуточную информационную службу центра в течение всего года с постоянной возможностью получения информации врачами, стажирующимися по токсикологии. Лечение и аппаратура в лаборатории должны занимать достаточно высокий уровень, чтобы успешно решать вопросы диагностики и проведения терапии при отравлениях. Информационная служба центра, работая в близком контакте с клиницистами и лабораторными специалистами, должна быть независимой единицей. Она должна быть ответственна за

обслуживание гораздо большего количества случаев отравлений, чем поступает в больницу, зачастую - по всей стране.

Выводы. Информационно-консультативные токсикологические центры обеспечивают доступ население и медицинских работников к информации по вопросам острых отравлений и являют собой структуры, выполняющие существующую часть задач, направленных на создание химической безопасности населения. Мировая практика деятельности Информационных токсикологических центров показала их высокую эффективность в организации токсикологической службы. Деятельность ИКТЦ позволяет проводить мониторинг, анализ и статистический учет острых отравлений. Необходимо создать Единый Национальный Центр по контролю за отравлениями в Казахстане.

Литература:

- 1 Метью Дж. Эллиенхорн. Медицинская токсикология: Диагностика и лечение отравлений у человека. 2003 г.
- 2 Е.А. Биртанов. Научные основы путей профилактики и лечения острых отравлений в республике Казахстан в современных условиях. 1998 г.
- 3 О.В. Курашов. Интенсивная терапия острых отравлений. 1998 г.

Түйін

Қызмет көрсету ұйымдарындағы ақпараттық кеңес беру токсикологиялық орталықтары қызметінің тиімділігі

М.Б. Оразбаев, А.С. Сейітжанов, О.М. Жұмабеков, Т.А. Жукова

Ақпараттық кеңестік токсикологиялық орталықтар жедел уланулардың алдын алу және емдеудің тиімді құралдары болып табылады. Улануларды бақылау жөніндегі Ұлттық орталықты құру Қазақстан Республикасындағы токсикологиялық жағдайды жақсартады. Жедел уланулардың мониторингін, талдауын, статистикалық есебін жүргізуге мүмкіндік береді.

Summary

The effectiveness of the information poison control centers in the organization of services

M. Orazbaev, A. Seitzhanov, O. Zhumabekov, T. Zhukova

Information and advice poison control centers are an effective means of prevention and treatment of acute poisoning. Creating a Unified National Center for Poison Control will improve the toxicological situation in the Republic of Kazakhstan and will carry out monitoring, analysis and statistical treatment of acute poisoning.

ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ДОНОРСТВУ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ

*А.К. Оспанова, А.З. Бралов, К.П. Ошакбаев, Б.Е. Хайрулин,
Л.М. Абдрахманова*

Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, г.Астана

Введение. В республике ощущается нехватка донорских органов и тканей для трансплантационных целей, которое может приостановить развитие одной из приоритетных направлений отрасли здравоохранения, и тем самым негативно повлиять на продолжительность и качество жизни больных нуждающихся в данном виде медицинской помощи [1,2,3].

Более того, нет четкого представления не только у населения, но и у специалистов, о порядке безвозмездного живого и трупного донорства органов и тканей, которое может быть связано, как с незнанием заинтересованных лиц законодательства, так и с несовершенством ее. Кроме того, препятствием к развитию донорства является недоверие населения к возможностям медицины и квалификации трансплантологов, а также вероисповедание и морально-этические нормы [3,4,6,7].

Возможным потенциальным выходом из сложившейся ситуации по нехватке донорских

органов и тканей является разработка социального маркетинга по продвижению добровольного донорства органов и тканей в Республике Казахстан.

Материал и методы исследования. В исследование включено 400 респондентов в возрасте от 18 до 72 лет (средний возраст $34,0 \pm 0,56$ лет), в том числе мужчин 157 (39,25%), женщин 243 (60,75%). Среди них со средним образованием были 64 (16%) человека, со средним специальным образованием – 127 (31,75%), и с высшим – 209 (52,25%). По отношению к религии респонденты были распределены в следующие группы: с исламским вероисповеданием 212 человека (53,0%), с православным – 107 (26,75%), атеистическим – 50 (12,5%) и затруднившиеся ответить – 31 (7,75%).

Респонденты по возрасту распределены на три возрастные группы согласно классификации ВОЗ (1996) на молодой – 18-39 лет, на средний – 40-55 лет, на пожилой и старческий – 56-72 года. По профессиональной деятельности распределены, согласно классификации содержания труда по Климову Е.А. [1] на 3 категории: технологические (предмет труда – технические системы, материалы, энергия) – «человек - техника»; социономические (предмет труда – люди, группы, коллективы) – «человек - человек»; сигнономические (предмет труда – знаковые системы) – «человек - знак».

Метод анкетирования проводилось путем использования дизайна: простая случайная стихийная выборка. Результаты исследования можно распространить на изучаемую совокупность [1]. Подход к получению статистических выводов предусматривает сбор информации с помощью простой случайной стихийной выборки. Выборка по типу «первого случайного встречного». Выборки, полученные простым случайным стихийным отбором, в среднем адекватно представляют генеральную совокупность [1,2,3]. Согласно состава и структуры населения Республики Казахстан [1] можно сказать, что избранная выборка приблизительно соответствует генеральной совокупности.

Анкетирование проводилось с помощью интервью, предполагающее прямой контакт интервьюера с респондентом в г. Астана. Анкета содержала 10 вопросов.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с помощью статистических программ SPSS 10.0 for Windows а также Microsoft Excel-2007 в модификации С.Н. Лапач и соавт. [1]. Количественные признаки, имеющие нормальное распределение, обозначались как среднее со стандартной ошибкой ($M \pm m$). При сравнении статистических гипотез использовали критический уровень значимости $p < 0,05$. Для выяснения взаимосвязи между данными использован множественный корреляционный (r) и линейный регрессионный анализы с достоверностью 95%.

Результаты и обсуждение. Полученные результаты показывают, что проведение трансплантации органов и тканей по мнению респондентов необходимо в 29,0% случаев для снижения заболеваемости, 50,5% снижение смертности, 14,3 % развитие науки, и затруднились ответить 6,3%. Можем сказать, что опрошенным лицам более важен практический результат от внедряемой технологии, так как о влиянии внедрения и проведения трансплантации органов и тканей на развитие науки в республике подчеркнули лишь 14,3% респондентов.

На вопрос: «На каких основаниях Вы могли бы положительно согласиться к живому донорству органов и тканей, и стать живым донором для нуждающегося близкого Вам человека (например «дарение одной почки»)» 13,75% человек привлекло денежный интерес, из них 26,5% составили респонденты в возрасте от 40 до 55 лет (рисунок 1) и мужчины (26,1%).

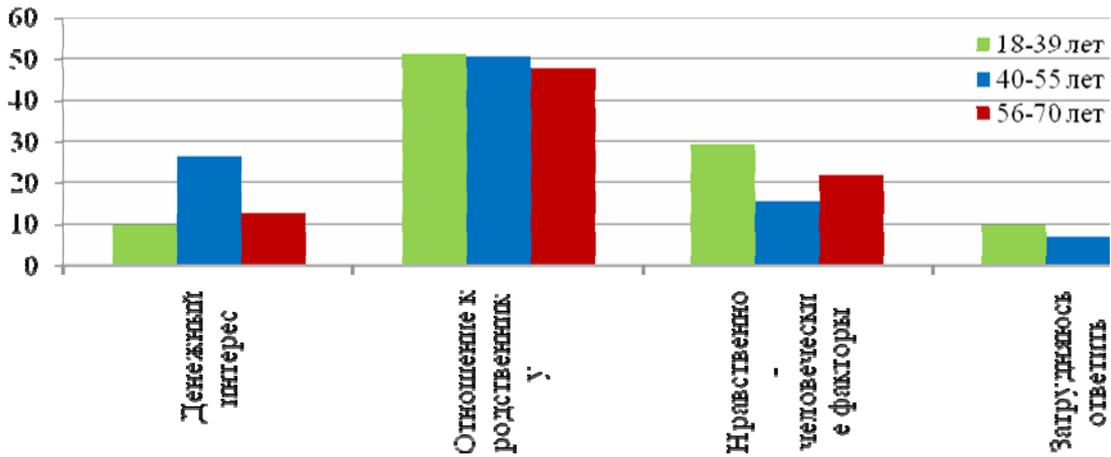


Рисунок 1- Согласие к живому донорству органов и тканей в разрезе возрастных показателей

Также можно заметить, что в разрезе профессии это люди технологической сферы деятельности - 27,8%, со средним образованием - 25,0% и безработные - 18,2% и 12,4% - исламским, 12,8% - православным, 8,0% - атеистическим вероисповеданием.

Отношение к родственнику побудило 50,5% респондентов стать живым донором и приблизительно поровну распределились по возрасту и профессиональным типам, по образованию преобладают респонденты с высшим образованием (55,0%), при этом среди женщин на 12,3% больше, чем среди мужчин, а так же 50,4% исламским, 57,3% православным и 70,0% атеистическим вероисповеданием.

Нравственно-человеческие факторы составляют 26,0% из них среди людей 18-39 лет – 29,3%. Данные показатели выше у людей со средним профессиональным образованием (35,4%) и женщин (28,8%). По вероисповеданию исламским – 28,5%, православным -22,2% и атеистическим -12,0%.

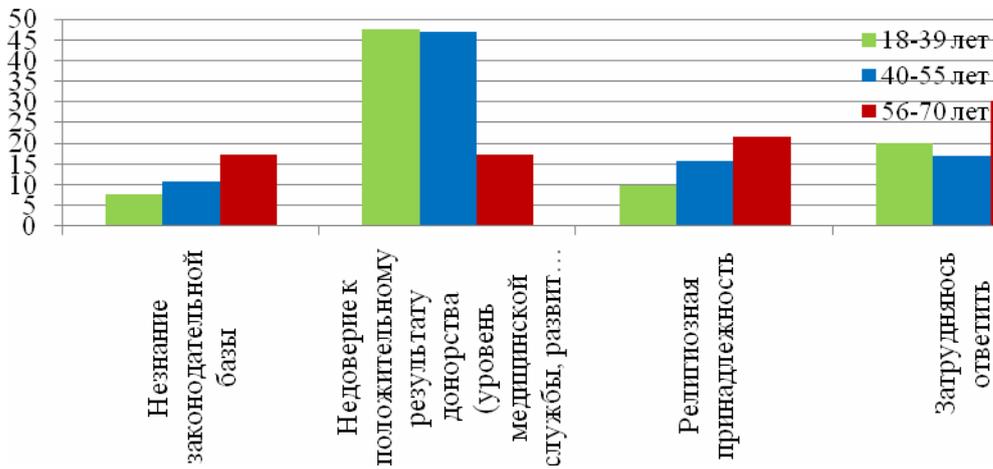


Рисунок 2 - Отрицательное отношение к живому донорству органов и тканей в разрезе возрастных показателей

Обоснованность при отрицательном отношении (рисунок 2) к живому донорству органов и тканей были связаны в 9,0% с незнанием законодательной базы, 45,8% недоверием к положительному результату донорства, т.е. уровню медицинской службы и развития здравоохранения, 11,3% с религиозной принадлежностью и на данный вопрос затруднились ответить 20,0% респондентов.

Можно отметить, что население к живому донорству органов и тканей относиться положительно в отношении, если речь идет о прямых родственниках, но при этом, не уверены в результате возможностей здравоохранения.

На вопрос: «Согласились бы Вы сделать отметку в документе, удостоверяющей личность о том, что при несчастном случае Вы готовы после смерти стать донором органов?» положительно ответили - 43,5% и отрицательно - 56,5% респондентов.

Из положительно ответивших респондентов женщины составляют 59,2% и мужчины 49,8%, по возрасту от 18-39 лет - 56,5%, по вероисповеданию 49,6% исламским, 59,0% православным, 30,0% атеистическим.

Из отрицательно ответивших 40,8% составляют женщины и 50,2% мужчины, по возрасту от 40-55 лет – 60,2%, по вероисповеданию 50,4% исламским, 41,0% православным, 70,1% атеистическим.

Несогласие респондентов сделать отметку в документе стать донором органов в 3,0% случаев связано с незнанием законодательной базы, 26,0% с недоверием к положительному результату донорства, т.е. уровню медицинской службы и развития здравоохранения, 13,25% с религиозной принадлежностью и 14,25% затруднились ответить.

Заключение. Таким образом, исследование показало, что отношение к родственнику положительно влияет на развитие живого донорства органов и формирует более позитивное отношение. При этом, имеется большой процент недоверия к положительному результату донорства из-за уровня развития здравоохранения. Показатель к после смертному донорству органов и тканей выше ожидаемого и больше среди людей молодого возраста. Эти данные подтверждают необходимость расширения социальных программ и обсуждение среди целевых групп населения проблему трансплантологии и возможностей медицинских организаций на современном этапе.

Литература

- 1 Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. – М.: Академия, 2004. – 304 с.
- 2 Хамзина Н.К., Исаева Р.Б., Турмухамбетова А.А., Граф М.А. Принципы и методология проведения научных исследований в области здравоохранения. /Методические рекомендации. – Астана, 2010. – 114 с.
- 3 Руководящие принципы проведения операционных и прикладных исследований при осуществлении программ здравоохранения и борьбы с болезнями. Специальная программа ЮНИСЕФ/ПРООН Всемирного банка ВОЗ по научным исследованиям и подготовке специалистов в области тропических болезней, 2008.
- 4 Polit D.F., Beck C.T., Nursing research.Principes and Methods (7-th edition).Lippincott Williams and Wilkins, 2004. – 758 p.
- 5 Gordis L. Epidemiology. 3-rd edition. Elseiver, Phyladelphia, 2004. – 335 p.
- 6 Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2010 году
- 7 Лапач С.Н., Чубенко и др. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. – Киев, 2000. – 319 с.

Түйін

Тұрғындардың дене мүшелер мен тіндердің донорлығына қатысты көзқарасы

А.Қ. Оспанова, А.З. Бралов, Қ.П. Ошақбаев, Б.Е. Хайрулин, Л.М. Абдрахманова

Мүшелер және тіндердің донорлығы бойынша әлеуметтік маркетинг осы мәселеге халықтың оң қарым қатынасын қалыптастыру үшін тиімді құрал сайман болып табылады. Әлеуметтік бағдарламаларды құру Қазақстан Республикасында мүше және тіндерді транспланттаудың дамуын жақсартады.

Summary

Public attitudes to organs and tissue donation

A.K.Ospanova, A.Z.Bralov, K.P.Oshakbaev, B.E.Khairulin, L.M. Abdirakhmanova

Social marketing of organ and tissue donation is an effective tool to develop positive attitudes towards this issue. Creation of social programs will improve the development of transplantation of organs and tissues in the Republic of Kazakhstan.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ В КАЗАХСТАНЕ

А.С. Рахимова¹, Н.С. Игисинов^{1,2}, Ж.К. Коянбаева¹, А.К. Тургамбаева²

¹Республиканский центр развития здравоохранения, Астана

²Институт общественного здравоохранения АО «Медицинский университет Астана»

Введение. Одной из важных проблем социально-экономического развития страны и общества остается сохранения жизни и здоровья каждого родившегося ребенка, снижения младенческой смертности. При этом важным звеном в реализации мероприятий по совместной работе акушерско-гинекологической и педиатрической служб остается постоянный мониторинг и оценка младенческой смертности. Для обеспечения стабильного снижения младенческой смертности чрезвычайно важно изучение динамики, причин и факторов, влияющих на её уровень. Значимость проблемы еще более возрастает в связи с тем, что младенческая смертность имеет свои территориальные особенности, которые в свою очередь обусловлены многими факторами развития региона: социально-экономическое, медико-социальные, экологические, климатические и другие. В связи, с чем особый научный и практический интерес вызывает изучение региональных особенностей младенческой смертности в Казахстане [1,2,3,4].

Материалы и методы исследования. Источником послужили сводные данные о рождаемости и смертности детей до 1 года жизни по РК в разрезе областей за 1999-2010 г. [5]. Исползовалось ретроспективное исследование с применением дескриптивных и аналитических методов современной медицинской статистики и эпидемиологии. Показатели смертности определены по общепринятой методике, применяемой в современной санитарной статистике.

Результаты и обсуждение. За 1999-2010 гг. показатель младенческой смертности в республике составил $16,9 \pm 0,7$ на 1 000 родившихся (95% ДИ=15,5-18,3‰) (таблица).

Таблица - Среднегодовые показатели младенческой смертности по регионам в Республике Казахстана за период 1999-2010 гг.

Область/город	M±m	95% ДИ, ‰	T _{пр/уб.} , %
Алматинская	12,3±0,6	11,2-13,5	-0,6
Астана	13,0±0,9	11,2-14,8	-5,7
Алматы	14,8±0,6	13,7-16,0	+0,7
Акмолинская	15,2±1,1	13,0-17,3	-2,6
Северно-Казахстанская	15,3±0,8	13,8-16,8	-1,1
Западно-Казахстанская	15,4±0,7	14,0-16,8	-2,3
Карагандинская	15,7±1,2	13,5-18,0	-2,5
Атырауская	16,9±1,1	14,8-18,9	-1,7
Костанайская	16,9±0,9	15,1-18,7	-2,7
Республика	16,9±0,7	15,5-18,3	-1,2
Актюбинская	17,7±0,9	16,0-19,4	-1,9
Жамбылская	17,9±1,0	15,9-19,9	-2,7
Павлодарская	18,3±1,7	15,0-21,6	-6,1
Южно-Казахстанская	18,3±0,8	16,7-19,9	+1,2
Восточно-Казахстанская	19,0±0,7	17,6-20,4	+0,3
Мангистауская	20,9±1,5	18,0-23,8	-4,1
Кызылординская	22,2±0,5	21,1-23,2	-1,0

В динамике (таблица) показатели младенческой смертности уменьшились с 20,4‰ (1999 г.) до 16,4‰ в 2010 году. При выравнивании данного показателя также установлена

тенденция к снижению ($T_{y6}=-1,2\%$).

Младенческая смертность имела региональные особенности. Так, низкие среднегодовой показатель младенческой смертности был установлен в Алматинской области ($12,3\pm 0,6\%$) и г. Астана ($13,0\pm 0,9\%$).

Высокие среднегодовые показатели младенческой смертности установлены в Мангыстауской ($20,9\pm 1,5\%$) и Кызылординской ($22,2\pm 0,5\%$) областях. В динамике показатели младенческой смертности во всех регионах республики имели тенденцию к снижению, за исключением г. Алматы ($T_{np}=+0,7\%$), Восточно-Казахстанской ($T_{np}=+0,3\%$) и Южно-Казахстанской ($T_{np}=+1,2\%$) области, где тренды выравненных показателей имели тенденцию к росту (таблица 1).

Среднегодовые темпы снижения выравненных показателей младенческой смертности колебались от 93,9% ($T_{y6}=-6,1\%$ – Павлодарская область) до 99,4% ($T_{y6}=-0,6\%$ – Алматинская область) (таблица 1).

Выявлены уровни младенческой смертности, которые соответствует следующим критериям: низкий показатель смертности – до 15,6%, средний – от 15,6% до 18,2%, высокий – от 18,2% и выше, и определены следующие группы областей:

9. Снизкими показателями (до 15,6%) – Алматинская (12,3%), города Астана (13,0%) и Алматы (14,8%), Акмолинская (15,2%), Северо-Казахстанская (15,3%) и Западно-Казахстанская (15,4%) области.

10. Со средними показателями (от 15,6% до 18,2%) – Карагандинская (15,7%), Атырауская (16,9%), Костанайская (16,9%), Актыубинская (17,7%) и Жамбылская (17,9%) области.

11. С высокими показателями (от 18,2% и выше) – Павлодарская (18,3%), Южно-Казахстанская (18,3%), Восточно-Казахстанская (19,0%), Мангыстауская (20,9%) и Кызылординская (22,2%) области.

Заклучение. Результаты анализарегиональных особенностей показателей младенческой смертностинужно использовать как приоритетные направления в научно-исследовательских работах для разработки национальной и региональных программ профилактики причин приводящих к смерти, а также рекомендуется использовать для улучшения программ противодействия и разработки (улучшения, совершенствования) единой государственной программы борьбы по снижению младенческой смертности.

Литература

- 1 Ваганов Н.Н. Охрана здоровья женщин и детей в современных условиях // Медико организационные проблемы охраны материнства и детства. Сборник статей. – 2001. – С. 129-132, 136-142.
- 2 Абросимова М.Ю., Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Глушков А.И., Никольская Л.А., Умярова Ф.Р., Шайхутдинова Л.Н., Яковлева Т.В. Детская смертность (тенденции, причины и пути снижения) под ред. Баранова А.А., Альбицкого В.Ю. – Москва, 2001. – С. 70
- 3 Смертность населения (сборник статей). – М., МАКС Пресс, 2007. – 332с.
- 4 Андреев Е.М., Кваша Е.А., Харькова Т.Л. Смертность и продолжительность жизни / Население России. – М., 2002.
- 5 Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2006, 2007, 2009. – 548 с., 392 с., 637 с.

Түйін

Қазақстандағы нәрстелік өлім-жітім көрсеткіштерінің аймақтық ерекшеліктері

А.С. Рахимова, Н.С. Игісінов, Ж.К. Қоянбаева, А.К. Тұрғамбаева

Қазақстан аймақтары бойынша өткізілген нәрстелік өлім-жітімнің эпидемиологиялық параллелдері оның бір қалыпты еместігін айқындауға мүмкіндік берді. Нәрстелік өлім-жітімнің биік көрсеткіштері республиканың Мангыстау және Қызылорда облыстарында анықталған. Нәрстелік өлім-жітім серпіністе барлық аймақтарда Алматы қ., Оңтүстік-Қазақстан және Шығыс Қазақстан облыстарын қоспағанда төмендеуге бет бұрды.

Негізгі сөздер: нәрстелік өлім-жітім, аймақ аралық ерекшеліктері.

Summary
Regional features of infant mortality in Kazakhstan

A.S. Rakhimova, N.S. Igissinov, Zh.K. Koyanbaeva, A.K. Turgambaeva

Epidemiological study of infant mortality in Kazakhstan regions revealed its uneven distribution. High infant mortality rates are set in Mangystau and Kyzyl-Orda region. The dynamics of infant mortality was declining in all regions except the city of Almaty and South Kazakhstan and East Kazakhstan region.

Keywords: infant mortality, regional features.

АНАЛИЗ ДЕФЕКТОВ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ТАРИФОВ

Ю.С. Сидоркина, А.С. Айкешева

РГП «Республиканский центр развития здравоохранения», г. Астана

Введение: В 2009 году в системе здравоохранения Республики Казахстан были внедрены медико-экономические тарифы (МЭТы) как способ финансирования стационарной помощи за пролеченный случай. В основе медико-экономических тарифов лежат разработанные экспертами-клиницистами медико-экономические протоколы (МЭПы), описывающие все необходимые диагностические исследования и лечебные мероприятия.

В 2010 году на базе РГП «Институт развития здравоохранения» в рамках научно-исследовательской программы «Разработка научно-обоснованных предложений по повышению эффективности финансирования медицинских организаций» был проведен анализ применения медико-экономических тарифов на примере Городской больницы №1 г. Астана.

При применении МЭТ в ГБ№1 были обнаружены значительные дефекты, выраженные несоответствием перечня предоставленных лечебно-диагностических мероприятий рекомендациям медико-экономических тарифов (МЭТов).

Материалы и методы: Анализ дефектов применения МЭТ был проведен для 60 форм 066/у случаев с диагнозом N 70.0 «Сальпингит и оофорит», пролеченных в гинекологическом отделении Городской больницы №1 г. Астана в 2010 году. Данные для анализа были взяты из экспертированной базы данных АИС - «Стационар» Комитета оплаты медицинских услуг. Каждая форма 066/у анализировалась на соответствие проведенного лечения и МЭТ 13-124а «Сальпингит и оофорит». Для анализа были использованы основные составные части МЭТ - лабораторные исследования, инструментальные исследования, дополнительные лечебные мероприятия, консультации специалистов и медикаменты.

Данные статистической карты выбывшего из стационара (форма 066/у) каждого пролеченного случая были внесены в таблицы, где рассчитано общее количество всех предоставленных исследований и медикаментов (как рекомендованных в МЭТ, так и не упоминаемых в МЭТ) для 60 пролеченных случаев.

Результаты и обсуждение: Пролеченным в гинекологическом отделении ГБ№1 60 случаям с диагнозом N 70.0 «Острый сальпингит и оофорит» были проведены следующие исследования:

Таблица 1 - Анализ использования МЭТ при проведении лабораторных исследований для 60 пролеченных случаев с диагнозом N 70.0, предусмотренных в МЭТ 13-124а.

№	Наименование лабораторного исследования	Кол-во процедур по МЭТ на 60 случаев (ед.)	Фактич. кол-во процедур в отделении (ед.)	Стоимость за единицу процедуры (тг.)	Расходы по МЭТ на 60 случаев (тг.)	Фактич. расходы в отделении (тг.)
1	Определение	60	1	31,7	1 902,0	31,7

	времени свертываемости капиллярной крови					
2	Подсчет лейкоцитарной формулы	60	16	71,2	4 272,0	1 139,2
3	Общий анализ крови (6 параметров)	60	130	229,3	13 758,0	29 809,0
4	Общий анализ мочи	60	89	116,6	6 996,0	10 377,4
№	Наименование лабораторного исследования	Кол-во процедур по МЭТ на 60 случаев (ед.)	Фактич. кол-во процедур в отделении (ед.)	Стоимость за единицу процедуры (тг.)	Расходы по МЭТ на 60 случаев (тг.)	Фактич. расходы в отделении (тг.)
5	Качественное определение С-реактивного белка	60	2	48,2	2 892,0	96,4
6	Исследование мазков на гонорею, трихомониаз и дрожжевой грибок	120	21	496,4	59 568,0	10 424,4
Итого:		420	259		89 388,0	51 878,1

Как видно из таблицы 1, для 60 пролеченных случаев с диагнозом N 70.0 в гинекологическом отделении было проведено 259 из 420 предусмотренных по МЭТ 13-124а лабораторных исследований. В соответствии с МЭТ все эти лабораторные исследования являются обязательными и имеют 100% вероятность. При этом, некоторые исследования не предоставлялись в полном объеме, как это предусматривает МЭТ. Например, подсчет лейкоцитарной формулы и исследование мазков на гонорею, трихомониаз и дрожжевой грибок. Другие рекомендованные исследования практически полностью игнорировались в отделении: определение времени свертываемости капиллярной крови и качественное определение С-реактивного белка проводились всего 1 и 2 раза для 60 пролеченных случаев. Другие исследования, напротив, проводились в большем объеме, чем рекомендовано в МЭТ. Например, общий анализ крови (6 параметров) в МЭТ 13-124а рекомендовано проводить один раз в каждом пролеченном случае, то есть 60 раз для 60 пролеченных случаев, в отделении же это лабораторное исследование проводилось 130 раз. Более детальное изучение всех пролеченных случаев показывает, что в некоторых случаях общий анализ крови проводился 4-5 раз и общий анализ мочи 2-3 раза для одного пролеченного случая, в отличие от рекомендованного МЭТ 1 раза.

Таблица 2 – Анализ использования МЭТ при проведении лабораторных исследований для 60 пролеченных случаев с диагнозом N 70.0, не предусмотренных в МЭТ 13-124а.

№	Наименование лабораторного исследования	Кол-во процедур по МЭТ на 60 случаев (ед.)	Фактич. кол-во процедур в отделении (ед.)	Стоимость за единицу процедуры (тг.)	Расходы по МЭТ на 60 случаев (тг.)	Фактич. расходы в отделении (тг.)
1	Коагулограмма 1	0	60	625,6	0,00	37 536,0
2	Мазок на степень чистоты	0	25	462,8	0,00	11 570,0
3	Определение группы крови и резусфактора, наличие антител	0	56	236,1	0,00	13 221,6
4	Кровь на RW	0	58	104,0	0,00	6 032,0
5	Определение	0	57	319,6	0,00	18 217,2

	мочевины					
6	Определение креатинина	0	55	264,9	0,00	14 569,5
7	Определение АлТ	0	30	194,3	0,00	5 829,0
8	Определение АсТ	0	47	194,3	0,00	9 132,1
9	Определение билирубина	0	55	219,9	0,00	12 094,5
10	Кровь на ВИЧ	0	60	335,7	0,00	20 142,0
11	Гематокрит	0	51	124,5	0,00	6 349,5
12	Осмотическая резистентность	0	51	129,6	0,00	6 609,6
13	Подсчет тромбоцитов	0	50	104,0	0,00	5 200,0
14	Протромбиновое время	0	28	256,0	0,00	7 168,0
15	Фибриноген	0	25	2 458,1	0,00	61 452,5
16	Этаноловый тест	0	26	671,1	0,00	17 450,4
17	РФМК	0	5	805,5	0,00	4 027,7
18	Антитромбин 3	0	10	489,0	0,00	4 890,0
19	Определение белка в моче	0	51	36,0	0,00	1 836,0
20	Гистологическое исследование	0	21	591,7	0,00	12 425,7
21	Подсчет среднего диаметра, толщины и объема эритроцитов	0	49	96,7	0,00	4 740,7
22	Агрегация тромбоцитов	0	23	837,2	0,00	19 255,8
23	Определение глюкозы в моче	0	10	55,0	0,00	550,0
24	Определение АЧТВ	0	26	1 342,7	0,00	34 910,2
Итого:		0	929		0,00	335 210,1

Как видно из таблицы 2, было проведено 929 единиц непредусмотренных МЭТ 13-124а лабораторных исследований для 60 пролеченных случаев с диагнозом N 70.0. Превышение затрат за счет непредусмотренных МЭТ лабораторных исследований (вследствие отклонения от МЭТ) составило 335 210,15 тенге.

Практически все эти исследования проводились для большинства пролеченных случаев. Например, коагулограмма 1 и анализ крови на ВИЧ проводились 60 раз для 60 пролеченных случаев (однако, не в каждом случае). Такие исследования, как определение группы крови и резус-фактора, наличие антител, кровь на RW, определение мочевины, определение билирубина, гематокрит, осмотическая резистентность, подсчет тромбоцитов и определение белка в моче проводились также более чем 50 раз для 60 пролеченных случаев.

Подобное количество непредусмотренных в МЭТ 13-124а лабораторных исследований может быть объяснено двумя причинами. Во-первых, возможно, большинство женщин с диагнозом сальпингит и оофорит имели другие сопутствующие заболевания, при лечении которых необходимо проведение данных лабораторных исследований. Во-вторых, не исключается воздействие «человеческого фактора», как со стороны разработчиков, так и пользователей МЭТ.

Подобные аналитические таблицы были составлены для всех составных частей МЭТ 13-124а. Однако, дальнейший анализ будет описан без предоставления таблиц.

В 2010 году в гинекологическом отделении для 60 пролеченных случаев с диагнозом N 70.0 было проведено 95 инструментальных исследований (УЗИ - женских половых органов при гинекологических заболеваниях). В некоторых случаях УЗИ было проведено дважды или трижды вместо рекомендованного МЭТ 1 раза. При этом, УЗИ не было проведено для

всех пролеченных случаев. В соответствии с МЭТ 13-124а УЗИ при гинекологических заболеваниях является обязательным исследованием со 100% вероятностью.

Расходы на инструментальные методы исследования (УЗИ - женских половых органов при гинекологических заболеваниях у взрослых) для 60 пролеченных случаев составили 35 739,00 тенге. В соответствии с МЭТ, расходы на инструментальные исследования для 60 случаев должны составлять 22 572,00 тенге.

Для 60 пролеченных случаев с диагнозом N 70.0 в гинекологическом отделении было проведено 11 инструментальных исследований, не предусмотренных МЭТ 13-124а. Расходы на проведение этих исследований составили 6 499,20 тенге.

Таким образом, при проведении инструментальных исследований в гинекологическом отделении для 60 случаев с диагнозом N 70.0 было предоставлено 106 единиц исследований (предусмотренных и непредусмотренных МЭТ 13-124а) на сумму 42 238,20 тенге.

Для лечения больных с диагнозом N 70.0 с 10% вероятностью МЭТ 13-124а рекомендует провести по 10 сеансов электрофореза и УВЧ-терапии для каждого пролеченного случая. Однако, в отделении для 60 случаев не было проведено ни одного сеанса. Следовательно, не было и расходов на дополнительные лечебные мероприятия. В соответствии с МЭТ на проведение дополнительных лечебных мероприятий для 60 случаев должно было быть потрачено 9 510,00 тенге. Дефект объема выполнения МЭТ при проведении дополнительных лечебных мероприятий составил -100%.

При лечении 60 случаев с диагнозом N 70.0 было проведено 3 консультации специалиста (терапевта), которые не предусмотрены МЭТ 13-124а, на сумму 1 556,40 тенге.

Таблица 3 – Структура расходов на медикаменты для 60 пролеченных случаев с диагнозом N 70.0 в соответствии с МЭТ 13-124-а.

Медикаменты (единиц)			Расходы всего (тенге)		
Количество по МЭТ	Фактическое количество в отделении	Фактически оказано не предусмотренных МЭТ	Сумма по МЭТ	Фактические расходы в отделении	Фактические расходы на не предусмотренные МЭТ
11 880	5 241	3 965	1 305 136,08	1 724 200,46	1 564 811,80

На изучаемые нами 60 пролеченных случаев с диагнозом N 70.0 в гинекологическом отделении было потрачено в общей сложности 5 241 единица медикаментов на сумму 1 724 200,46 тенге. В том числе, было потрачено 3 965 единиц медикаментов, не предусмотренных МЭТ 13-124а на сумму 1 564 811,80 тенге. В соответствии с МЭТ на 60 пролеченных случаев должно было быть потрачено 11 880 единиц медикаментов на сумму 1 305 136,08 тенге.



Рисунок 1 - Распределение затрат по факту в гинекологическом отделении «Городская больница №1» г. Астана и по МЭТ 13-124а.

Сумма фактически затраченных в гинекологическом отделении средств на лабораторные и инструментальные исследования, дополнительные лечебные мероприятия, консультации специалистов и медикаменты для исследуемых 60 пролеченных случаев с диагнозом N 70.0

составила 2 155 083,31 тенге. В соответствии с МЭТ 06-062б сумма затрат на 60 случаев с диагнозом N 70.0 должна составить 1 426 606,08 тенге. Таким образом, фактические затраты превысили рекомендованные МЭТ затраты на 728 477,23 тенге. Дефект объема выполнения МЭТ составил 51%, что значительно превышает допустимое значение отклонения от МЭТ в +/- 15%.

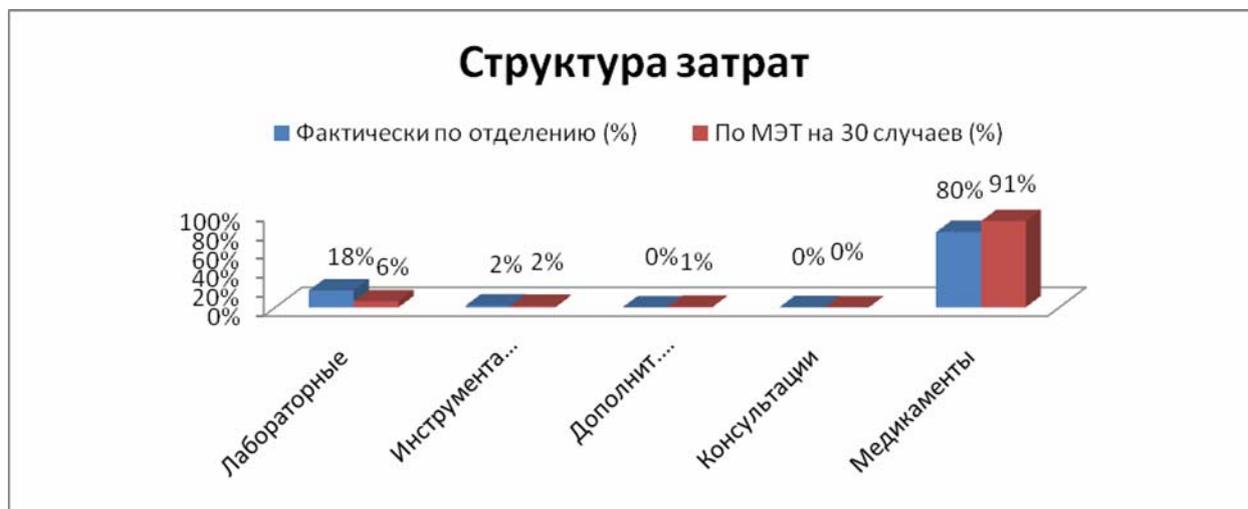


Рисунок 2 – Структура распределения затрат для 60 пролеченных случаев с диагнозом N 70.0 в гинекологическом отделении ГККП «Городская больница № 1 г. Астана» в 2010 г.

При изучении структуры затрат по 60 пролеченным случаям с диагнозом N 70,0 в гинекологическом отделении определено, что основные расходы приходятся на лекарственное обеспечение (80,01%). На лабораторные методы исследования (17,96%), на инструментальные методы исследования (1,96%) и на консультации специалистов (0,07%) уходит значительно меньше средств. При этом, в соответствии с МЭТ расходы должны быть распределены немного по-другому. Медикаменты должны составлять большую часть затрат - 91,49%, а лабораторные исследования 6,27% затрат. В то же время, 1,58% затрат должно уходить на инструментальные исследования и 0,67% на дополнительные лечебные мероприятия.

Выводы: проведенный анализ соответствия проводимого в стационаре лечения рекомендациям МЭТ на примере случаев с диагнозом острый сальпингит и оофорит в гинекологическом отделении ГБ№1 г Астана в 2010г выявил значительные отклонения выраженные как несоответствием перечня предоставленных лечебно-диагностических мероприятий (и их количества) так и общих затрат на лечение больных с данным диагнозом.

Түйін

Медикалық-экономикалық тарифтерді қолдануда дефектілерді талдау

Ю.С. Сидоркина, А.С. Айкешева

Медициналық-экономикалық тарифтерді қолдану, емделген жағдайға стационарлық көмекті қаржыландыру әдісі ретінде Қазақстан Республикасында 2009 жылдан бастап бар. Өткізілген талдау МЭТ нұсқаулықтарына тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің шеңберінде ұсынылған медициналық қызметтердің сәйкессіздігін анықтады. МЭТ қолдану дефектілері ұсынылған қызметтер және дәрі-дәрмек ассортиментінде, сондай-ақ оларды қолдану саны мен жиілігінде көрсетілді.

Summary
Medical-economic tariffs' application defects analysis

Y.S. Sidorkina, A.S. Aikesheva

The application of medical-economic tariffs, as the method of in-patient care financing for treated case has been existing in Kazakhstan since 2009. The conducted analysis uncovered significant discrepancy among provided medical services as part of government-guaranteed free medical care and MET's recommendations. Defects are expressed in both mix of provided services and medications and quantity and frequency of their use.

ПРОБЛЕМНЫЕ ВОПРОСЫ АИС- «СТАЦИОНАР» В СИСТЕМЕ ЕНСЗ

А.А. Тимченко, Г.К. Нургазина, А.К. Шамова
АО «Медицинский университет Астана»
РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения»

Введение. Эффективное развитие и функционирование Единой национальной системы здравоохранения (далее - ЕНСЗ) невозможно представить без внедрения информационных технологий и постоянного информационно-технического сопровождения.

В условиях внедрения ЕНСЗ Автоматизированная информационная система «Стационар» (далее - АИС «Стационар») несет основную информацию по деятельности медицинских организаций.

Цель исследования: выявить проблемы в деятельности АИС «Стационар» в условиях ЕНСЗ и предложить пути решения

Задачи: изучить имеющиеся проблемы в программе АИС «Стационар»; внести предложения по совершенствованию программы АИС «Стационар».

Материал и методы: в исследовании использованы программный комплекс АИС - «Стационар» РЦРЗ, статистический и монографический методы.

Результаты и обсуждение. Автоматизированные информационные системы – это системы для сбора, накопления, хранения, поиска, передачи, обработки информации с использованием вычислительной техники, компьютерных информационных сетей, средств и каналов связи.

Автоматизированные информационные системы или программное обеспечение (далее - ПО) разрабатываются согласно ГОСТ - стандарт ISO/IEC 12207:1995 «Information Technology — Software Life Cycle Processes» является основным нормативным документом, регламентирующим состав процессов жизненного цикла ПО. Он определяет структуру жизненного цикла, содержащую процессы, действия и задачи, которые должны быть выполнены во время создания ПО.

Жизненный цикл программного обеспечения (ПО) - период времени, который начинается с момента принятия решения о необходимости создания программного продукта и заканчивается в момент его полного изъятия из эксплуатации. Этот цикл — процесс построения и развития ПО.

Для ПО наиболее предпочтительна спиральная модель жизненного цикла, которая была разработана в середине 80-х годов XX века Барри Бозмом.

Спиральная модель (рис.) позволяет начинать работу над следующим этапом, не дожидаясь завершения предыдущего. Спиральная модель имеет целью, как можно раньше ознакомить пользователей с работоспособным продуктом, корректируя при необходимости требования к разрабатываемому продукту и каждый "виток" спирали означает создание фрагмента или версии.

Этапы проекта: 1) Формирование требований; 2) Анализ; 3) Проектирование; 4) Реализация; 5) Тестирование; 6) Интеграция; 7) Внедрение; 8) Эксплуатация и сопровождение.

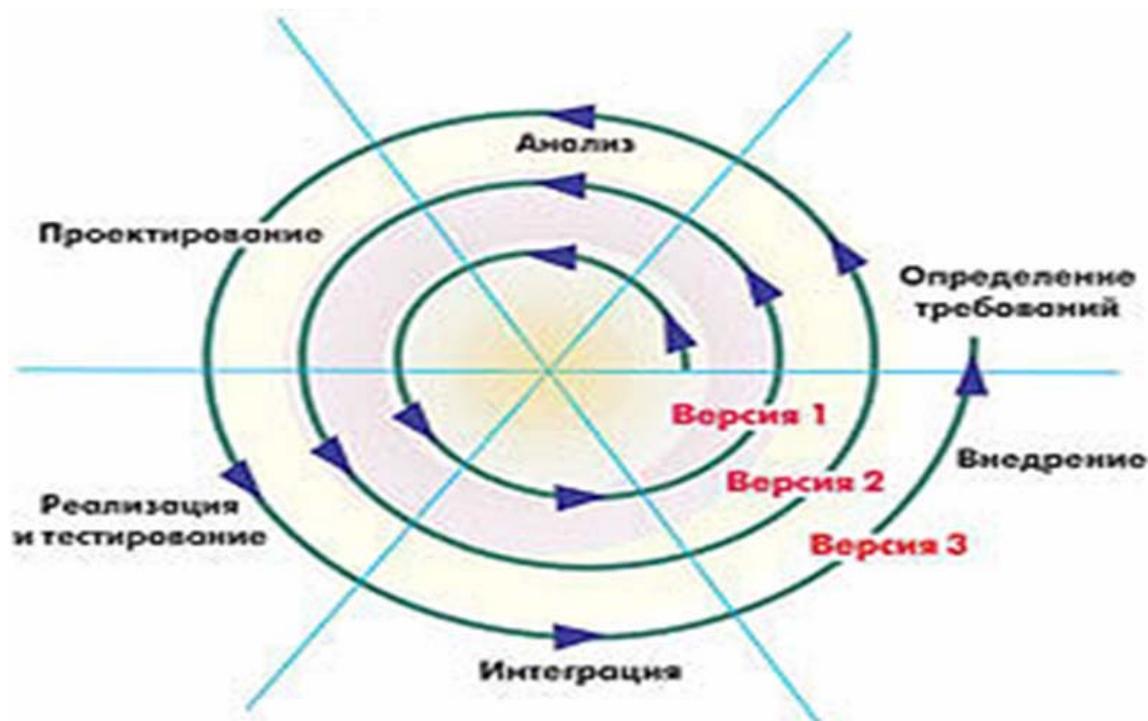


Рисунок - Спиральная модель жизненного цикла информационных систем

В настоящее время работа с АИС «Стационар» имеет ряд проблем. Мы считаем, что причиной существующих проблем являются устаревшая платформа разработки и отсутствие полноценного этапа тестирования данной АИС. По данным причинам возникают ошибки, исправление которых влечет за собой нарушение работы в других блоках программного комплекса. Все это приводит к частому выпуску новых версий программных комплексов и излишним трудозатратам.

На данный момент наиболее актуальными остаются следующие проблемы: прием базы данных осуществляется на разных уровнях: филиалы Республиканского центра развития здравоохранения (далее – РЦРЗ), головное предприятие РЦРЗ, территориальные департаменты Комитета оплаты медицинских услуг (далее - ТД КОМУ), Комитет оплаты медицинских услуг (далее – КОМУ), товарищество с ограниченной ответственностью «Мединформ» (далее - ТОО «Мединформ»), что приводит к расхождению данных. Как следствие – разрозненные базы данных, не позволяющие проведение комплексного анализа; установка обновлений не автоматизирована. Устаревшая технологическая платформа обладает низким уровнем информационной безопасности, не позволяет оперировать большими объемами данных, не позволяет интегрироваться с другими современными информационными системами, в частности с порталом Бюро госпитализации и порталом Формирования счетов-реестров, не позволяет организовать автоматизированный сбор и свод данных; большое количество обновлений, выпускаемых зачастую в отчетные периоды, что приводит к срывам срока предоставления данных, снижению корректности данных; справочник «Общий классификатор предприятий и организаций» содержит большое количество не нужных устаревших данных.

Как было упомянуто ранее, Единая национальная система здравоохранения не может существовать без единой базы данных. Единая база данных должна быть сосредоточена в центре обработки информации, которым является Республиканский центр развития здравоохранения, имеющий в своем составе специалистов по медицинской статистике, анализу, методологии и медико-экономической экспертизе, в функции которых также входит мониторинг движения плановой госпитализации в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОВМП) через портал Бюро госпитализации.

Заклучение. Таким образом, на данный момент нет единого центра, в котором могла бы аккумулироваться информация, обрабатываться, анализироваться и представляться в виде отчетов и справок для МЗ РК и Правительства. РЦРЗ имеет статус пользователя автоматизированных информационных систем, разработанных ТОО «Мединформ».

Для улучшения ситуации в информационном поле ЕНСЗ предлагаем следующие пути решения:

1. Создание единого хранилища данных.
2. Определение единой точки ответственности за сбор и свод данных.
3. Централизованная актуализация справочников и классификаторов для всех комплексов на базе РЦРЗ.
4. Переход на современные информационные платформы, создание портальной системы позволит обновлять программу в автоматизированном режиме, незаметно для пользователя, а также позволит интегрироваться с другими информационными системами, в частности с порталами Бюро госпитализации и Формирования счетов-реестров.

Литература

- 1 Рахыпбеков Т.К. Финансовый менеджмент в здравоохранении – Астана, 2002. – С.147-174.
- 2 Эффективность информационных технологий //http://new.hse.ru/sites/infospace/podrazd/facul/facul_bi/kuirp/DocLib3/УМК/Эффективность % 20ИТ_Конспект Лекций.doc
- 3 Грекул В.И., Денищенко Г.Н., Коровкина Н.Л. Проектирование информационных систем — М.: Интернет-университет информационных технологий - ИНТУИТ.ру, 2005.
- 4 Братищенко В.В. Проектирование информационных систем — Иркутск: Изд-во БГУЭП, 2004. — 84 с.

Түйін

БҰДСЖ жүйесіндегі «Стационар» ААЖ-нің мәселелік сұрақтары

А.А. Тимченко, Г.К. Нургазина, А.К. Шамова

Біз ДСБҰЖ жүйесінде «Стационар» ААЖ талдау жүргіздік. Мынадай проблемалар анықталды: әзірлеудің ескірген платформасы; бұл ААЖ тестілеудің сындарлы кезеңінің жоқ болуы; дерекқорын қабылдау әртүрлі деңгейлерде жүзеге асырылады (ДСДРО бас кәсіпорны, Медициналық қызметке ақы төлеу комитетінің аумақтық департаменттері, Медициналық қызметке ақы төлеу комитеті, «Мединформ» жауапкершілігі шектеулі серіктестік); жаңартуларды орнату автоматтандырылмаған, көп жаңартулар; «Кәсіпорындардың және ұйымдардың жалпы жіктеушісі» анықтамалығында көп ескірген мәліметтер бар.

Summary

Problem questions of Automated Information System -“In- patient” in the system of UNHS

A.A. Timchenko, G.K. Nurgazina, A.K. Shamova

We have analyzed the AIS "Hospital" in the UHIS. Problems were identified: outdated development platform, lack of full testing phase of this AIS, database is carried out at different levels (branches of the RCHD, the parent enterprise RCHD, territorial departments of the Committee for medical services pay, the Committee for medical services pay, "Medinform" Ltd), Update installation is not automated, a large number of updates, handbook "General Classification of enterprises and organizations" contains a large amount of outdated data.

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ГРИППА- КАК СПОСОБ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Н.К. Хожамуратова, А.Ш. Мусина

*Управление санитарно-эпидемиологического надзора
Медицинского центра Управления делами Президента
Республики Казахстан, г. Астана*

Ведение. Несмотря на большие усилия, направленные на борьбу с гриппом в нашей стране и за рубежом, эта инфекция по-прежнему остается самой распространенной на

земном шаре. Не подлежит сомнению, что ежегодная вакцинация от гриппа является единственной реальной мерой предупреждения этой инфекции.

Перспективность борьбы с гриппом с помощью вакцинации признается специалистами всего мира, что отражено в решениях многих совещаний, проведенных Всемирной организации здравоохранения (далее - ВОЗ) и официальных документах Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Без вакцинации невозможно предотвратить эпидемию гриппа и снизить число тяжелых осложнений. Гриппозные вакцины (как зарубежные, так и российские) включают актуальные на предстоящий эпидсезон штаммы вируса гриппа трех подтипов H1N1, H3N2 и В. Каждый год эти штаммы меняются в соответствии с рекомендацией ВОЗ, единой для всех производителей.

Цель исследования. Определение приоритетных направлений профилактики гриппа.

Материала и методы. Материалом для исследований послужили приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «О мерах профилактики гриппа и других острых и респираторных вирусных инфекций в эпидемический сезон» от 15 сентября 2010 года № 722, а также статистические данные ежедневного мониторинга вакцинации против гриппа в разрезе возрастных групп, ведомственной принадлежности, пола, наличие или отсутствие поствакцинальных осложнений и мониторинга ежедневной заболеваемости острыми респираторными вирусными инфекциями в эпидемический сезон, утвержденных приказом Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан «О мерах по профилактике гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций в эпидемический сезон 2011-2012 гг.» от 30 сентября 2011 года № 101. Полученные результаты подвергались статической обработке.

Результаты и обсуждение.

В настоящее время существуют более десятка видов противогриппозных вакцин, и поэтому актуальным вопросом остается их отличие и эффективность. Начнем с вакцин последних поколений.

Расщепленная или СПЛИТ–вакцина происходит от латинского слова «split», означающая расщеплять. Выделенные вирусы (вирионы) очищают и затем разрушают каким-нибудь химическим веществом (например, диэтиловым эфиром). Такая вакцина содержит все вирусные белки: гемагглютинин, нейраминидазу и белки нуклеопротеида вируса. За счет дополнительной очистки в такой вакцине еще меньше токсичных субстанций, в том числе липидов, по сравнению с любой цельновирионной вакциной.

Следовательно, она значительно менее реактогенна. Поскольку белки нуклеопротеида вируса принимают участие в иммунитете, теоретически можно предположить, что сплит-вакцина сохраняет максимальную иммуногенность.

Типичными представителями сплит-вакцин являются французский «Ваксигрипп», немецкий «Бегривак» и бельгийский «Флюарикс». Наличие в вакцине внутренних антигенов вируса (нуклеокапсида и матриксного белка), защищает не только от ежегодных вариантов вируса гриппа, но частично и от всех возможных разновидностей вируса, поскольку внутренние антигены не особенно подвержены мутациям. Теоретически сплит-вакцины выигрывают в иммуногенности, которая напрямую связана с эффективностью вакцины, за счет наличия внутренних антигенов вируса.

Субъединичные вакцины содержат два поверхностных антигена, необходимых для защиты от инфекции. Это вакцины последнего поколения, в которых достигается максимальная очистка антигенов от токсичных примесей (в том числе липидов). Такие вакцины содержат только поверхностные антигены вируса - гемагглютинин и нейраминидазу, и не содержат внутренних вирусных белков.

Доказано, что наиболее значимыми в развитии иммунитета против гриппа являются именно поверхностные вирусные белки. Поскольку в таких вакцинах отсутствуют токсичные примеси и нет внутренних антигенов вируса - они выигрывают в безопасности и дают самое низкое число побочных реакций.

Представителями субъединичных вакцин является голландский «Инфлювак», немецкий «Агриппал» и российский «Гриппол». Это наименее реактогенные препараты, которые разрешаются и рекомендуются применять для детей 6 месяцев и старше, пожилым лицам и людям с хроническими заболеваниями.

Следует сказать, что и сплит- и субъединичные вакцины - это вакцины инактивированные. В них нет живого вируса, поэтому следует забыть известный тезис «вакцинация - это болезнь в легкой форме». Иммунная система получает сигнал о попадании в организм вирусных белков, она же и обеспечивает выработку антител, которые впоследствии защитят нас от инфекции [1]

Современные инактивированные вакцины мало отличаются между собой по иммуногенности, т.е. способности вызывать выработку антител и создавать иммунитет против гриппа. Один из основных доводов в пользу сплит-вакцин - внутренние антигены вируса гриппа имеют определенное, но не основное, значение в формировании противогриппозного иммунитета. Встречаются утверждения, что ввиду отсутствия в субъединичных вакцинах внутренних антигенов вируса, защитная эффективность субъединичных вакцин несколько ниже, чем у сплит-вакцин (на 10-15%).

Таким образом, скорее теоретически, сплит-вакцины имеют некоторый «запас» профилактической эффективности по сравнению с субъединичными вакцинами.

Сравнивая реактогенность, то есть переносимость сплит- и субъединичных вакцин, исследования, проведенные в Италии, показали очень хорошую безопасность для всех сравниваемых вакцин, но результат был лучше у поколения субъединичных вакцин (0,9-1,3% против 1-1,8% для сплит-вакцин; результаты исследования SVEVA, Италия). Вероятно, сплит-вакцины проигрывают в безопасности, поскольку содержат некоторое количество липидов вируса. [2,3]

Следует отметить, что многолетний обширный клинический опыт применения современных инактивированных вакцин позволяет сделать вывод, что они прекрасно зарекомендовали себя как безопасные вакцины.

Для прикрепленного контингента к Медицинскому центру Управления делами Президента ежегодно приобретаются противогриппозные субъединичные или сплит-вакцины.

На вакцинацию планируются лица старше 60 лет, лица с хроническими легочными, сердечно-сосудистыми заболеваниями, иммунной недостаточностью, ослабленные и часто болеющие лица. С целью выработки иммунитета до начала эпидсезона по заболеваемости гриппом вакцинация подлежащим лицам ежегодно проводится в сентябре-октябре месяцах. [4]

Поствакцинальных осложнений не зарегистрировано. При применении расщепленных сплит-вакцин и субъединичной вакцины слабые и средние температурные реакции не были отмечены. Местных реакций на введение вакцин не зарегистрировано, то есть переносимость вакцин обоих классов была одинаковой.

Выводы: По результатам ежегодно проводимых компаний по иммунизации против гриппа создается в среднем 30%-40% иммунной прослойки среди государственных служащих, прикрепленных к Медицинскому центру Управления делами Президента Республики Казахстан.

Своевременно проводимые специфические профилактические мероприятия против гриппа в течение ряда лет обеспечили отсутствие регистрации заболевания гриппом.

Литература

1 Chaloupka I. Schuler A. Marschall M. Meier-Ewert H. «Comparative analysis of six European influenza vaccines» Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2000; 15:121-7;

2 «Эффективность и реактогенность избранных противогриппозных вакцин», Научный центр гигиены и эпидемиологии Министерства здравоохранения Республики Казахстан, автор - руководитель Национального Центра ВОЗ по гриппу, доктор медицинских наук, профессор А.Т. Исмагулов, 25.09.2002 года;

3 Байер В.Е.П., Палаш А.М., Остерхаус А.Д. «Сравнение иммуногенности и реактогенности субъединичных, цельно-вирионных и расщепленных вакцин против гриппа», Национальный центр по изучению гриппа ВОЗ, Институт вирусологии, Университет им. Эразма Роттердамского, Роттердам (Нидерланды), 1999 г.

4 приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «О мерах профилактики гриппа и других острых и респираторных вирусных инфекций в эпидемический сезон» от 15 сентября 2010 года № 722;

Түйін
Тұмауды алдын ала егу – ауруды жеңудің тәсілі

Н.К. Қожамұратова, А.Ш. Мусина

Жыл сайын өткізілетін иммунизация компаниясының нәтижесінде, Қазақстан Республикасы Іс басқармасы Медициналық орталығына тіркелген мемлекет қызметкерлерінің арасында орташа алғанда 30-40 % иммунизация қабаты құрылып, тұмау ауруының тіркелмеуін қамтамасыз етті

Summary
Vaccine prevention of influenza – as a way of preventing illnesses

N.K. Hozhamuratova, A.Sh. Musina

According to the results of annual vaccination campaigns against influenza is created on the average by 30%-40% of the immune strata among the civil servants attached to the Medical centre of the Administration of the President of the Republic of Kazakhstan, which ensured the absence of registration of the flu.

ФЕНОМЕН СУИЦИДА – СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ И МЕСТО В СТРУКТУРЕ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ

М.С. Шабдарбаева, А.М. Смагулов
Карагандинский государственный медицинский университет
Карагандинский филиал РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК

Введение. Значительное отрицательное влияние на демографические и социально-экономические показатели ставит проблему суицида в ряд наиболее актуальных проблем современного индустриального общества. В связи с этим особенно настораживает доминирование среди предпринявших и завершивших попытку самоубийства лиц молодого возраста. По критериям ВОЗ частота суицидов свыше 20,0 на 100 тысяч населения в год считается критической. В структуре общей смертности важное место занимают показатели смертности, относящиеся к категории предотвратимых, в том числе и самоубийства. В последние годы отмечается рост числа самоубийств во многих странах мира. Наиболее высокие показатели отмечены в Восточной Европе и в странах бывшего Советского Союза. Так, по данным Российской Федерации на 100 тысяч населения в 2007 году приходилось 37,5 случаев самоубийств. Аналогичная ситуация наблюдается и в Казахстане. Так, по данным Госкомстата РК в Казахстане в 2007 году было совершено более 4300 самоубийств, что составляет 26,9 на 100 тысяч населения. По сведениям Агентства статистики РК в 2009-2010 годы и за 1-ый квартал 2011 года несовершеннолетними совершено 506 суицидов. Суицид несовершеннолетних, тенденции возникновения суицидального поведения в детско-молодежной среде на сегодняшний день является одной из самых острых проблем нашего общества. Общеизвестно, что самоубийство несовершеннолетних может быть следствием множества причин и не обязательно, что та причина, которую озвучивают друзья и близкие является главной. Она может быть верхушкой айсберга причин, основание которого скрывается в домашних огорчениях, связанных с поведением взрослых. До сегодняшнего дня статистика случаев суицидального поведения в детско – молодежной среде Казахстана стремительно растет и этот вопрос уже требует внимания на государственном уровне. Только за последние 2,5 года более полутысячи детей добровольно ушли из жизни. 783 ребенка совершили попытки

самоубийства. По данным МВД РК в 2010 году по республике зарегистрировано 234 факта суицида среди несовершеннолетних, по каждому факту суицида проведены служебные проверки для установления причин и условий произошедшего. Основным путем реализации суицида при этом, вероятно вследствие общедоступности и простоты исполнения, является механическая асфиксия через повешение.

Материалы и методы. Проведен анализ данных судебно-медицинского экспертного отдела Карагандинского филиала РГКП «Центр судебной медицины». Были вычислены интенсивные и экстенсивные показатели. Проведен сравнительный анализ фактов суицида различных регионов Казахстана.

Результаты и обсуждение. Согласно данных судебно-медицинского экспертного отдела Карагандинского филиала РГКП «Центр судебной медицины» в структуре насильственной смерти механическая асфиксия колебалась от 25,5% до 27,1% за 2008-2010гг., а среди них на механическую асфиксию через повешение приходилось от 52,5% до 70,1% за эти же годы. Этот вид самоубийства по данным ряда авторов [1,2] значительно опережает самоубийства путем отравления или падения с высоты, составляя до 80% от всех случаев реализованного суицида. Так, в ряде стран Западной Европы среди причин смерти у подростков самоубийство находится на втором – третьем месте, а самоубийства, совершаемые лицами в возрасте 10 – 19 лет, занимают до 7% от общего количества завершеного суицида.

Продолжительное время феномен суицида рассматривался лишь как следствие социально-психологической дезадаптации конкретного субъекта в условиях переживаемых им микроконфликтов. К более углубленным направлениям исследования проблемы, на наш взгляд, следует отнести работы, посвященные изучению влияния на динамику суицида не столько микросоциальных причин, сколько взаимозависимости общественного и индивидуального психического здоровья с макросоциальными факторами [3,4]. Рассматривая их с позиции взаимовоздействия, на примере динамики суицида в отдельном регионе убедительно показана отчетливая связь данного явления с увеличением количества больных психическими расстройствами и социально-экономическим положением населения. Выводом, к которому приходят авторы публикации, является возможность создания превентивной программы суицида на основе построения прогностической модели учитывающей показатели, характеризующие макросоциальное состояние региона и психическое здоровье его жителей [5,6,7]. При этом отдаётся должное комплексному исследованию проблемы, справедливо полагая, что без него невозможно получить объективные данные о структуре, динамике и ведущих причинах феномена суицида. Самоубийство не может считаться продуктом новейшей цивилизации. Случаи так называемых “самоубийств животных”, являются скорее поэтическим вымыслом, либо неправильными выводами, следующими из поверхностных наблюдений. Лишь единичные исследователи в качестве одного из факторов риска суицида называют женский пол [7]. Обращает на себя внимание, что именно в старших возрастных группах у лиц пожилого и старческого возраста на фоне существенного спада попыток суицида у мужчин, наблюдается значительный рост данного явления у женщин. Исследование архивного материала, проведенное по результатам протоколов вскрытия трупов в танатологическом отделе Семипалатинского бюро судебно-медицинской экспертизы за период с 1992 по 2002 год, в целом подтвердило эти закономерности [8]. К роду самоубийств категории насильственной смерти, при доказанной следственными органами попытке суицида, были отнесены случаи летального исхода в результате причинения погибшими вреда своему здоровью при помощи повешения, действия электрического тока, огнестрельного и колюще-режущего оружия, отравления лекарственными препаратами и техническими жидкостями, случаи падения с высоты. За 11 исследуемых лет в г. Семей покончили с жизнью 779 мужчин и 148 женщин, что составляет 17,16% и 10,12% соответственно от общего числа мужчин и женщин, погибших насильственной смертью. Установлено, что в структуре всей насильственной смерти доля

суицида у мужчин статистически значимо больше, чем у женщин ($p=0,003$). В группе самоубийств этот показатель составляет 84,04% и 15,96% соответственно. Полученные цифры в целом соответствуют результатам исследования места занимаемого суицидом в структуре насильственной смерти по другим регионам Казахстана [8]. При этом смертность от внешних причин (несчастные случаи, убийства и самоубийства) стоит на втором месте после летальных исходов, вызванных болезнями системы органов кровообращения, а среди 20 – 30 -летних мужчин становится ведущей. Анализ профессиональной деятельности погибших позволил установить существенное преобладание в структуре покончивших жизнь самоубийством лиц занимавшихся умственным трудом, более чем в три раза превышавших показатели аналогичной группы по роду профессиональной деятельности связанной с физическими нагрузками. Отмечена также зависимость частоты суицидальных попыток от времени года, семейного положения, места совершения суицида. Однако при прочих равных условиях решающую роль в качестве провоцирующего фактора, сопровождающего реализацию суицида, особенно часто играет наличие и степень выраженности алкогольной интоксикации. При этом прослеживаются определенные закономерности, связанные с полом погибших.

Выводы. Проведенное исследование показало, что в соответствии с современными представлениями природа суицидального поведения имеет сложный многофакторный характер и является сугубо антропологическим феноменом, Особенностью самоубийств является не только их очень высокая интенсивность, но что проявляются они детском и юношеском возрасте и являются скорее спорадическими. Количество попыток суицида существенно увеличивается к 14 – 15 годам. При этом половозрастная характеристика лиц, покончивших жизнь самоубийством, во всех возрастных группах характеризуется доминированием мужчин.

Пик суицидального поведения у мужчин, начинаясь в возрасте 16 – 19 лет и остаётся стабильно высоким в среднем до 60 летнего возраста, в дальнейшем характеризуясь постепенным снижением. Соотношение мужчин и женщин в возрасте от 14 до 20 лет при этом составляет 94,1% и 5,9% соответственно; 88,2% и 11,8% в возрасте от 51 до 60 лет. у мужчин средних возрастов. Не подлежит сомнению значимость и необходимость дальнейших углубленных, систематических исследований проблемы суицида. Только наиболее полное выявление причин феномена суицида, его “характерных” черт и особенностей проявления, анализ истинного масштаба в пределах страны и конкретного региона, может служить основой для разработки комплексной системы многопрофильной профилактики данного явления.

Литература

- 1 Абрумова А.Г., Вроно Е.М. Ситуационные реакции в с суицидологической практике // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1985, Т.85, №10, С.1557-1560
- 2 Уразалин М.М. Такамура Н. Суицид – проблема здравоохранения стран всего мира. Ситуация в Казахстане и в регионе Семипалатинска // Семейный врач, 2002, №3, С.61-72.
- 3 Сергалиев Т.С. Социально-гигиенические аспекты суицида в современных социально-экономических условиях. Автореф.к.м.н., Астана, 2010,-22с.
- 4 Чумак С.А., Пилюгина Г.Я., Семенцул В.Э. Сравнительная характеристика основных социально-демографических показателей у лиц с первичными и повторными аутоагрессивными действиями//Архів психіатрії.-2006.Т.12,№1-4.-С.77-83.
- 5 Дукенбаева Б.А. Судебно-медицинские аспекты завершенных суицидальных актов (по материалам города Алматы). Автореф. дисс. к.м.н., Астана, 2003, 23 с.
- 6 Абрумова А.Г., Вроно Е.М. Ситуационные реакции в с суицидологической практике // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1985, Т.85, №10, С.1557-1560.
- 7 Николаевский К.С. Особенности национальной структуры суицидальной активности на Севере России и в странах Балтии.//Мат. IIIСеверо-Западной научной конференции по проблемам суицида, Санкт-петербург,2001, Т.1 С. 78-79.
- 8 Шабдарбаева Д.М. Сот медицинасы орталығы мұрағатының материалдары бойынша Семей аймағы және Қазақстан Республикасының кейбір облыстары бойынша өзін-өзі өлтіру жағдайлары туралы мағлұматтар // Денсаулық, 2003, №9, С.30-31.

Түйін

Суицид феноменінің қол жұмсап өлу құрылымындағы орны мен әлеуметтік маңызы

М.С. Шабдарбаева, А.М. Смагулов

Жалпы өлім-жітім құрылымында алдын алуға болатын санатқа жататын өлім-жітім көрсеткіштері, оның ішінде суицид маңызды орынды алады. ДДСҰ критериялары бойынша 100 мың халыққа шаққандағы 20,0 дан жоғары суицидтің бір жылдағы жиілігі дағдарыс деп саналады. ҚР мемлекеттік статистикалық комитетінің деректері бойынша 2007 жылы суицидтің жиілігі 100 мың халыққа шаққанда 26,9 болды. Қазақстанның кейбір облыстары бойынша суицид оқиғаларына талдау жүргізілді.

Summary

The phenomenon of suicide is a social implication and place in structure of violent death

M.S. Shabdarbaeva, A.M. Smagulov

The important place is occupied by indexes of death rate, related to the category of avertable, including and suicides in the structure of general death rate. The frequency of suicides more than 20,0 on 100 thousands of population per year considered critical on criteria of WHO. The frequency of suicides amounted 26,9 on 100 thousands of population in 2007 on information of State committee on statistics RK in Kazakhstan. The analysis suicides happenings conducted in Kazakhstan regions.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ВИСОЧНЫЕ ФОРМЫ ЭПИЛЕПСИИ

А.М. Елубаева

АО «Медицинский университет Астана»

Введение. Эпилепсия - тяжелое заболевание мозга с преимущественным дебютом в детском возрасте, относится к числу самых распространенных хронических болезней. Среди многих форм эпилепсии, одной из наиболее распространенных является, фокальная височная эпилепсия, связанная с патологией височной доли. Распространенность фокальных форм эпилепсии составляет в популяции 4 случая на 1000 населения [1]. Височная эпилепсия относится к распространенным формам, как у детей, так и у взрослых, что составляет до ¼, всех случаев эпилепсии, а среди симптоматических фокальных форм до 60% [2].

Целью исследования явилось выявление височных форм эпилепсии, среди пациентов с диагнозом эпилепсия, а так же пациентов с мезиальным темпоральным склерозом, выявить этиологические факторы, приводящие к височной форме эпилепсии.

Материалы и методы. Исследованы 478 пациентов с установленным диагнозом эпилепсия в возрасте дебюта приступов 1-го месяца до 15 лет, период наблюдения составил 4года. Всем пациентам, кроме клинического обследования, проведено ЭЭГ, ЭЭГ видео мониторинг с включением сна, по показаниям проводили нейровизуализацию КТ, МРТ головного мозга.

Результаты и обсуждение. Согласно, данных нашего исследования выявлено, что в г. Астане состоят на «Д» учете с височной формой эпилепсии 105 детей из общего количества детей состоящих на учете с диагнозом эпилепсия, что составило 21%.

Этиологическими факторами являются: 1. Перинатальные: а) гипоксически ишемические поражения головного мозга - 25(23,8%), б) родовая травма- 12 (11%), в) внутриутробные инфекции- 18 (17%), г) фокальные кортикальные дисплазии- 8(7,6%). 2. Постнатальные: а) опухоли височной доли- 2 (1,9%), б) туберозный склероз- 4(4,8%), в) нейроинфекции- 4(3,8%), г) ЧМТ- 6(5,7%), г) инфаркт мозга- 7(6,6%), е) не выясненной этиологии 19 (18%).

Наиболее типичными видами приступов явились ауры, автоматизмы, простые и сложные парциальные и вторично генерализованные пароксизмы у 75(71%), обследованных детей

приступы возникли со вторичной генерализацией. Крайне актуальным и до конца не решенным вопросом современной эпилептологии является взаимосвязь появления височной эпилепсии с длительными эпизодами фебрильных судорог и развитием медиобазального височного склероза.

Считается, что атипичные фебрильные судороги являются фактором высокого риска трансформации в височную эпилепсию. Предполагается, что атипичные фебрильные судороги, главным образом с большой продолжительностью приступов, вызывают гипоксически-ишемически-метаболические изменения в мозге и приводят к формированию медиобазального височного склероза с последующим развитием височной эпилепсии.

Из 105 детей с височной формой эпилепсии 36(34%) детей в анамнезе были фебрильные приступы, а у 3-х (2,8%) детей судороги дебютировали сразу в эпилептический статус. У 2-х (5,5%) детей среди детей в анамнезе, которых были фебрильные судороги на МРТ обнаружены склеротические изменения в гиппокампальной области (наблюдалось гиперинтенсивный сигнал в T2 взвешенных изображениях и в режиме FLAIR). ЭЭГ видеомониторинге, продолженное замедление, а так же эпилептическая активность в виде устойчивого регионального фокуса пик-волновой активности в височной области. В некоторых случаях при динамическом ЭЭГ исследовании, отмечается переход интенсивности генерирования разрядов из одной височной доли в другую [3].

Показано, что смена доминирования фокусов при битемпоральной височной эпилепсии может происходить при изменении функционального состояния головного мозга[4].

Базовым препаратом в лечении височных форм эпилепсии являются препараты карбомезапинового ряда, пациенты принимали карбомезапин, финлипсин и трилептал из расчета 10мг/кг веса, при этом наблюдалась длительная ремиссия, за исключением пациентов, у которых обнаружен туберозный склероз, а так же медиобазальный склероз. Пациентам с медиобазальным склерозом было рекомендовано оперативное лечение, так как присутствовала абсолютная резистентность к антитэпилептическим препаратам в высоких концентрациях и в комбинации тремя противосудорожными препаратами. После проведенного оперативного вмешательства, состояние пациентов улучшилось, приступы купировались, улучшилось качество жизни, но противосудорожные препараты продолжают принимать.

Заключение: Таким образом, основными этиологическими факторами по данным нашего исследования являются гипоксически-ишемические повреждения головного мозга 25(23,8%). Для правильной диагностики и выбора дальнейшей тактики лечения эпилепсии очень важно установить точную локализацию иктогенной зоны на МРТ и ЭЭГ. Основными препаратами для лечения височных форм эпилепсии являются препараты карбомезапинового ряда, при мезиальном темпоральном склерозе показана нейрохирургическое лечение.

Литература

- 1 Albani F., Temporal lobe epilepsy in children // Neurol Sci-2006.-V.27-P.173-175
- 2 Мухин К.Ю., Височная эпилепсия //Журнал неврологии и психиатрии.-2000.-Т.100.-№9.-С.48-57.
- 3 Карлов В.А., Овнатанов Б.С. Медиобазальные эпилептические очаги и абсансная активность на ЭЭГ //Журн невропатол и психиатр. — 1987. — Т. 87. — №6. — С. 805—812.
- 4 Engle J. Bilateral temporal lobe epilepsy // In: Epileptic seizures and syndromes / eds. P. Wolf. — London, 1994.

Түйін **Эпилепсияның самай формасы**

А.М. Елубаева

Науқаста орталық жүйке жүйесінің ауыр-эпилепсияның самайлық формасы, эпилептикалық ұстамалармен өмірлік белсенділігінің төмендеуімен көрінеді. Біздің зерттеуіміз бойынша негізгі этиологиялық фактор бас миының 25(23,8%) гипоксия-ишемиялық зақымдалуы болып табылады. Дұрыс диагностика және эпилепсияны ары қарай дұрыс емдеу тактикасын таңдау үшін МРТ және ЭЭГ-ны таралған иктогенді аймаққа орнату өте маңызды. Эпилепсияның самайлық формасын емдеу үшін негізгі препараттар карбомезапиндердің қатары, мезиальды темпоральды склероз кезінде нейрохирургиялық ем қолданылады.

*Summary
Temporal form of epilepsy*

A.M. Elubaeva

The temporal form of epilepsy, a serious disease of the central nervous system, manifested by seizures epilepticheskimi reduce quality of life. The main etiologic factors in the findings of our study are hypoxic brain damage ishemicheksie 25 (23.8%). For proper diagnosis and selection of further tactics of treatment of epilepsy is very important to establish the precise localization of iktogennoy zones on MRI and EEG. The main treatments for temporal lobe epilepsy are medications karbomezapinovogo series, with mesial temporal sclerosis demonstrated neurosurgical treatment.

Keywords: temporal lobe epilepsy, multiple sclerosis hippocampus.

**ЗНАЧЕНИЕ СКРИНИНГА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ В ПРАКТИКЕ
СЕМЕЙНОГО ВРАЧА НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ
ПОМОЩИ**

*П.О. Колесник, К.А. Алигазинова, И.В. Чоней, Е.И. Цема, М.И. Веждед
Ужгородский национальный университет, факультет последипломного образования,
кафедра терапии и семейной медицины, Украина*

Введение. Темпы развития первичной медико-санитарной помощи в рамках семейной медицины в Украине оставляют желать лучшего. До сих пор остается не до конца решенным ряд важнейших вопросов: за более, чем 10 лет внедрения семейной медицины в Украине не обеспечено адекватное финансирование отрасли, не очерчены приоритетные направления профилактической работы семейного врача, в частности скрининга различных нозологий (в том числе артериальной гипертензии (АГ), как наиболее распространенного заболевания населения Украины), не сформированы доказательные алгоритмы работы семейного врача при работе с данными нозологиями. Очевиден недостаток материального обеспечения амбулаторий семейного типа максимально необходимым оборудованием для проведения скрининга. Артериальная гипертензия - одно из самых распространенных хронических заболеваний человека. По данным официальной статистики Министерства здравоохранения, в Украине у 25,3% взрослого населения регистрируется АГ. Однако все еще сохраняются определенные разногласия данных официальной статистики и результатов независимых эпидемиологических исследований, показывающих, что значительное число больных с повышением артериального давления в Украине остается необнаруженным. Недостаточная санитарно-просветительская работа о значении факторов риска в развитии АГ, проводимая семейными врачами среди населения, непонимание пациентами принципов первичной, вторичной профилактики, а также возможностей предупреждения осложнений, серьезно влияет на уровень заболеваемости, распространенности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Целью исследования явилось оценка распространенности АГ и факторов риска ее развития по результатам независимого скринингового анкетирования населения и определение направлений решения данной проблемы на уровне ПМСП.

Задачи: определить половые и возрастные особенности пациентов АГ, выявить факторы риска (управляемые и неуправляемые), проанализировать возможности первичной, вторичной и третичной профилактики.

Материалы и методы: Нами проведено независимое скрининговое анкетирование 938 членов семей старше 16 лет, обслуживаемых семейными врачами в разных регионах Закарпатья. Анкетирование проводилось врачами-интернами специальности «общая практика-семейная медицина» при прохождении ими заочного цикла интернатуры в сельской местности в 2010-2011 гг., методом подворного обхода. Независимый опрос пациентов проводилось по разработанной нами скрининговой анкете, которая была

унифицирована и включала основные пункты предусмотренные Приказом Министерства здравоохранения Украины № 728 от 27.08.2010. "О диспансеризации населения.

Результаты и обсуждение: При анализе результатов анкетирования установлено, что 19% респондентов, средний возраст которых составлял 42 года, с их слов, болеют АГ. Данное заболевание опережает по своей распространенности ИБС и язву желудка, что показало наше анкетирование и совпадает с данными официальной статистики. При изучении возрастной структуры распространенности АГ среди населения, нами выяснено, что заболевание преобладало в возрасте до 45 лет (см. рис 2).

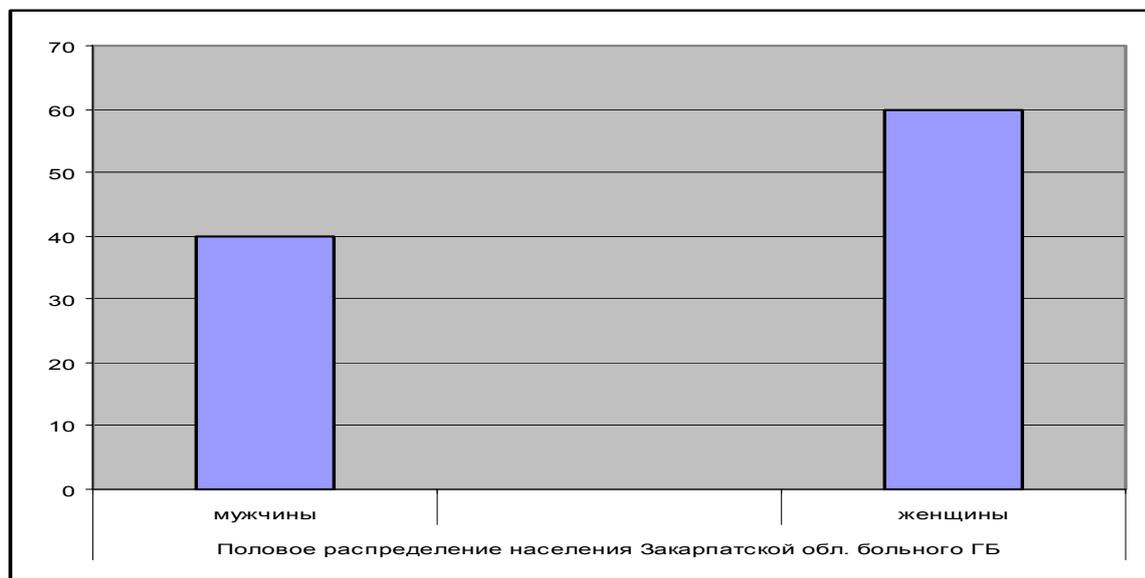


Рисунок 1

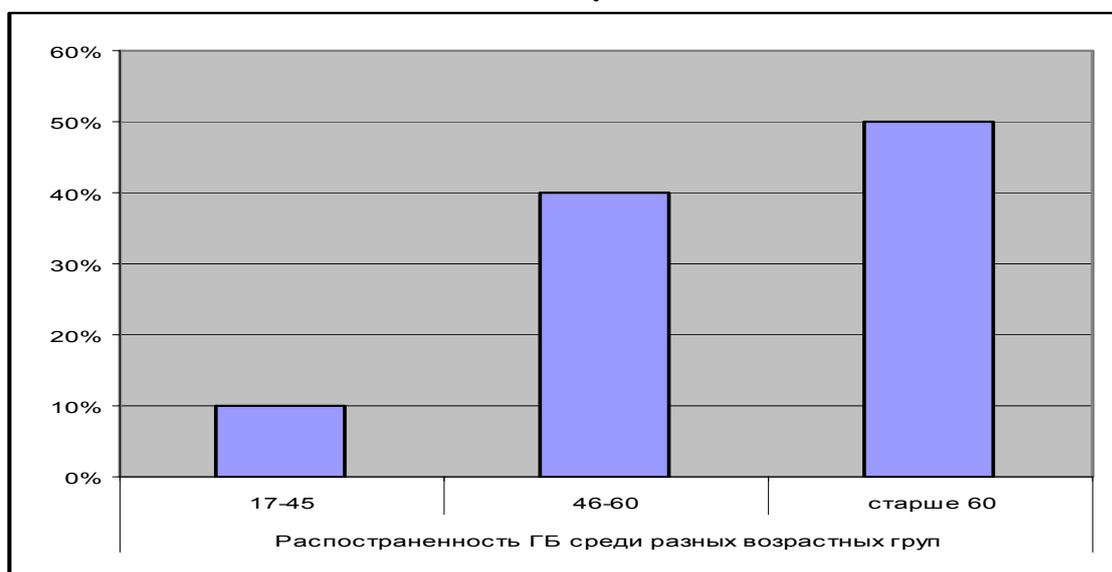


Рисунок 2

Анализируя возрастных особенностей населения, установлено, что только 10% гипертоников были пациенты в возрасте до 45 лет. Очевидно, что количество пациентов увеличивалось с возрастом, и составило 50% больных АГ в возрасте после 60 лет. Женщины болели АГ в 1,5 раза чаще, чем мужчины (см. рис 1). При этом измерения АД самостоятельно проводили только 29,2% опрошенных; 33,16% - у семейного врача, а 39,23% - не измеряют вообще. При сборе медикаментозного анамнеза у пациентов с АГ, было выяснено, что лишь 41% из них получали монотерапию ингибиторами АПФ постоянно или симптоматически; а 6,1% -

монотерапию б-блокаторами. Следует отметить, что 52,9%, даже зная о наличии у них АГ, вообще не принимали антигипертензивного лечения.

При объективном обследовании респондентов (которое включало измерение АД), у 17,9% (168) всех обследованных, уровень АД составлял более 140/90 мм рт.ст. При детальном опросе установлено, что лишь 29,1% из них постоянно принимали гипотензивные препараты, зная о наличии у них АГ; 25,1% - принимают лечение симптоматично, а почти половина из них 45,8% (91) даже не подозревали о наличии у них АГ. Очевидной становится неадекватность скрининговой диагностики АГ и неэффективность назначенной терапии. Следует отметить, что вероятность «гипертензии белого халата» была сведены к минимуму, поскольку исследователи проводили подворные обходы, а не амбулаторный прием, что нивелировало стрессовый фактор для больного.

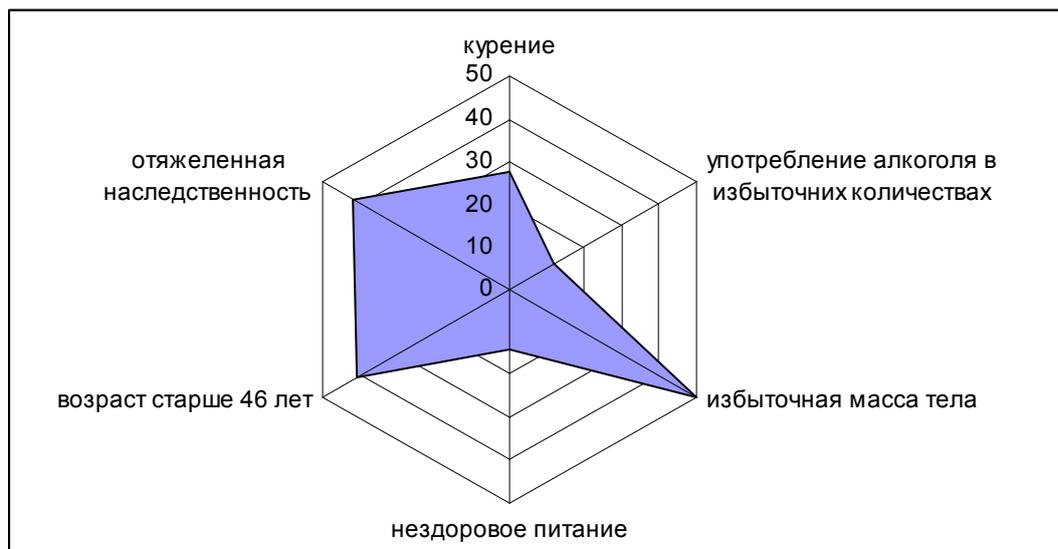


Рисунок 3 - Частота факторов риска развития АГ (управляемых и неуправляемых), выявленных среди населения Закарпатской обл.

К сожалению, неуправляемые факторы риска (возраст и отягощенную по АГ наследственность) устранить невозможно, но влияние на управляемые факторы риска развития АГ является вполне возможным и обоснованным. Как видно из рисунка 3, почти половина респондентов имеет избыточную массу тела или ожирение различной степени ($ИМТ > 25$), а треть из них - 27,6% (259) - длительный стаж курения, причем процент мужчин значительно преобладал среди общего количества курильщиков - 80,3% (208). Следует отметить, что 56% (145) курильщиков имели стаж курения более 10 пачколет, а 11,5% респондентов употребляли алкоголь в чрезмерных количествах, о чем свидетельствовали данные проведенного анкетирования. Очевидной была выявленная у респондентов неадекватная оценка качества своего питания: лишь 14% опрошенных считали его нездоровым, нерациональным, несбалансированным, хотя реальная ситуация близка к противоположной. Среди обследованных нами пациентов, диагноз ожирения был установлен и зарегистрирован в амбулаторных картах пациентов (а соответственно, и учитывался официальной статистикой) только в 1,9%. Однако, при сравнении этих данных с результатами проведенного нами антропометрического исследования респондентов, $ИМТ$ более $29,9 \text{ кг/м}^2$ (что свидетельствовало о наличии ожирения), был обнаружен у 13,8% (130) человек, а избыточный вес был выявлен у 33,7% (316) респондентов. Данный факт, очевидно, доказывает несоответствие официальной статистики с реальной ситуацией по данному вопросу, ведь около половины обследованного населения имело данный фактор риска - избыточный вес или ожирение, значения которых не замечают. Как известно, состояние здоровья населения на 49-53% зависит от образа жизни, а на 18-

22% обусловлено генетическими факторами человека, и на 17-20% - состоянием окружающей среды. Медицинские факторы влияния на популяционное здоровье не превышают 8-10%. Именно через призму такого видения проблем, к проблемам здравоохранения населения необходимо как можно активнее привлекать внимание всего общества, равно как и к сохранению и укреплению здоровья, используя возможности первичной профилактики и пропаганде принципов здорового образа жизни. Учитывая это, в настоящее время в нашей стране, при проведении первичной профилактики среди населения, должна быть четко внедрена стратегия влияния на ведущие факторы развития АГ и концепция борьбы с факторами риска, с использованием возможностей средств массовой информации и других способов донесения информации до населения. По данным ВОЗ, профилактика, направленная на изменение образа жизни, является универсальной «вакциной» против АГ, а применение перечисленных мер (уменьшение массы тела при ее избытке, ограничение употребления алкогольных напитков, уменьшение употребления насыщенных жиров, сладостей и холестерина, отказ от курения, повышение физической активности) способствует уменьшению ее новых случаев на 50%.

Выводы и перспективы дальнейших разработок: Итак, учитывая высокую распространенность АГ среди трудоспособного населения (старше 45 лет) Закарпатской области Украины, по данным независимого скринингового анкетирования, очевидной становится необходимость выяснения первичных причин и предотвращения фатальных последствий этого заболевания еще на уровне ПМСП. Выявлен значительный процент лиц с отягощенным по АГ семейным анамнезом, а также с наличием высокой частоты управляемых факторов риска, что требует четко организованной работы по модификации образа жизни как на уровне ПМСП, так и в общегосударственном масштабе.

Низкий процент больных, получающих адекватную базовую гипотензивную указывает на непонимание пациентами данной проблемы и/или не адекватную работу врача общей практики – показатель низкого комплайенса. Соблюдение семейным врачом четкого алгоритма поведения при обнаружении АГ, рекомендованного современными протоколами, а также обеспечения возможности адекватно обследовать больного в условиях семейной амбулатории (ЭКГ, офтальмоскопия, общеклинические анализы, определение липидограммы и др.), умение семейного врача назначить правильную базовую терапию имеют огромное значение в решении данной проблемы. Таким образом, разъяснительная работа среди врачей первичного звена, проведение эффективных курсов повышения квалификации с акцентом на данные основополагающие проблемные вопросы здравоохранения, решенные с современных позиций доказательной медицины, обеспечение адекватной материальной базы в амбулаториях семейного типа - вот основные задачи, которые необходимо решать на данном этапе, что поможет сохранить жизнь и здоровье нашего населения.

Литература

- 1 Приказ № 728 МЗ Украины от 27.08.2010. «О диспансеризации населения»
- 2 Приказ № 436 МЗ Украины от 03.07.2006. «Об утверждении протоколов предоставления медпомощи по специальности "Кардиология"»
- 3 Реализация Программы профилактики и лечения артериальной гипертензии в Украине [Электронный ресурс] / Национальный научный центр «Институт кардиологии им. акад. М.Д. Стражеско» АМН Украины, г. Киев - Режим доступа к статье: <http://www.eurolab.ua>
- 4 Указ Президента Украины от 7 декабря 2000 г. № 1313/2000 "Положение о врачах общей практики - семейной медицины».

Түйін

Алғашқы медициналық-санитарлық көмек кезінде отбасылық дәрігердің тәжірибесіндегі артериалды гипертензия скринингінің маңызы

П.О. Колесник, К.А. Алигазинова, И.В. Чопей, Е.И. Цема, М.И. Веждел

Бұл мақалада Украинаның Карпаттық облыстарында 2010-2011 жылдар аралығында тұрғындар арасындағы артериалды гипертензияның эпидемиологиялық мәселелері мен оның игерілмеуі мүмкін қатері туралы тәуелсіз скрининг нәтижесін көрсете отырып жүргізілген. Алғашқы медициналық көмектің біріншілік, екіншілік, және үшіншілік алдын алу жұмыстары мен оларды шешу жолдарын табуға ұсыныс жасалған.

Summary

The importance of arterial hypertension screening by general practitioner

P. Kolesnyk, K. Aligazinova, I.V. Chopey, J. Tsioma, M. Vezdel

This article focuses on the epidemiology of hypertension and the study of the frequency of controlled and uncontrolled risk factors for its development among the population of the Transcarpathian region of Ukraine on the independent screening study conducted in 2010-2011. Highlights major issues in primary, secondary and tertiary prevention in primary health care, and ways of their solutions in the primary health care.

ФАКТОРЫ РИСКА ПОРАЖЕНИЯ КЛАПАНОГО АППАРАТА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Р.М. Куандыкова

Областной медицинский центр, г. Кызылорда

Введение. В Казахстане, по данным Всемирной Организации Здравоохранения, показатель преждевременной смертности населения от болезней системы кровообращения в возрасте до 64 лет является вторым по величине среди стран европейского региона. Половина из этих случаев обусловлена ишемической болезнью сердца и чуть более одной трети – цереброваскулярными болезнями. Несмотря на то, что в республике растет число кардиологических отделений, развивается кардиохирургия, статистические показатели заболеваемости и смертности желают лучшего. В связи с этим продолжается поиск возможностей улучшения диагностики лечения и профилактики ишемической болезни сердца, как основной причины смертности наиболее трудоспособного населения страны. Нередкой проблемой у пациентов с ишемической болезнью сердца является наличие структурных изменений клапанного аппарата, которые в данной ситуации значительно усугубляют течение заболевания и несомненно влияют на его прогноз. Увеличению актуальности данной проблемы способствует нарастание доли больных пожилого и старческого возраста, у которых значительно выше частота дегенеративных поражений клапанов сердца в сочетании с ИБС. Так, по данным литературы, ишемическая болезнь сердца часто может быть причиной митральной недостаточности при отсутствии каких-либо других органических заболеваний митрального клапана [1] и становится причиной утяжеления состояния пациентов, несмотря на проведение реваскуляризации миокарда, в том числе и при проведении аортокоронарного шунтирования [2,3]. Одним из патогенетических механизмов ишемической митральной недостаточности является развитие ремоделирования левого желудочка и папиллярных мышц, что приводит к расширению митрального кольца и несмыканию створок митрального клапана [4].

Сочетание поражения коронарных артерий и аортальных клапанов по современным данным встречается в 20-60%. Одной из особенностей данной группы пациентов является ее неоднородность: наряду с пациентами с преимущественной клиникой аортального порока и нерезкими изменениями коронарного русла есть пациенты с тяжелой коронарной патологией и умеренными симптомами аортального порока [5,6].

Цель исследования - изучить факторы риска поражения клапанного аппарата сердца у пациентов с ишемической болезнью сердца.

Материал и методы – 606 пациентов с различными формами ишемической болезни сердца у которых проводилось эхокардиографическое исследование. Интерпретация показателей

эхокардиографического исследования проводилась в соответствии с рекомендациями европейских экспертов [7]. Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica 6, использование статистических параметров проводилось в соответствии с требованиями, предъявляемыми к анализу медицинских данных [8].

Результаты и обсуждение. В результате анализа полученной выборки выявлено, что средний возраст пациентов с ИБС составил $61,1 \pm 8,1$, мужчин среди них оказалось -385 (63,5%), в возрасте $60,3 \pm 8,6$; женщин -221 (36,5%), в возрасте $62,6 \pm 7,1$, $p < 0,005$. Данные результаты свидетельствуют о том, что анализируемая выборка соответствует стандартной выборке пациентов с ишемической болезнью сердца, как по гендерному, так и по возрастному признаку, так как сохраняется закономерность распределения с превалированием среди пациентов с ишемической болезнью сердца мужчин более молодого возраста, чем женщины. У пациентов отсутствовали анамнестические и клинические признаки поражения клапанного аппарата сердца известного генеза таких, как ревматическая болезнь сердца, врожденные пороки сердца, инфекционный эндокардит. При эхокардиографическом исследовании из 606 пациентов в 233 случаях (38,4%) были выявлены признаки поражения клапанного аппарата сердца. Характер поражения клапанов представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Характер поражения клапанного аппарата у пациентов с ишемической болезнью сердца

Поражение клапанного аппарата	Частота	Процент
Митральный стеноз+митральная недостаточность+аортальный стеноз	1	0,2
Пролапс митрального клапана+аортальная недостаточность	1	0,2
Дилатация восходящего отдела аорты+митральная недостаточность+трикуспидальная недостаточность	1	0,2
Митральный стеноз+митральная недостаточность+трикуспидальная недостаточность	1	0,2
Аортальный стеноз+митральная недостаточность	1	0,2
Дилатация восходящего отдела аорты+аортальная недостаточность+аортальный стеноз+митральная недостаточность	1	0,2
Дилатация восходящего отдела аорты+аортальная недостаточность+аортальный стеноз	1	0,2
Аортальный стеноз+митральный стеноз	1	0,2
Аортальный стеноз+аортальная недостаточность+митральный стеноз	1	0,2
Дилатация восходящего отдела аорты+аортальная недостаточность+трикуспидальная недостаточность	1	0,2
Аортальная недостаточность+митральная недостаточность+трикуспидальная недостаточность	1	0,2
Аортальный стеноз+митральный стеноз+митральная недостаточность+трикуспидальная недостаточность	1	0,2
Пролапс митрального клапана+митральная недостаточность	2	0,3
Митральная недостаточность+аортальная недостаточность+трикуспидальная недостаточность	2	0,3
Митральный стеноз+митральная недостаточность	2	0,3
Аортальный стеноз+аортальная недостаточность+митральная недостаточность+трикуспидальная недостаточность	2	0,3
Аортальный стеноз+аортальная недостаточность	2	0,3
Дилатация восходящего отдела аорты+аортальная недостаточность+митральная недостаточность	2	0,3
Аортальный стеноз+аортальная недостаточность+митральная недостаточность	2	0,3
Аортальный стеноз+митральная недостаточность+трикуспидальная недостаточность	2	0,3

Дилатация восходящего отдела аорты+пролапс митрального клапана	2	0,3
Трикуспидальная недостаточность	5	0,8
Аортальный стеноз	7	1,1
Аортальная недостаточность+митральная недостаточность	8	1,3
Дилатация восходящего отдела аорты +митральная недостаточность	8	1,3
Дилатация восходящего отдела аорты+аортальная недостаточность	14	2,3
Аортальная недостаточность	17	2,8
Пролапс митрального клапана	22	3,6
Митральная недостаточность+трикуспидальная недостаточность	23	3,8
Дилатация восходящего отдела аорты	40	6,6
Митральная недостаточность	59	9,7
Без поражения клапанного аппарата сердца	373	61,4
Всего	606	100

Как следует из представленной таблицы, чаще всего у пациентов были выявлены сочетанные и комбинированные поражения -83 (35,6% от количества пациентов с поражениями клапанного аппарата сердца-233), при изолированном поражении чаще всего отмечена митральная недостаточность – 59 пациентов (25,3%), далее дилатация восходящего отдела аорты – 40 (17,2%), пролапс митрального клапана отмечен у 22 пациентов (9,4%), в 17 случаях (7,3%) были выявлены эхокардиографические критерии аортальной недостаточности, в 7 (3%) аортального стеноза и в 5 (2,1%) трикуспидальной недостаточности.

Далее проведен анализ факторов, влияющих на наличие клапанного поражения сердца у пациентов с ишемической болезнью сердца (таблица 2).

Таблица 2 – Характеристика различных показателей у пациентов с ИБС в зависимости от наличия и отсутствия сопутствующего поражения клапанного аппарата сердца

Показатель	У пациентов с ИБС без поражения клапанов сердца (n=373)	У пациентов с ИБС и поражением клапанов сердца (n=233)	P
Возраст (M±σ)	60,0±7,9	62,9±8,0	<0,005
Женский пол (n)	126 (33,8%)	95 (40,8%)	0,1
Мужской пол (n)	247 (66,2%)	138 (59,2%)	0,1
АГ (n)	333 (89,3%)	209 (89,7%)	0,5
Инфаркт миокарда в анамнезе (n)	174 (46,6%)	87 (37,3%)	0,01
ОКС в анамнезе (n)	200 (53,6%)	106 (45,5%)	0,03
ХОБЛ (n)	28 (7,5%)	25 (10,7%)	<0,0001

Как следует из представленной таблицы, частота выявлений сочетанного поражения клапанного аппарата сердца при ишемической болезни сердца достоверно выше у лиц более старшего возраста и у лиц имеющих сопутствующую хроническую обструктивную болезнь легких, сопутствующая артериальная гипертензия у таких пациентов несколько чаще отмечена в группе лиц с наличием клапанной патологии, однако, возможно для выявления более существенной разницы необходимо большее число наблюдений. Несколько неожиданно оказалось, что у пациентов с ИБС и клапанной патологией сердца реже отмечено наличие анамнеза острого коронарного синдрома и перенесенного инфаркта миокарда. Возможно, это обусловлено неоднородностью поражения клапанного аппарата и требует отдельного изучения в зависимости от характера клапанной патологии.

Выводы:

1. При сочетанной патологии клапанов и коронарных артерий чаще всего выявляются сочетанные и комбинированные поражения клапанного аппарата.
2. При сочетании с изолированной патологией клапанного аппарата чаще отмечается митральная недостаточность, дилатация восходящего отдела аорты, пролапс митрального клапана.

3. Одними из факторов риска сочетанной патологии клапанов и коронарных сосудов являются возраст и наличие сопутствующей обструктивной болезни легких.
4. Требуется дальнейшие исследования изучения особенностей сочетанной патологии клапанного аппарата и коронарных сосудов.

Литература

- 1 Lamas GA, Mitchell GF, Flaker GC, Smith SC Jr, Gersh BJ, Basta L, et al. Clinical significance of mitral regurgitation after acute myocardial infarction. Survival and Ventricular Enlargement Investigators. *Circulation* 1997; 96(3): 827-33.
- 2 Grigioni F, Enriquez-Sarano M, Zehr KJ, Bailey KR, Tajik AJ. Ischemic mitral regurgitation: long-term outcome and prognostic implications with quantitative Doppler assessment. *Circulation* 2001; 103(13): 1759-64.
- 3 Enriquez-Sarano M, Schaff HV, Frye RL. Mitral regurgitation: what causes the leakage is fundamental to the outcome of valve repair. *Circulation* 2003; 108(3):253-6.
- 4 Levine RA, Schwammenthal E. Ischemic mitral regurgitation on the threshold of a solution: from paradoxes to unifying concepts. *Circulation* 2005; 112(5): 745-58.6
- 5 Фомина И.Г., Довголис С.А., Козлов Э.А., Кучерова И.Ю. Кальцификация клапанов сердца у больных ишемической болезнью сердца// Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2005.-N 1.-С.62-65.
- 6 Соколов Д.В., Зазиева В.Е., Котельников И.Н. Протезирование аортального клапана и реваскуляризация миокарда у больного с ишемической болезнью сердца. Лечащий врач, 2009.-N 7.-С.43-43.
- 7 Recommendations for Chamber Quantification: A Report from the American Society of Echocardiography's Guidelines and Standards Committee and the Chamber Quantification Writing Group, Developed in Conjunction with the European Association of Echocardiography, a Branch of the European Society of Cardiology *J Am Soc Echocardiogr* 2005;18:1440-1463.
- 8 Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. - М., Медиа Сфера. – 2002. – 312 с.

Түйін

Жүректің ишемиялық ауруына шалдыққан науқастардың жүрек қақпақша аппаратының зақымдалуына әкелетін қатерлі факторлар

Р.М. Қуандықова

Жүректің ишемиялық ауруына шалдыққан науқастардың жүрек қақпақша аппаратының зақымдалуына әкелетін қатерлі факторларды зерттеу үшін әр түрлі жүрек ишемиялық ауруына шалдыққан 606 науқастардың эхокардиографиялық зерттеу нәтижелері талданылды. Жүрек қақпақша патологиясы мен коронарлық артериялар зақымдалуы үйлескенде көбнесе жүрек қақпақша аппаратының үйлескен немесе аралас зақымдалуы болатыны анықталған. Жүрек қақпақша патологиясы әсекеленген түрде көбнесе митралдық қақпақшасының пролапсы, аорта бөлімінің дилатациясы, митралдық жетіспеушілігі анықталған. Жүрек қақпақша патологиясы мен коронарлық артериялар зақымдалуы үйлескенде қатерлі факторлардың бірі ретінде науқастың жасы және өкпенің обструктивті ауруы болып табылады.

Summary

Risk factors for valvular apparatus in patients with coronary heart disease

R.M. Kuandykova

There are 606 patients with various forms of ischemic heart disease who underwent echocardiography. When comorbidity valves and coronary arteries is most often identified and combinative combined valvular lesions. When combined with isolated valvular pathology often marked mitral insufficiency, dilation of the ascending aorta, mitral valve prolapse. Among the risk factors for comorbidity of valves and coronary arteries are age and the presence of concomitant obstructive pulmonary disease

СОСТОЯНИЕ КЛАПАННОГО АППАРАТА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Р.М. Қуандықова

Областной медицинский центр, г. Кызылорда

Введение. Сочетанное поражение клапанов сердца и коронарных артерий представляет особую проблему в кардиологии. Увеличению актуальности данной проблемы

способствует нарастание доли больных пожилого и старческого возраста, у которых значительно выше частота дегенеративных поражений клапанов сердца в сочетании с ИБС. Так, по данным литературы, ишемическая болезнь сердца часто может быть причиной митральной недостаточности при отсутствии каких-либо других органических заболеваний митрального клапана [1] и становится причиной утяжеления состояния пациентов, несмотря на проведение реваскуляризации миокарда, в том числе и при проведении аортокоронарного шунтирования [2,3]. Одним из патогенетических механизмов ишемической митральной недостаточности является развитие ремоделирования левого желудочка и папиллярных мышц, что приводит к расширению митрального кольца и несмыканию створок митрального клапана [4].

Сочетание поражения коронарных артерий и аортальных клапанов по современным данным встречается в 20-60%. Одной из особенностей данной группы пациентов является ее неоднородность: наряду с пациентами с преимущественной клиникой аортального порока и нерезкими изменениями коронарного русла есть пациенты с тяжелой коронарной патологией и умеренными симптомами аортального порока [5,6].

Цель исследования – оценить состояние клапанного аппарата сердца у пациентов с различными клиническими формами ишемической болезни сердца.

Материал и методы. У 606 пациентов с ИБС проанализированы результаты эхокардиографического исследования и дана оценка состояния клапанного аппарата сердца, по тем заключениям, которые были сделаны врачом, проводившим исследование. Статистический анализ проведен с использованием программы Statistica 6.

Результаты и обсуждение. В результате анализа полученной выборки выявлено, что средний возраст пациентов с ИБС составил $61,1 \pm 8,1$, мужчин среди них оказалось - 385 (63,5%), в возрасте $60,3 \pm 8,6$; женщин - 221 (36,5%), в возрасте $62,6 \pm 7,1$, $p < 0,005$. Данные результаты свидетельствуют о том, что анализируемая выборка соответствует стандартной выборке пациентов с ишемической болезнью сердца, как по гендерному, так и по возрастному признаку, так как сохраняется закономерность распределения с превалированием среди пациентов с ишемической болезнью сердца мужчин более молодого возраста, чем женщины. У пациентов отсутствовали анамнестические и клинические признаки поражения клапанного аппарата сердца известного генеза таких, как ревматическая болезнь сердца, врожденные пороки сердца, инфекционный эндокардит. При эхокардиографическом исследовании из 606 пациентов в 233 случаях (38,4%) были выявлены признаки поражения клапанного аппарата сердца. Характер поражения клапанов представлен в таблице.

Таблица – Характер поражения клапанного аппарата у пациентов с различными формами ишемической болезни сердца

Поражение клапанного аппарата сердца	Частота (абс.число)	%
Митральная недостаточность	119	31,8%
Митральный стеноз	7	1,9%
Пролапс митрального клапана	27	7,2%
Аортальная недостаточность	55	14,7%
Аортальный стеноз	22	5,9%
Дилатация восходящего отдела аорты	70	18,7%
Трикуспидальная недостаточность	39	10,4%

Как следует из представленной таблицы, чаще всего выявлены признаки митральной недостаточности – в 31,8%, на втором месте по частоте (18,7%) отмечено наличие дилатации восходящего отдела аорты, далее по частоте превалирует аортальная недостаточность. Следует отметить значительную частоту наличия трикуспидальной недостаточности, которая в 1,7 раза встречалась чаще, чем аортальный стеноз. Обращает

внимание также высокая частота пролапса митрального клапана (в 1.2 раза чаще чем аортальный стеноз).

Как следует из анализа частоты поражения клапанного аппарата сердца у пациентов с ишемической болезнью сердца, в нашей выборке частота определенного поражения клапанного аппарата несколько отличается от статистических данных зарубежных авторов [1-6]. Одной из причин этого, возможно является то, что зарубежные авторы в своей работе придерживаются унифицированного руководства по проведению эхокардиографических исследований, признанного как в Европе, так и в США [7], в котором делается акцент на необходимости интерпретации полученных результатов с учетом индекса поверхности тела пациента.

Выводы. 1 У пациентов с ишемической болезнью сердца в 38,4% случаев имеется поражение клапанного аппарата сердца.

2 Наиболее частыми поражениями клапанного аппарата сердца по результатам данного исследования являются митральная недостаточность (31,8%), дилатация восходящего отдела аорты (18,7%), аортальная недостаточность (14,7%).

3 Требуется дальнейшие исследования для определения факторов развития того или иного поражения клапанного аппарата при ишемической болезни сердца.

4 Проведение и оценка показателей эхокардиографического исследования должна проводиться с учетом рекомендаций международных экспертов.

Литература

- 1 Lamas GA, Mitchell GF, Flaker GC, Smith SC Jr, Gersh BJ, Basta L, et al. Clinical significance of mitral regurgitation after acute myocardial infarction. Survival and Ventricular Enlargement Investigators. *Circulation* 1997; 96(3): 827-33.
- 2 Grigioni F, Enriquez-Sarano M, Zehr KJ, Bailey KR, Tajik AJ. Ischemic mitral regurgitation: long-term outcome and prognostic implications with quantitative Doppler assessment. *Circulation* 2001; 103(13): 1759-64.
- 3 Enriquez-Sarano M, Schaff HV, Frye RL. Mitral regurgitation: what causes the leakage is fundamental to the outcome of valve repair. *Circulation* 2003; 108(3):253-6.
- 4 Levine RA, Schwammenthal E. Ischemic mitral regurgitation on the threshold of a solution: from paradoxes to unifying concepts. *Circulation* 2005; 112(5): 745-58.6
- 5 Фомина И.Г., Довголис С.А., Козлов Э.А., Кучерова И.Ю. Кальцификация клапанов сердца у больных ишемической болезнью сердца// Кардиоваскулярная терапия и профилактика 2005.-N 1.-С.62-65.
- 6 Соколов Д.В., Зазиева В.Е., Котельников И.Н. Протезирование аортального клапана и реваскуляризация миокарда у больного с ишемической болезнью сердца. *Лечащий врач*, 2009.-N 7.-С.43.
- 7 Recommendations for Chamber Quantification: A Report from the American Society of Echocardiography's Guidelines and Standards Committee and the Chamber Quantification Writing Group, Developed in Conjunction with the European Association of Echocardiography, a Branch of the European Society of Cardiology *J Am Soc Echocardiogr* 2005;18:1440-1463.

Түйін

Жүректің ишемиялық ауруына шалдыққан науқастардың жүрек қақпақша аппаратының жағдайы

Р.М. Қуандықова

Жүректің ишемиялық ауруына шалдыққан науқастардың жүрек қақпақша аппаратының жағдайын бағалау мақсатымен клиникалық әр түрлі жүрек ишемиялық ауруына шалдыққан 606 науқастардың эхокардиографиялық зерттеу нәтижелері талданып, жүрек қақпақша аппаратының жағдайы бағаланды. Талдау барысында жүректің ишемиялық ауруымен ауратын науқастарда 38.4% жүрек қақпақша аппаратының зақымдалуы, 18.7 % аорта бөлімінің дилатациясы, 14.7% аорталық жетіспеушілік анықталған. Жүректің ишемиялық ауруы кезінде жүрек қақпақша аппаратының зақымдалуына әкелетін қатерлі факторларды зерттеу маңызды екені ұсынылады.

Summary

The condition of the valve apparatus in patients with coronary heart disease

R.M. Kuandykova

In 606 patients with CAD analyzed the results of echocardiographic examination and the evaluation of valvular heart condition, according to the conclusions that have been made a doctor who conducted the study. Statistical analysis

was performed using Statistica 6 software. In patients with coronary heart disease in 38.4% of cases there is a valvular lesion. The most common valvular lesions on the results of this study are the dilation of the ascending aorta (18.7%), aortic regurgitation (14.7%).

ТІК ІШЕК ОНЫРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ЕРТЕ ДИАГНОСТИКА ЖАСАУ

Н.О. Сабденов

ШЖҚ МКК «№4 қалалық емхана», Астана қаласы

Тік ішек оныры соңғы 10 жыл ішінде онкологиялық аурулар құрылымының алдыңғы тұғырынан орын алуда. Қазақстанда жыл сайын әрбір 100 000 тұрғынға 5-6 жағдайда тік ішек оныры тіркеледі. Асқынған жағдайлар үлес салмағы 60 % -дан асады. Қазіргі уақытта тік ішек оныры өлімге әкелетін құрылым арасында өкпе, асқазан, өңеш, сүт безінен кейінгі 5-орында тұр. Қатерлі ісік диагнозын анықталған уақытынан соң бірінші жылындағы өлім жағдайлары өскен, және соңғы уақытта 33,5 % құрайды. Тік ішек оныры қатері 40-50 жастан асқан адамдарда ұлғаяды. Ер адамдарда әйелдерге қарағанда 2 есе жиі кездеседі.

Қатерлі ісіктерді алдын алу онкологиядағы ең қиын және шешімін таппай жүрген мәселелердің бірі болып саналады. Бұл жағдайда тік ішек оныры алдын алу мақсатында онкология саласында үлкен ғылыми тәжірбиелік скрининг әдістері жүргізіліп келген. Скрининг әдістерін жүргізу өте қажет. Себебі біріншіден, тік ішек оныры алғашқы сатыларында және полиптерді алдын ала алып тастау, бұл өмір сүру көрсеткіштерін жақсартады. Екіншіден, скрининг тексерулер экономикалық тұрғыдан үнемді болып саналады. Үнемділіктің негізгі себебі екі жағдайда; біріншіден дәрігер ешқандай тексерулер жүргізбейді, екіншіден науқас бұл әдісін маңыздылығын түсінбейді. Біз білетін скрининг әдістері түрлері; тік ішекті саусақпен тексеру, нәжістегі жасырын қанды тексеру анализі 1 жылда 1 рет, сигмоскопия 5 жылда 1 рет, ирригография 5-10 жылда 1 рет, колоноскопия 10 жылда 1 рет. Бұл скрининг әдістері жан-жақты тәжірбиеден өткен, әр әдістің тиімді де тиімсіз жақтары бар, көбінесе экономикалық тұрғыдан.

Осы мақалада негізінен Астана қаласында №4 қалалық емханадағы соңғы үш жылдық (2009-2011 жыл), проктологиялық науқастарға мамандандырылған медициналық көмек көрсету және «Тік ішек онырын алдын алу мен ерте диагностикасы» туралы бағдарламасын орындау барысында, анықталған медициналық көмекті көрсету тәжірбиесімен алмасады. Біздің ұсынып отырған тік ішек қатерлі ісіктерін алдын алу мақсатындағы мәлімдеме ешқандай шығын және қаражаты талап етпейді.

Емханада жоспар бойынша жылына 2-3 рет тік және тоқ ішек қатерлі ісіктері туралы дәріс (лекция) оқылып тұрады, және де дәрігерлер мен қарапайым халыққа қазақша және орысша тілдерінде жазылған «Тік ішек онырын алдын алу мен ерте диагностикасы» туралы мәлімдемелер тарқатылады. Бұл мәлімдемелер әр бір дәрігер науқасты қарау кезінде қолданылатындығы анықталды, және де қарапайым халық емхана хабарлама бұрыштарынан таныса алады. Нәтижесінде «Тік ішек онырын алдын алу мен ерте диагностикасы» туралы мәлімдемелер қолдану барысындағы проктологиялық науқастардың дәрігер проктологқа қаралу деңгейінің көтерілуі байқалды.

Жұмыстың мақсаты: Тік ішек онырын алдын алу мен ерте диагностикасы.

Материал мен әдістері: Дәрігер проктологтың қабылдауы хирургиялық науқастармен бірге, күн сайын арнайы жаңа жабдықтармен жабдықталған қабылдау және кіші операциялық бөлмесінен тұратын хирургиялық қабылдау бөлмесінде жүргізіледі. Толықтай диагноз қою үшін науқастарды жалпылама қарау, эндоскопиялық және әр түрлі арнайы тексерулерден өтеді. Кіші операциялық бөлмеде жергілікті жансыздандыру арқылы кішігірім операциялар (блокада, дивульсия, полипэктомия, геморрриодэктомия, үшкірұшты кондиломаны кесу) атқарылады. Ал басқа көлемі үлкен операциялар, науқастарды жатқызу бюросы арқылы ауруханаларда жүзеге асырылады.

Соңғы үш жыл аралығында арнайы қабылдауға 845 адам келген, солардың ішінде 457-әйел, 388 – ер адамдар болды. Орта есеппен 40-50 жастағылар (65%), жұмысқа қаблетті топқа жатады. Солардың ішінде алғаш рет дәрігер проктологқа қаралған 712 адам (84,3 %). Соның ішінде қайта қаралғандар пайызы жоғары (16,8%), оның себебі емхана хирургіне толықтай тексерілмеуі, арнайы қаралуға келген науқастың тексеруге дайын еместігі (тік ішекті тексеруге дайындықтың болмауы), сонымен қатар операциядан кейінгі және диспансерлік есепте тұратын науқастарды қайта қарап, бақылау болып саналады. Сонымен жалпы қаралғандардың 57-сінде (6,7%), ешқандай ауытқулар мен өзгеріс табылмады (дені сау топ); профильді емес аурулар – 61 адам (7,2%), солардың ішінде жиі кездесетін аурулар; операциядан кейінгі жағдайда ішектердің жабысып қалуы, өт-тас және зәр-тас аурулары, гастродуодениттер. Жоғарыда айтылғандай 141 адам (16,8%) қайта қаралғандар. Соған қарап, жалпы арнайы қабылдауда болған адам саны - 845, соның ішінде проктологиялық науқастар 626 адам болып, 74,2% құрайды, ол деген проктологқа, әр бір бесінші көрінуге келген адам, қаралуға дайын емес және өзін көрсетуге, емделуге келмеген.

Талдау мен нәтижесі: Проктологтың жұмыс қабілетін жақсарту үшін, амбулаториялық хирургтермен қарым-қатынасты және қабылдауды нақтыда, жақсы ұйымдастыру қажетті. Жалпы қарауға келген науқастардың 64%, емделу барысында әр түрлі деңгейде, эндоскопиялық әдістермен (ректороманоскопия, колоноскопия), ирригография және компьютерлік томография тексерулерінен өтті. Үш жыл аралығындағы тік және тоқ ішек ауруларымен арнайы қабылдауға келген науқастардың әр бір үшіншісі геморрой ауруымен ауырады. Көбінесе созылмалы түрлері жиі кездеседі, сонымен созылмалы геморрой және басқада проктологиялық аурулармен қатар жүру 34%, геморроидальды түйіндердің жедел тромбозы 14% жағдайда, жедел геморроидальды қан кету 6% байқалады. Кейінгі жиілікте анальді жарықтар, көбінесе анальді полиптермен, геморройлармен, қатерлі және қатерсіз ісіктермен, параректальды жылан көзді тесіктермен қатар кездесіп тұрды. Кейде қай ауру бірінші немесе екінші екендігі анықтау қиынға түсті. Тік ішек қатерлі ісігі 5 науқаста және тоқ ішек қатерлі ісігі 7 науқаста анықталып (1,9%), онкология диспансеріне жіберілді.

Операциялар мен әр түрлі хирургиялық манипуляциялар қатал түрде көрсеткіштерге байланысты жасалынды. Бірінші кезекте, емхананың қызмет көрсету жағдайы; хирург проктолог дәрігерінің және операциялық медбикенің мамандандырылған біліктілігі; хирургиялық және операциялық бөлмелерінің, хирургиялық операциялар жүргізуге керекті жабдықтармен қамтамас етілгенділігі; сонымен қатар операцияға дейінгі және операциядан кейінгі кезеңде науқасты бақылау жағдайы ескерілді. Екінші кезекте амбулаторлық операция жүргізу үшін науқастың әлеуметтік үй жағдайы (үй жағдайдағы күтімі, сым тетігінің болуы) ескерілді.

Кесте - Амбулаториялық хирургиялық көмектің көлемі

№	Операция атауы	Саны	%
1	Полипэктомия	53	26,23
2	Перианальды аймақтағы қатерсіз ісіктерді алып тастау	42	20,79
3	Геморроидэктомия	28	13,86
4	Жедел параректиттерді кесу және параректальды жылан көзді тесіктерді алып тастау	34	16,83
5	Әр түрлі блокадалар, склеротерапия	20	9,9
6	Анальды жарықты алып тастау	11	5,44
7	Үшкірүшты кондиломаны алып тастау	14	6,93
	қорытындысы:	202	100

Кестеде проктологиялық науқастарға стационардан тыс хирургиялық көмектің көлемі көрсетілген. Операция негізінен асқынбаған ауру түрлерінде жүргізілді, операция

ұзақтығы 20- 25 минуттан аспады. Кестеде көрсетілгендей көбінесе операциялық белсенділік 26,23% анальді полиптерде байқалады. Кейінгі кезекте перианальды аймақтағы қатерсіз ісіктерді алып тастау және қатты асқынбаған, ішкі және сыртқы жалғыз геморроидальды түйіндердің тромбозы мен жедел геморроидальды қан кету жағдайында операция жасалынады. Алынып тасталған барлық макропрепараттар гистологиялық тексерулерден өтті. Операциядан кейінгі кезеңде, уақытша еңбек жарамсыздық мерзімі орта есеппен 15 күн болды. Аурудың алғашқы сатыларында консервативті ем қабылданды, көбінесе склеротерапия жүргізілді. Қалған операциялар жалпы айтқанда асқынусыз өтті.

Қорытындылай келгенде, жоғары деңгейде және нақтыда жақсы ұйымдастырудың арқасында еліміздің емханаларында дәрігерлер мен қарапайым халыққа арналған біздің ұсынып отырған тік ішек қатерлі ісіктерін алдын алу мақсатындағы мәлімдемелерді кеңінен қолданған жағдайда, науқастардың дәрігер проктологқа қаралуы ұлғайады, сонымен шығынсыз жетістіктерге жетеуімізге сенімдіміз.

Әдебиеттер

- 1 Воробьев Г.И. «Амбулаторные хирургические вмешательства у больных проктологическими заболеваниями» / Г.И. Воробьев, А.Д. Турутин, В.Г. Зайцев//Хирургия.-2001.-№1.-С.74-79.
- 2 Кныш В.И. «Рак ободочной и прямой кишки» г. Москвы. - М., 1997. - С. 129-136.
- 3 Петерсон Б.Е., Чиссов В.И. «Ранняя онкологическая патология» г. Москвы.-М.,1985.-С.257-270.

Резюме

Профилактика и ранняя диагностика рака прямой кишки

Н.О. Сабденов

В работе представлен анализ амбулаторного обследования 626 больного с целью раннего выявления заболеваний прямой кишки на основе собственной авторской разработки унифицированного скрининга. В результате своевременный диагноз был установлен у 106 (16,9%) больных, из которых у 12 (1,9%) больных выявлен первичный онкологический процесс. С целью ранней профилактики онкопроцесса было амбулаторно оперирован (полипэктомии) 53 больной (26,23%), результаты лечения признаны хорошими. Таким образом, разработка и внедрение скрининговой информации позволяет как выявить онкопроцесс на ранних стадиях, так и провести их профилактику.

Summary

Prevention and early detection of colorectal cancer

N.Sabdenov

The paper presents an analysis of 626 patients outpatient examination for early detection of diseases of the rectum on its own authoring standardized screening. As a result, timely diagnosis was made in 106 (16.9%) patients, of whom 12 (1.9%) patients revealed a primary onkologicheskyy process. With a view to early intervention onkoprotsessa was operated on an outpatient basis (polypectomy) 53 bolnoy (26.23%), good treatment results found. Thus, the development and implementation of screening to identify how information can onkoprotsess in the early stages, and to their prevention.

ВЛИЯНИЕ «УПРЕЖДАЮЩЕЙ АНАЛЬГЕЗИИ» НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНУТРИГЛАЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ

Ж.С. Сыздықов

РГП «Больница управления делами Президента Республики Казахстан», г. Астана

В соответствии с представленными в 1998 году данными ВОЗ, 79% среди всех офтальмологических больных занимают лица пожилого и старческого возраста, с серьезными сопутствующими заболеваниями сердца и легких. Анестезиологу приходится сталкиваться как с проблемой старения систем организма, так и болезнями, преобладающими в данном возрасте [1].

Вместе с тем, в данной группе больных неудовлетворительные результаты офтальмохирургических операций могут быть обусловлены: неподвижностью глазного

яблока, нарушением внутриглазного давления, плохой послеоперационной аналгезией, напряжением больного на операционном столе, недостаточной профилактикой рефлекторных нарушений и возможностью развития окулокардиального, окулогастрального, окулопульмонального рефлексов [2,3].

Одним из перспективных направлений, блокирующих влияние операционного стресса является комплексное применение усиленной премедикации, «упреждающей аналгезии» и регионарной анестезии с новыми фармакологическими препаратами [4]. Этот подход к обеспечению анестезиологического пособия является важным направлением современной анестезиологии. Вместе с тем, практически отсутствуют работы, посвященные использованию усовершенствованных методов премедикации, наркоза и регионарных блокад в офтальмохирургии. Важной задачей для анестезиологов является совершенствование методов анестезии, включая способы проводниковой блокады [5].

Наряду с контролем жизненно-важных показателей организма во время анестезиологического пособия большое внимание уделяется динамике внутриглазного давления (ВГД) [6,7]. Внедрение портативных измерительных аппаратов, таких как транспальпебральный тонометр позволяет без особых затруднений достоверно мониторировать ВГД у пациентов на разных этапах лечения, в том числе и в послеоперационном периоде [8,9].

Учитывая вышеуказанное, **целью исследования** явилось оценить динамику изменения ВГД у пожилых пациентов подвергнутых оперативному лечению в условиях местной анестезии в зависимости от наличия в комплексе премедикации «упреждающей аналгезии».

Материал и методы. Исследования проводились на базе отделения анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии Национального научного медицинского центра г. Астана.

По методу отбора больных исследование являлось проспективным когортным (Prospective cohort study) и пилотным. Нами применялась сплошная выборка вплоть до набора требуемого количества пациентов в соответствии с поставленными целью и задачами работы, с фиксацией изменений в ходе наблюдения.

Критериями включения в исследование являлись больные с офтальмологической патологией, требующей оперативного вмешательства в возрасте от 60 до 76 лет, при наличии информированного согласия пациента на участие в исследовании. Критериями исключения из исследования являлись острый дакриоцистит, глаукома, вирусный конъюнктивит, воспалительные заболевания орбиты, тяжелая сопутствующая патология (недостаточность внутренних органов и др.), артериальная гипертензия, нарушения свертывающей системы крови.

Дизайн исследования: В соответствии с поставленной целью, больные с офтальмологической патологией были разделены на две группы, отличающиеся тактикой анестезиологического пособия. В основной группе (n=34) перед проведением акинезии по Ван-Линту и ретробульбарной анестезией в составе премедикации проводилась «упреждающая аналгезия» ингибитором циклооксигеназы (кетопрофен 1 мг/кг внутримышечно) и производными имидазолина (Клонидин 2 мкг/кг внутримышечно). В контрольной группе (n=29) «упреждающая аналгезия» не проводилась.

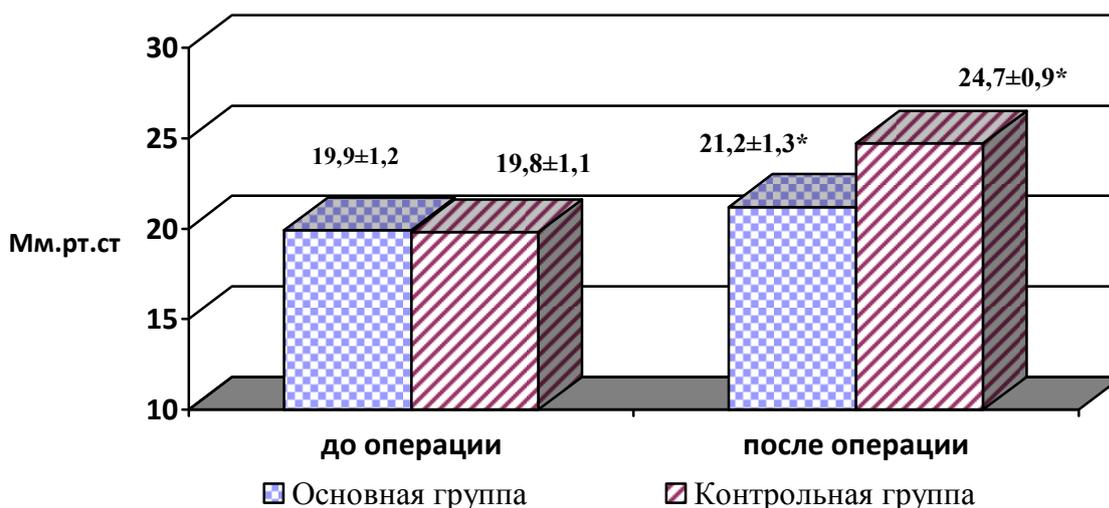
Необходимо отметить, что наркотические аналгетики и анестетики во время операции в обеих группах не применялись. Всего при проведении плановых офтальмологических операций было проведено 63 блокады по Ван-Линтону с ретробульбарной анестезией Бупивакаином 0,25%.

Измерение ВГД в исследуемых группах проводилась непосредственно перед проведением и сразу после операции при помощи транспальпебральной тонометрии портативным тонометром ТГДц-01 DIATON.

Результаты исследований подвергались статистической обработке в программе STATISTICA 6.0.

Результаты и обсуждение: в ходе оперативных вмешательств анестезия местным анестетиком Бупивакаин показала высокую эффективность как в первой, так и во второй исследуемых группах. Применение 0,25% раствора Бупивакаина для акинезии по Ван-Линтону и ретробульбарной анестезии обеспечило эффективную операционную анестезию и анальгезию на всем протяжении хирургического вмешательства, без потребности в использовании дополнительных препаратов. Необходимости перехода на другой вид анестезии в ходе операций не возникало.

Для решения поставленной задачи в основной и контрольной группах проводилась оценка ВГД портативным тонометром ТГДц-01 DIATON, результаты исследования представлены на рисунке.



Примечание: * - P<0,05

Рисунок – Показатели внутриглазного давления в исследуемых группах

В результате проведенных измерений ВГД установлено, что при поступлении пациентов в операционную величина ВГД в исследуемых группах не имела достоверных отличий и составляла 19,9±1,2 мм.рт.ст в основной группе и 19,8±1,1 мм.рт.ст в контрольной группе.

Данные показатели ВГД следует отнести к нормальным величинам, характерным для лиц пожилого возраста, не страдающим нарушениями регуляции внутриглазного давления [10].

Несмотря на известный ряд преимуществ местной анестезии, после оперативного вмешательства на органе зрения в условиях акинезии по Ван-Линтону и ретробульбарной анестезии наблюдали умеренный подъем величины ВГД в оперированном глазу. Методика транспальпебральной тонометрии позволяла нам эффективно проводить измерения ВГД непосредственно после операции при условии отсутствия отека верхнего века. В контрольной группе показатели ВГД были достоверно выше исходных показателей, полученных перед операцией и составили 24,7±0,9 мм.рт.ст, что относится в верхним границам допустимой нормы для данного возраста.

Тем не менее, в основной группе, где мы применяли комплекс «упреждающей анальгезии» подъем ВГД после операции в целом значительно не отличался от исходных значений - 21,2±1,3 мм.рт.ст.

Таким образом, сравнительный анализ с применением статистической обработки результатов показал, что различия между показателями ВГД основной и контрольной группы в послеоперационном периоде являются достоверными (P<0,05).

Выводы:1 Проведение оперативного вмешательства на органе зрения у лиц пожилого возраста в условиях местной проводниковой анестезии Бупивакаином сопровождается умеренным подъемом внутриглазного давления.

2 Метод «упреждающей анальгезии» в комплексе премедикации перед местной проводниковой анестезией 0,25% раствором Бупивакаина позволяет стабилизировать показатели внутриглазного давления в ходе оперативного вмешательства на органе зрения у лиц пожилого возраста.

Литература

- 1 Дж. Эдвард Морган-мл., Мэвид С. Михаил. Клиническая анестезиология. В 3-х книгах. – 2001. - 1066 с.
- 2 Бунятян А.А. Рациональная Фармакоанестезиология: руководство для врачей. М., 2006. – 800 с.
- 3 Гризук С. Ф. Клиническая анестезиология и неотложная терапия: Санкт-Петербург, 2004.- 368 с.
- 4 Никола В. В., Маячкин Р. Б., Бондаренко А. В. // Регионарная анестезия и лечение боли: Тематический сборник. — М.; Тверь, 2004. — С. 80—85.
- 5 Страшнов В. И., Мамедов А. Д., Шабут А. М. // Современные достижения и перспективы развития регионарных методов анестезии: Сборник докладов и тезисов Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием. — СПб., 2006. — С. 88—89.
- 6 Современная офтальмология. Руководство для врачей/Под ред. В.Ф. Даниличева.-СПб.: Питер, 2000.- 606 с.
- 7 Кремкова Е.В. Ранняя диагностика первичной глаукомы у лиц пожилого и старческого возраста по состоянию диска зрительного нерва // Клиническая геронтология. 2006. Т. 12. № 7. С. 13-15.
- 8 Илларионова А.Р., Пилецкий Н.Г. Исследование достоверности показаний тонометра для измерения внутриглазного давления через веко (ТГДц-01 "ПРА")//Клин. офтальмология.-2001-№2-С. 55-56.
- 9 Куроедов А.В., Городничий В.В., Югай И.Б., Цалкина Е.Б. О возможности применения транспальпебральной тонометрии у больных глаукомой в послеоперационном периоде // Глаукома. - 2008. -№ 3. - С.45-50.
- 10 Соркина Е.А., Филиппова М.С., Алешаев М.И. Индивидуальное ВГД у лиц старше 40 лет, не страдающих глаукомой // Актуальные проблемы офтальмологии. Москва, 2009. - 452 с.

Түйін

Офтальмологиялық хирургияда өткізгіш анестезия жасау кезіндегі «сақтандырма анальгезиясының» көздің ішкі қысымы көрсеткіштеріне әсері

Ж.С. Сыздықов

Егде жас тұлғаларында Ван-Линт бойынша акинезия және Бупивакаин қолданумен ретробульбар анестезия өткізу кезіндегі офтальмологиялық оперативті араласуға қатысты көздің ішкі қысымы көрсеткіштеріне зерттеулер жүргізілді. Зерттелген топ «сақтандырма анальгезияның» премедикация кеңейтілген жүйесін қолданумен ерекшеленді. Оперативті араласу кезінде Бупивакаинмен өткізгіш анестезия жағдайындағы егде жас тұлғаларының көру мүшесінде көздің ішкі қысымының бірқалыпты түрдегі жоғарылауы байқалады. Егде жас тұлғаларының көру мүшесіне оперативті араласу кезінде премедикация комплексінің «сақтандырма анальгезиямен» тіркесуі көздің ішкі қысымының көрсеткіштерін тұрақтандыруға мүмкіндік береді.

Summary

Effect of "preemptive analgesia" on indices of intraocular pressure during block anesthesia in ophthalmosurgery

J.S. Syzdykov

It was investigated indicators of intraocular pressure of elderly people during akinesia by Van-Lint and retrobulbar anesthesia by bupivacaine in ophthalmosurgery. The study group of patients characterized using an extended set of prenarcois "Preemptive analgesia".

It is noted that during surgery on the oculus of elderly people with block anesthesia by bupivacaine observed a moderate increase of intraocular pressure. Complex combination of prenarcois with a "preemptive analgesia" offers the possibility to stabilize intraocular pressure during surgery on the oculus of elderly people.

ЖЕСТОКОЕ ОБРАЩЕНИЕ С ДЕТЬМИ И ОТСУТСТВИЕ ЗАБОТЫ СО СТОРОНЫ РОДИТЕЛЕЙ

Б.Т. Тукбекова, С.Т.Кизатова
Карагандинский государственный медицинский университет

Введение. Отношение к детям, полнота удовлетворения их нужд и интересов не только отражает уровень социального прогресса, благосостояние, гуманность общества, но и дальновидность социальной политики государства, которое, заботясь о детях, обеспечивает надежный фундамент для своего будущего. Этот принцип нашел отражение в Конвенции о правах ребенка, которая утверждает, что «ребенок в силу его физической и умственной незрелости нуждается в специальной охране и заботе» [1].

Внимание, уделяемое за рубежом проблеме жестокого обращения с детьми и пренебрежения их нуждами, связано со стремлением на деле гарантировать право ребенка на защиту «от всех форм физического и психологического насилия, оскорбления или злоупотребления, отсутствия заботы или небрежного обращения, грубого обращения или эксплуатации, включая сексуальное злоупотребление со стороны родителей, законных опекунов или любого другого лица, заботящегося о ребенке» (ст. 19, п.1) [2].

Защита от жестокого обращения является совершенно необходимым требованием для создания «благополучных условий, которые позволяли бы ребенку развиваться физически, умственно, нравственно, духовно и в социальном отношении», то есть для превращения ребенка в полноценного члена общества и предотвращения социальных потерь, связанных с девиантным поведением [3].

Жесткое обращение с детьми и пренебрежение их интересами могут иметь различные виды и формы, но их следствием всегда является: серьезный ущерб для здоровья, развития и социализации ребенка, нередко - угроза для жизни.

Некоторые последствия жестокого обращения для здоровья уже давно исследованы, другим (психическим расстройствам и суицидальному поведению) только недавно было уделено внимание [4].

Исследования выявили серьезные последствия, возникающие сразу или через длительное время. Некоторые дети имеют симптомы, требующие клинического вмешательства. Другие выжившие имеют такие серьезные психические расстройства, как депрессия, тревога, агрессия, злоупотребление психоактивными веществами, чувство стыда или нарушение познавательных способностей. Наконец, у некоторых детей могут быть посттравматический стресс, тревога и нарушение сна.

Большую роль в распространении жесткости к детям играет неосведомленность родителей или лиц их заменяющих, о том, какие меры воздействия недопустимы по отношению к ребенку, непонимание, что не каждое наказание идет ему на пользу. Немаловажное значение имеет и низкая правовая культура населения, недостаточные знания законодательных норм, охраняющих права ребенка и гарантирующих наказание насильников [4,5].

Целью исследования оценка всех случаев плохого обращения с ребенком в общей структуре заболеваемости детей, поступивших в приемный покой КГКП «ОДКБ».

Материалы и методы. Работа проведена среди поступивших детей в приемный покой КГКП «ОДКБ» за период 2009-2010 годы. Учитывались все случаи жестокого обращения с ребенком, случаи недостаточного контроля, ухода, отсутствия внимания за ребенком, повлекшие за собой необходимость в оказании экстренной медицинской помощи ребенку.

Результаты и обсуждение. Проведенное исследование показало, что за два года нами установлено 1774 случаев плохого отношения к ребенку, что составило 8,3% в общей структуре заболеваемости детей, обратившихся за медицинской помощью.

При изучении структуры заболеваемости данной категории больных установлено, что 1 место заняли ожоги (29,4%), на 2 месте - травмы (высотная травма, автодорожная) (26,6%), на 3 - инородное тело (25,8%), на 4 - отравления (17,9%), суицидальное

поведение отмечено в 1,4% случаев. Мальчики составили 65,4%, девочки-33,6% от всех случаев обращений.

Среди ожогов преобладали термические ожоги, которые составили 78%, химические - 22% случаев.

При изучении возраста детей, обратившихся с данной патологией, было установлено, что дети до года составили 24,2% случаев, дети раннего возраста- 37,4%, с 3-5 лет -30%, старше 5 лет - 8,4%.

Среди детей первого года жизни преобладали термические ожоги, среди детей раннего возраста и детей с 3 до 5 лет - инородное тело, среди детей от 5 лет и старше доминировали травмы.

Среди поступивших детей, городское население составило 87%, а жители сельской области -23% случаев.

По тяжести состояния в реанимационное отделение доставлено 67 (3,8%) детей, остальные получали лечение в хирургическом и ЛОР - отделениях. Смертность среди данной категории больных составила 6 детей.

Не отмечены случаи домашнего насилия, а имеет место неспособность родителей обеспечить безопасные условия проживания, оставление ребенка без внимания; отсутствие заботы к ребенку с учетом возраста ребенка. В семьях выявлен низкий уровень образования, возрастная незрелость, неопытность и беспечность родителей.

Результаты проведенного исследования показали, что среди всех детей преимущественно пострадали дети раннего возраста (37,4%) за счет термических ожогов по вине родителей.

Заключение. Таким образом, установлен факт жестокого или плохого отношения к ребенку со стороны родителей, ввиду незнания особенностей поведения детей, а также отсутствия ответственности родителей за здоровье своего ребенка.

Необходимо проведение профилактической работы с родителями, ознакомление с правами ребенка на безопасные условия проживания, обучение родителей, обычно групповое, для расширения знаний о развитии ребенка и стимулирования стратегий позитивного обращения с детьми.

Хотя предупреждение жестокого обращения с детьми почти во всем мире объявлено важной задачей социальной политики, удивительно мало исследуется эффективность предупредительных мер, что требует дальнейшего изучения данная проблема.

Литература

- 1 Конвенция ООН о правах ребенка//Права человека: Сборник международно-правовых документов./Сост. В.В.Щербов. Мн.: Белфранс.- 1999.-1146 с.
- 2 Жестокое обращение с детьми. Информационный бюллетень N150, ВОЗ.-2010.- 15с.
- 3 Е.И. Цымбал. Жестокое обращение с детьми: причины, проявления, последствия (учебное пособие). –М. РБФ НАН.- 2007.-320с.
- 4 Жестокое обращение с детьми. Помощь детям, пострадавшим от жестокого обращения и их родителям//Под редакцией Сафоновой Т.Я., Цымбал Е.И. М.-2001.-
- 5 Алексеева Л.С. О насилии над детьми в семье // Социологические исследования. 2003. №4. С. 34-37.

Түйін

Балаларға қатал қарау және ата-аналар тарапынан қамқорлықтың болмауы

Б.Т. Тукбекова, С.Т. Қизатова

Әлемде аурулардың көп бөлігін балалық шақта аяусыз қараудың әсерінен пайда болады. Зерттеулердің қорытындысы бойынша ерте жастағы балалар (37,4%) жиі жәбір көреді, ата-ананың қателігінен көбінесе термиялық күйзеліске ұшыраған. Сонымен қатар ата-ананың қауіпсіз турмыс жағдайын қамтамсыз ете алмауы, баланың қараусыз қалуы, баланың жасына байланысты қамқорлықтың, қапсеттілігін қамтамсыз ете алмау жатады.

Негізгі сөздер: аяусыз қарауы, ата-аналар, балалар.

Summary
Child abuse and neglect by parents

B.T. Tukbekova, S.T. Kizatova

Health problems related to abuse in childhood constitute a significant portion of the total number of cases in the world. The research results showed that among all the children young children (37.4%) are mainly affected due to thermal burns caused by their parents. There is an inability of parents to provide safe living conditions, leaving the child unattended and lack of care for the child considering the age of the child.

Keywords: cruel treatment, parents, children.

ВОПРОСЫ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

Ф.Х.Алиев А.А. Музаффарзаде

Научный Центр Хирургии им. М.А.Топчибашева, Баку, Азербайджан

Введение. Среди острых заболеваний органов брюшной полости деструктивная форма острого панкреатита занимает особое положение по своей природе и тяжести страдания (А.Л.Костюченко, 2000). За последние годы заболеваемость панкреонекрозом резко возросла (М.В.Цициашвили и соавт. 2002). Это обусловлено, с одной стороны, особенностями режима питания, возрастающим злоупотреблением алкоголя и его суррогатов, распространенностью желчно-каменной болезни и, как следствие, увеличением абсолютного количества больных, а с другой стороны, улучшением клинико-лабораторной и инструментальной диагностики заболевания (Р.В. Вашетко и соавт., 2000; Ю.А. Нестеренко и соавт., 2002).

Панкреатогенная токсинемия, имеющая место в первые сутки от начала заболевания, обуславливает острую недостаточность кровообращения с формированием синдрома низкого сердечного выброса. Выход в кровь панкреатогенных ишемических токсинов (фактор депрессии миокарда, протеазы и т.д.) усугубляет снижение сердечного выброса даже при нормализации объема циркулирующей крови и кислородной емкости крови на этапе выздоровления больного (С.Н. Jonson et al, 1999). В развитии кардиоваскулярных изменений при остром панкреатите и панкреонекрозе особое место отводится токсическому воздействию активизированных панкреатических ферментов, компонентов колликреин-кининовой системы и изменению функции надпочечников рефлекторным и другими механизмами (Г.Я.Шимунова, 2006). В своих работах В.И. Филин и его соавторы показали, что при остром панкреатите умерших в первые трое суток от начала заболевания при микроскопическом исследовании сердца резко выраженные расстройства микроциркуляции, которые проявляются в расширении капилляров, явлениях стаза и образовании микротромбов.

При самых разнообразных патологических синдромах и ситуациях, а также кардиотоксических воздействиях, которые сопровождаются морфологическими признаками повреждения специфических для определенного агента. При вскрытии умерших от острых хирургических заболеваний органов пищеварения (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивно-язвенный гастрит и дуоденит, различные формы острого и деструктивного холецистита, острый панкреатит и панкреонекроз) нами обращено внимание на формирование в ряде случаев в миокарде очагов острых метаболических повреждений, нередко являющихся причиной острой сердечной недостаточности и приводящих к смерти, что и явилось **целью настоящего исследования.**

Материалы и методы. Исследованы 23 сердца умерших от следующих причин: острого панкреонекроза – 12, геморрагического панкреатита – 6, гнойного панкреатита – 3, серозного панкреатита – 2. Во всех случаях поражение поджелудочной железы было обширным, характеризовалось локализацией патологического процесса в теле и хвосте 17 случаев, а в 6 наблюдениях острого панкреонекроза процесс распространялся почти на всю поджелудочную железу. Возраст умерших – от 28 до 75 лет, женщин – 12, мужчин – 11.

Для патогистологического исследования иссекались кусочки миокарда из зоны видимого повреждения, пограничных участков и интактного миокарда. Кроме того, исследованию подвергался миокард передней, задней и боковой стенок обоих желудочков. Материал фиксировался в 10%-ном нейтральном формалине, заливался в парафин. Полученные срезы окрашивались гематоксином и эозином пикрофуксином и по Вейгерту.

Гистохимические исследования включали применение окраски срезов толуидиновым синим при рН-2,4; 4,8; 6,4 с последующим контролем; ШИК-реакции-по Мак-Манусу с контролем амилазой; выявление РНК-по Браше; ДНК – по Фельгену; комбинированный метод выявления полисахаридов – по Риттеру-Олесону; активности ЩФ и КФ – по Гомори.

Результаты и обсуждение: В системе миокарда при формировании макроскопически выявляемых очагов некроза наиболее значительные изменения обнаруживались при остром панкреонекрозе. Дисциркуляторные расстройства выражены умеренно и представлены спазмом одиночных артерий и артериол, чередованием без определенной закономерности участков венозной гиперемии и запустевших вен и венул, очагами предстазы, стаза и эритропедеза в сосудах микроциркуляторного типа. Некротические изменения кардиомиоцитов, напротив, носили распространенный характер: при подсчете в 3 полях зрения поврежденные мышечные клетки составляли в среднем 74,6%, образуя крупные локусы альтерации, характеризующиеся выраженной фуксинофилией, ядра кардиомиоцитов не прокрашивались или определялись очень плохо, в саркоплазме выражена гомогенизация, изредка — зернистость и вакуолизация. Содержание гликогена в кардиомиоцитах либо резко уменьшено, либо полностью не определялось. Между тем в стенке мелких сосудов пери- и эндомизия, а также по ходу соединительной ткани определялось умеренное накопление гликозаминогликанов и гликопротеидов, что свидетельствует о повреждении в сердечной мышце клеточных мембран, ответственных за транспорт кальция.

Уменьшение и полное исчезновение содержания гликогена в кардиомиоцитах обусловлено использованием энергетического резерва миокарда за счет смещения внутриклеточных метаболических путей в сторону анаэробных механизмов. Активность ряда окислительно-восстановительных ферментов в миокарде снижена, о чем свидетельствовало резкое уменьшение активности ЩФ и очаговое повышение активности КФ. Со стороны стромы миокарда отмечались диффузные изменения, выражающиеся в отеке и разволокнении соединительной ткани, появлении различных по величине очагов метахромазии.

Методом комбинированного выявления полисахаридов по Риттеру- Олесону определялось преобладание пурпурно-красного окрашивания, свидетельствующего о значительном разрушении белково-полисахаридных комплексов соединительной ткани с накоплением мукопротеидов. Применение окраски толуидиновым синим и ШИК-реакции в сопоставлении с методом Риттера - Олесона дает основание говорить о накоплении по ходу стромальных компонентов гиалуроновой кислоты и хондроитин-сульфат-С, свидетельствующих о преобладании в кардиомиоцитах явлений миоцитолитоза. По периферии некротических очагов формировалась слабо выраженная демаркационная зона в виде умеренного полнокровия, эритро- и лейкопедеза, накопления нейтрофильных лейкоцитов с кариорексисом их, но без признаков резорбции некротизированных миокардиоцитов.

При формировании мелких очагов некроза в миокарде отмечалась выраженная пестрота, характеризующаяся чередованием очагов некроза, некробиоза и глубоких

дистрофических изменений в кардиомиоцитах. Некробиотические и дистрофические изменения кардиомиоцитов характеризовались снижением содержания гликогена, появлением очагов липидной и зернистой дистрофии. При подсчете в трех полях зрения степень повреждения мышечных клеток сердца составляет в среднем 39,4%. В пограничной зоне выявлялась картина выраженных дисциркуляторных нарушений типа предстازа, стаза, эритро- и лейкопедеза, мелкоочаговых экстравазатов, начального тромбообразования, а вокруг некротизированных миокардиоцитов и их небольших групп обнаруживались в большом количестве нейтрофильные лейкоциты, немногочисленные эозинофилы, пролиферирующие тканевые и гематогенные макрофаги, что можно рассматривать как ответную реакцию, направленную на утилизацию погибших кардиомиоцитов и восстановление структурных элементов миокарда. Об этом же свидетельствовало и очаговое накопление по ходу волокнистого компонента и основного вещества стромы гликоз-аминогликанов типа хондроитин-сульфат-В. Активность окислительно-восстановительных ферментов снижена.

Наконец, третий тип изменений в мышце сердца характеризуется преобладанием выраженных дистрофических изменений миокардиоцитов типа зернистой, вакуольной и жировой дистрофии. Снижение гликогена в кардиомиоцитах умеренное, и лишь в отдельных полях зрения отмечались миокардиоциты и небольшие группы их с полным исчезновением гликогена. По ходу волокнистого компонента стромы и в основном веществе имелись дисциркуляторные расстройства типа полнокровия сосудов с предстазом и стазом, реже - эритропедезом, а также отеком, разволокнением и расщеплением волокнистых структур, накоплением преимущественно кислых гликозаминогликанов, повышением активности КФ и снижением активности ЩФ. Степень выраженности клеточных реакций вокруг дистрофированных кардиомиоцитов и их групп незначительна. В строме по ходу сосудов отмечалось накопление малых лимфоцитов и плазматических клеток, что можно связать с развивающимися иммунологическими сдвигами.

Выводы. Таким образом, проведенные исследования позволили выявить значительные метаболические повреждения в миокарде на фоне массивного острого поражения поджелудочной железы, каковыми являются острый панкреонекроз и острые формы панкреатита.

Степень выраженности и глубина этих повреждений находятся в прямой зависимости от характера и объема деструктивных и воспалительных изменений в поджелудочной железе, принимающий самое непосредственное участие в регуляции углеводно-липидного обмена, в том числе и в миокарде. Повреждение экскреторно-инкреторного аппарата поджелудочной железы обуславливает прямое токсическое воздействие на миокард, а избыточное накопление в нем неэстерифицированных жирных кислот при указанной патологии может сопровождаться дистрофическими, некробиотическими и некротическими изменениями.

Эти изменения, в свою очередь, способствуют значительному угнетению или прекращению сократительной способности миокарда, нарушению ритма сердечных сокращений и развитию острой сердечной недостаточности, являющейся непосредственной причиной смерти больных, страдающих различными формами острой патологии поджелудочной железы.

Литература

- 1 Савельев В.С., Буянов В.М. Острый панкреатит. //Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. /Медицина, 1986, с.328-369.
- 2 Семенова Л.А., Целлариус Ю.Г. Ультраструктура мышечных клеток сердца при очаговых метаболических повреждениях. – Новосибирск: Наука, 1978, 144 с.
- 3 Шперлинг И.Д. Функциональная морфология ишемически поврежденного миокарда. //Материалы науч. конф. «Современные проблемы кардиологии» - Тбилиси, 1976, с.243-245.
- 4 Шелест П.В., Миронов В.И. Диагностика и прогнозирование клинико-морфологических форм острого деструктивного панкреатита. //Сибирский мед. журнал, №6, 2007, с.5-9.

- 5 Журавлева М.В., Мурашова З.М. Динамика морфологических и гистохимических изменений печени при панкреатите. //Сов. мед. 1976, №22, с.124-125.
- 6 Ершов А.В. Роль гипоксических повреждений миокарда в развитие сердечной недостаточности при панкреонекрозе. //Патологическая физиология и экспериментальная терапия, 2009, №4, с.17-20.
- 7 Windsor Y.A., Hammodat H. Metabolic management of severe acute pancreatitis. //World Y.Surgery, 2000, 24, p.664-672
- 8 De Beaux A.S., Palmer K.R. et al. Factors influencing morbidity and mortality in acute pancreatitis; an analysis of 279 cases. //Qut, 1995, vol.37, №1, p.121-126

Түйін

Асқынған деструктивті панкреатит кезіндегі жүрек-қан тамырларының патологетикалық даму факторлары

Ф.Х.Алиев А.А. Музаффарзаде

Асқынған панкреатит кезінде асқазандағы темірлер мен басқа да биологиялық белсенді заттардың бұзылуына алып келетін жергілікті қабынулар өмірлік маңызы бар басқа органдарда бақылауда болады. Осындай мықты органдардың бірі жүрек болып табылады. Асқынған панкреатит пен панкреонекроз кезінде жүрек-қан тамырларының бұзылуы әлі күнге дейін аз зерттелген мәселелердің қатарында.

Осылайша жүргізген зерттеуіміздің нәтижесінде асқынған панкреатит пен панкреонекроз болып табылатын миокардтың метаболикалық қабынуларын анықтадық. Осы қабынған аймақтың тереңдігі мен көрінісі ең алдымен асқазан теміріндегі қабынушы және деструктивті өзгерістерге тәуелді, сонымен қатар ол көмір-липидті тұрақты алмасуда, миокардта мүлтіксіз қызмет атқарады. Асқазан темірінің экскреторлы-инкреторлы аппаратының қабынуы миокардқа тікелей тосикалық әсер етеді, ал онда жинақталған эстерифицирленбеген май қышқылдары аталған патологияға дистрофикалық, некробиотикалық және некротикалық өзгерістермен әсер етуі мүмкін. Бұл өзгерістер өз кезегінде, миокардтың қысқартушы мүмкіндігінен айырылып қалуына, жүрек соғысының бұзылуына, науқастың өліміне алып келеді.

Кілтті сөздер: *асқынған панкреатит, панкреонекроз, метаболизм, миокард*

Summary

Pathogenetic factor for cardiovascular failure in acute destructive pancreatitis

F.H. Aliev, A.A. Muzaffarzade

In acute pancreatitis, due to the impact of pancreatic enzymes and other biologically active substances and their local disturbances caused by, changes are observed in various vital organs. One of these targets is the heart. The defeat of the cardiovascular system in acute pancreatitis and pancreatitis are still poorly understood.

Thus, this study revealed significant metabolic damage to the myocardium against acute massive destruction of the pancreas, which are acute pancreatic necrosis and acute forms of pancreatitis. The degree of severity and depth of these injuries are directly dependent on the nature and extent of the destructive and inflammatory changes in the pancreas that takes a direct part in the regulation of carbohydrate and lipid metabolism, including the myocardium. Damage to the excretory-incretory apparatus of the pancreas leads to a direct toxic effect on the myocardium, and excessive accumulation of nonesterified fatty acids in this disease may be accompanied by dystrophic, necrobiotic and necrotic changes. These changes, in turn, contribute to suppression or elimination of myocardial contractility, heart rhythm disturbances and the development of congestive heart failure, which is the immediate cause of death in patients suffering from various forms of acute disease of the pancreas.

Key words: acute pancreatitis, pancreatic necrosis, metabolism, myocardium

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА ЛЕГКОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

*А.К. Бекмаганбетов, Б.С. Мулдашева, А.М. Смагулов
Карагандинский филиал РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК*

Введение. *Закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ) - наиболее частое повреждение у лиц молодого возраста и одна из актуальных проблем судебной медицины[1,2].*

Существующая классификация базируется на патоморфологическом принципе. В зависимости от тяжести травмы мозга различают: сотрясение головного мозга, ушиб головного мозга легкой, средней и тяжелой степени. В последнее время отечественные

ученые отходят от употребления терминов сотрясения головного мозга и ушиб головного мозга легкой степени: используя более общее определение: легкая черепно-мозговая травма (ЛЧМТ) [3].

Существующие критерии тяжести повреждения активно дополняются клиническими данными: оценивающими выраженность функциональных нарушений. Для этого широко используется шкала комы Глазго, позволяющая выявить степень угнетения сознания [4]. Несмотря на то, что этот вид повреждения встречается наиболее часто, в литературе не уделяется достаточного внимания вопросам диагностики ЛЧМТ.

Целью исследования явилось комплексная оценка признаков легкой черепно-мозговой травмы и ее последствий.

Материалы и методы. Единицами наблюдения явились 98 человек с признаками легкой черепно-мозговой травмы. Были изучены эпикризы из историй болезней, амбулаторные карты и экспертные заключения специалистов.

Анализ результатов общеклинических методов исследования осуществлялись посредством анализа эпикризов и данных амбулаторных карт больных с последствиями перенесенной травмы головного мозга. Стандарт обследования больных с черепно-мозговой травмой был следующий: общий и биохимический анализ крови, анализ мочи, ЭКГ, рентгенография черепа и позвоночника, компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), реоэнцефалография (РЭГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), эхоэнцефалография (ЭхоЭГ), ультразвуковая доплерография магистральных артерий (УЗДГ), исследование глазного дна, исследование спинно-мозговой жидкости, психологическое исследование.

Результаты и обсуждение. Критерии судебно-медицинской оценки легких ЧМТ остаются сложными и во многом спорными [5]. На сегодняшний день отсутствует общепринятое определение легкой ЧМТ. Это связано в первую очередь с тем, что большинство жалоб, предъявляемых пострадавшими, носят субъективный характер, отсутствуют единые критерии ЛЧМТ, по данным разных авторов не совпадают сроки выздоровления. Также остается открытым вопрос, является ли необходимыми потеря сознания и посттравматическая амнезия для того, чтобы диагностировать травму головы как легкую. Однако большинство ученых сходятся во мнении, что ЛЧМТ - это состояние, которое оценивается по шкале Глазго на 13 баллов и более, сопровождается потерей сознания на 20 мин. и менее. Неврологическая симптоматика отсутствует, посттравматическая амнезия не превышает 48 часов, не обнаруживаются паренхиматозные и сосудистые изменения по данным компьютерной и магнитно-резонансной томографии (КТ, МРТ). Иногда вместо потери сознания наблюдается состояние оглушенности и кратковременной спутанности сознания. Из других объективных симптомов при ЛЧМТ встречаются брадикардия, гипотония, рвота и вестибулярная гиперестезия. Точный базис многих признаков ЛЧМТ остается невыясненным, однако применение нейровизуализирующих и электрофизиологических методик демонстрирует незначительные морфологические и функциональные изменения [6]. У пострадавших при ЛЧМТ традиционные методы исследования, включая рентгенографию, электроэнцефалографию (ЭЭГ), КТ, МРТ, как правило показывают норму. Однако использование этих методов необходимо для выявления таких серьезных осложнений, как перелом костей черепа, эпи- и субдуральные гематомы, субарахноидальные или внутримозговые кровоизлияния. Нормальная краниограмма, при наличии факторов риска, не устраняет необходимость проведения МРТ и КТ в остром периоде. Ценность ЭЭГ остается неопределенной. Данные, которые раньше трактовались как патологические, сейчас принято считать вариантами нормы, распространенными с такой же частотой, как и в общей популяции. Изменения мозгового кровотока при ЛЧМТ, установленные с помощью транскраниальной доплерографии, могут быть весьма полезны в плане роли сосудистых механизмов в патогенезе посттравматической головной боли. В качестве новых параклинических приемов диагностики ЛЧМТ следует обратить внимание на результаты,

полученные с помощью метода вызванных потенциалов (ВП), которые представляют электрофизиологический ответ сенсорных проводящих путей на сенсорные и электрические стимулы[6]. У пострадавших с ЛЧМТ для оценки состояния слуховых проводящих путей используют коротколатентные стволовые ВП. Наиболее часто находят изменения у лиц, имеющих низкую оценку по шкале Глазго (13 баллов). Многие авторы полагают, что показатели стволовых ВП в динамике могут объективно свидетельствовать об обратимости повреждений ствола мозга. Однако абсолютной корреляции между значениями ВП и тяжестью травмы нет. Наиболее чувствительным тестом для диагностики ЛЧМТ является электронистагмография (ЭНГ), которая представляет собой запись движения глазных яблок, основанную на корнеальном и ретинальном потенциалах. Для этого проводится битермальное калорическое тестирование и анализируется медленная фаза нистагма. При раздражении уха прохладной и теплой водой парез канала представлен ухудшением медленного компонента нистагма. Такие изменения наблюдаются у 40-50 % свидетелеваемых, перенесших ЛЧМТ.

Описан целый ряд изменений метаболизма глюкозы в мозге, выявляющийся при позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ). Степень общего снижения уровня метаболизма глюкозы коррелирует с тяжестью травмы. Несомненно, эта методика обладает большей чувствительностью, но, оставаясь дорогостоящим методом, имеет существенные технические требования.

Патогенез ЛЧМТ остается мало изученным. Касаясь механизмов ее возникновения, следует отметить значение положительного и отрицательного ускорения головы, в результате которых и происходит резкое повышение внутричерепного давления. Экспериментальные данные свидетельствуют, что при этом основной удар приходится на ствол головного мозга: внутричерепное давление не может поддерживаться только локально в области приложения травмирующей силы и распространяется через большое затылочное отверстие к спинномозговому каналу. Результирующая сила повреждает активирующую систему ретикулярной формации и вызывает нарушение ее функций по поддержанию сознания. При ЛЧМТ изменения в аксонах могут носить обратимый, функциональный характер или приводить к деафферентации определенных областей мозга. В пользу этого мнения говорят немногочисленные морфологические исследования, эксперименты на животных и результаты функциональной нейровизуализации (ПЭТ). При изучении нейрохимических изменений, происходящих в головном мозге при ЛЧМТ, обнаруживается чрезмерное высвобождение ацетилхолина и возбуждающих аминокислот. Также имеет место нарушение кальциевого гомеостаза, возможно, являющегося пусковым моментом этого «эксайтотоксического каскада». Важным элементом в развитии диффузной нейрональной дисфункции головного мозга является массивный ионный поток через плазматическую мембрану, который может рассматриваться как травматическая деполяризация нервных клеток. Экспериментально установлено, что метаболические изменения в головном мозге встречаются даже при незначительной травме головы, вызывая снижение уровня локальной утилизации глюкозы. Эти изменения лежат в основе патогенеза даже в случаях незначительного травматического повреждения мозга. Особенностью описанных выше нейрохимических изменений при ЛЧМТ является их полная обратимость[7]. Длительность расстройства здоровья при данной травме обычно не превышает 2-х недель. Хотя по определению при ЛЧМТ не выявляется отчетливых морфологических изменений, а неврологический дефект обратим, значительная часть больных даже спустя несколько месяцев продолжает жаловаться на головную боль, головокружение, снижение памяти, нарушение сна. В отдельную клиническую форму выделяют посткоммоционный синдром (ПКС) или посттравматический невроз. Оба эти определения имеют недостатки, так как в первом случае говорится лишь об органическом поражении, а во втором - о «чистой» психогенной природе заболевания. В литературе наиболее часто используют термин - ПКС, который включает следующие симптомы: головные боли, головокружение, амнестические расстройства, беспокойство, раздражительность, утомляемость, ослабление концентрации

внимания, фотофобию. Известно, что ни тяжесть первичного повреждения, ни объем оказанной помощи не влияют на развитие ПКС. Многие из описанных выше когнитивных и аффективных признаков не являются специфичными для ЛЧМТ, они встречаются одинаково часто как у больных с другой патологией, так и у здоровых людей. Парадоксальным представляется и тот факт, что часто больные, перенесшие легкую ЧМТ, имеют более интенсивную симптоматику, чем пострадавшие с тяжелыми ЧМТ. Считается, что вначале нарушения функции мозга при ПКС могут иметь органическую природу, но затем проблема становится психологической. По данным литературы признаками ПКС являются: а) наличие в анамнезе потери сознания продолжительностью 5 мин. и более; амнезии, продолжительностью 12 час, и более; посттравматической эпилепсии, развившейся в пределах 6 мес. от момента травмы; б) когнитивные нарушения в виде расстройства памяти, концентрации внимания; в) вегетативные симптомы - головная боль, инсомния; г) трудности в выполнении профессиональных или академических навыков. ПКС может развиваться у пострадавших, которые были нормально адаптированы к жизни до получения травмы, однако несомненно имеется определенная зависимость этого осложнения от различных преморбидных факторов: возраста, состояния здоровья, психологического статуса (депрессия, невроз и т.д.), экономических, социальных и семейных проблем. При нейропсихологическом исследовании пострадавших с ПКС после ЛЧМТ довольно часто обнаруживается значительный эмоциональный дистресс, вызванный, по-видимому, измененным отношением к ним со стороны членов семьи. Иногда сами врачи провоцируют развитие этого синдрома, придавая травме головы особое значение, ожидая серьезных осложнений и оберегая пострадавших от выполнения ими повседневных обязанностей в течении продолжительного времени. А если пострадавший оказывается заинтересованным, то возможна симуляция когнитивных расстройств в целях получения какой-либо компенсации[8]. С этой проблемой судебно-медицинские эксперты встречаются почти в каждом случае.

Заключение. Таким образом, легкая черепно-мозговая травма приводит к легкой дисфункции мозга. Возникающий неврологический дефицит, при условии правильной диагностики в остром периоде травмы, полностью обратим, и опасность частых тяжелых осложнений после ЛЧМТ в значительной степени преувеличена. По продолжительности временной нетрудоспособности ЛЧМТ у большинства пострадавших квалифицируется как легкий вред здоровью. При объективизации признаков ЛЧМТ применение современных методов исследования расширяет возможности судебно-медицинской экспертизы. Посткоммоционный синдром (ПКС) в большей степени является проблемой психологической, поэтому не подлежит судебно-медицинской оценке.

Литература

- 1 Попов В.Л. Судебная медицина. / Санкт-Петербург. Питер. -2002.-С.86-89.
- 2 Породенко, В. А. Проблемы дифференциальной диагностики и судебно-медицинской оценки различных форм черепно-мозговой травмы / В. А. Породенко, И. В. Ершова // Судебно-медицинская экспертиза. - 2011. - N 5. - С. 8-10
- 3 Потапов А. А., Лихтерман Л. Б. Черепно-мозговая травма // Клиническая неврология. 2003.- Т. 3, ч. 1. С. 102-109.
- 4 Шогам И.И.Отдаленные последствия легкой закрытой черепно-мозговой травмы (частота, течение, критерии состояний компенсации и декомпенсации). /Шогам И.И., Мелихов М.С., Череватенко Г.Ф., Чантурия Н.И. //Журн. невропатол. и психиатр.- 1991.- №6.- С. 55-59.
- 5 Попов, В. Л. Решенные и нерешенные проблемы судебной медицины / В. Л. Попов // Судебно-медицинская экспертиза. - 2011. - N 1. - С. 4-9
- 6 Доровских И.В. К проблеме преморбидной когнитивной функции после сотрясения головного мозга //Воен.-мед. журн.-2002.- №5.- С. 70-73.
- 7 Волошин П.В., Привалова Н.Н., Хомская Е.Д., Черненко В.Д. Острый период сотрясения головного мозга: динамика клинических и нейропсихологических симптомов // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1993.- № 1. – С. 11-15.
- 8 Теленгатор А.Я., Готлиб В.А. Комплексная диагностика у больных с последствиями сотрясения головного мозга //Журн. неврол. и психиатр.-1992.-№3.- С. 40-42.

Түйін

Бас сүйек-мидағы жеңіл жарақаттың соттық-медициналық диагностикасы

А.К. Бекмағанбетов, Б.С. Молдашева, А.М. Смағұлов

Жеңіл БМЖ сот-медициналық баға беру критериялары күрделі және көбінесе даулы болып табылады. Қазіргі уақытта жеңіл БМЖ жалпы қабылданған анықтамасы жоқ. Қазіргі зерттеу әдістерінің қолдануы жеңіл БМЖ нақты белгілерін анықтап сот-медициналық сараптау мүмкіндіктерін кеңейтеді. Посткоммоциондық синдром (ПКС) үлкен дәрежеде психологиялық мәселесі болып табылады, сол себептен жеңіл БМЖ сот-медициналық бағалауға жатпайды.

Summary

Medical and legal diagnostics of slight craniocerebral trauma

A.K. Bekmaganbetov, B.S. Muldasheva, A.M. Smagulov

The criteria of medical and legal lungs estimation at CCT remain difficult and disputable in many questions. Now general notion of lung at CCT doesn't exist. The application of modern research methods at objectivization of SCCT symptoms extends the possibilities of medical and legal proceedings. The post commotion syndrome (PCS) in a greater degree is a psychological problem, because of this it cannot be medical and legal estimate.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ ПРИ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧЕК

*Б.К. Жаркынбеков, Б.Б. Баймаханов, Г.М. Куттымуратов, К.П. Ошакбаев,
Ж.О. Абишева*

*Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, г.Астана
АО «Медицинский университет Астана»*

Ведение. Хроническая почечная недостаточность - симптомокомплекс, развивающийся в результате прогрессирующей гибели нефронов как результат практически любого хронического заболевания почек. Данное состояние характеризуется постепенным ухудшением функциональных способностей почек и связанными с этим нарушениями жизнедеятельности. В настоящее время хроническая почечная недостаточность находится на 11-м месте среди причин летальности [1,2].

Трансплантация с использованием почек от живых родственников или трупных почек является одним из вариантов лечения ХПН, которой страдают приблизительно 120000 человек в России. Однако качество жизни и степень реабилитаций, достигаемые у пациентов с пересаженной почкой намного выше, чем у пациентов находящихся на диализе. 79% от числа всех реципиентов трансплантата живут практически нормальной жизнью по сравнению с 47% и 59% пациентов, находящихся на продолженном амбулаторном перитонеальном диализе или гемодиализе, соответственно [3,4].

Пересадка органов требует наличия здорового донорского органа. То обстоятельство, что человеку природой даны две почки, позволяет пересадить примерно одной трети реципиентов почку от живого донора. Использование живых доноров для пересадки почки, в общем, оправдано ввиду следующих причин:

выживаемость трансплантата превышает получаемую при пересадке трупной почки на 10-15% к концу первого года и увеличивается при дальнейшем наблюдении; существует возможность провести операцию в оптимальное время со снижением до минимума частоты острого тубулярного некроза и с более низкой частотой раннего отторжения [1,3,4].

Обследование потенциального живого донора включает детальный сбор анамнеза и физикальное обследование, а также расширенное лабораторное обследование перед поступлением в больницу. Дополнительно к обычному обследованию, проводимому перед операцией, пациенту проводится суточный сбор мочи для определения клиренса

креатинина и экскреции белка. Проводится тест на беременность (по показаниям) и серологические тесты на вирус Эпштейна-Барр, ВИЧ, венерические заболевания, гепатит В и С. У членов семьи, обследуемых как потенциальные доноры для реципиента, страдающего диабетом, очень важным является проведение глюкозотолерантного теста для выявления начинающегося сахарного диабета.

Материалы и методы: В основу работы положены опыт лечения 7 больных с хронической почечной недостаточностью, за 2011 г., из них мужчин - 4, (57,1%), женщин - 3 (42,9%). Возраст больных колебался от 28 до 49 лет. Средний возраст их составил 28,1. Трансплантации почек произведена от родственников. В послеоперационном периоде не пострадавшая от ишемии почка обычно начинает продуцировать мочу через несколько минут после реваскуляризации. В отличие от почки живого донора, трупная почка более подвержена (5-40%) острому тубулярному некрозу. Диурез (часто от 100 до 1000 мл/час) может быть результатом: осмотической нагрузки, вызванной: а) уреимией, б) высокой концентрацией глюкозы во внутривенных растворах; перегрузки жидкостью и электролитами, имеющей место при хронической уремии.

В раннем послеоперационном периоде проводится адекватное восполнение жидкости по схеме с учетом объема выделяемой мочи и при необходимости назначаются диуретики для поддержания постоянного диуреза. Неадекватное восполнение жидкости может привести к олигурии и нарушению функции почек, что в свою очередь может помешать выявить раннее отторжение, обструкцию мочевыводящих путей или окклюзию сосудов. Напротив, при минимальной функции трансплантата избыточное введение жидкости может привести к застойной сердечной недостаточности. В такой ситуации особенно часто возникает гиперкалиемия, требующей быстрой коррекции с тщательным мониторингом уровня калия в плазме. Жидкость должна замещаться 0,9% раствором хлорида натрия совместно или без 5% раствора глюкозы, в соответствии с уровнем последней в крови. Редко требуется восполнение калия.

Однако следует помнить, что гипокалиемия не всегда отождествляется с гипокалемией, т.е. уровень калия в крови не всегда показывает содержание калия в тканях: при гипокалиемии допустимо существование нормокалиемии и даже гиперкалиемии. Это может быть сгущением крови, при нарушении функции почек и олигурии. После 12-48 часов, восполнение жидкости по сравнению с количеством выделяемой мочи может постепенно снижаться до момента, когда объем мочи вернется к норме. Только что пересаженная почка временно теряет способность регулировать объем мочи.

Катетер Фолея обычно оставляют в мочевом пузыре 3-5 дней. Благодаря использованию во время операции ретроперитонеального доступа разрез кишечника обычно минимален и пациент может начать прием пищи после того как полностью оправится от анестезии. Следует поощрять желание пациента ходить с первого дня после операции.

Во время операции и до 24-48 часов после ее окончания для предотвращения раневой инфекции используются антибиотики с учетом нефротоксичности, в нашем случае мы использовали цефалоспорины 1-го поколения (цефазолин -2 гр. во время вводного наркоза и в послеоперационном периоде через 6-8 часов и бисептол).

Бисептол, который назначали с целью профилактики инфекции мочевых путей, а так же как универсальную защиту от пневмонии, вызываемой *Pneumocystis carinii*. Антациды, H2-блокаторы (контролок 40мг, квамател 20мг 2 раза в день в/в) назначали непосредственно после трансплантации или во время лечения для предотвращения язвообразования. Нистатин используется для профилактики кандидозов. Гипертензия, часто встречающаяся у пациентов получающих циклоспорин, должна купироваться назначением диуретиков, блокаторов кальциевых каналов и вазодилататоров. Для профилактики цитомегаловирусной инфекции сейчас широко использовали вальцит.

Если послеоперационный период протекает без осложнений, то функция почки возвращается к норме через 3-5 дней в случае живого донора-родственника.

Самым важным в послеоперационном ведении больного является знание о возможных осложнениях, способных нарушить почечную функцию. Функция почек страдает при остром и сверхостром отторжении, остром тубулярном некрозе, циклоспориновой нефротоксичности, осложнениях со стороны сосудов или мочеточника, и внезапном развитии диабета. Контроль УЗИ обычно является решающей. В послеоперационном периоде также назначались иммуносупрессивные препараты.

Прием азатиоприна обычно начинается с дозы 1-3 мг/кг/сутки и постепенно регулируется так, чтобы число лейкоцитов реципиента было больше 4000 клеток/мкл. Прием преднизолона начинают в дозе 2-5 мг/кг/сутки с быстрым постепенным снижением дозы до 0,4-0,5 мг/кг/сутки к 1-2 месяцу после пересадки, а затем дозу постепенно снижают до 0,15-0,20 мг/кг/сутки к концу первого года.

Циклоспорин сочетают с азатиоприном и преднизолоном для тройной терапии. Получены прекрасные результаты у реципиентов с начальными дозами циклоспорина 5-6 мг/кг/сутки в сочетании с селл-септ до 2 гр в сутки и преднизолоном.

Результаты и обсуждение: Ретроспективный анализ историй болезни 7 пациентов, перенесших трансплантации почек по поводу хронической почечной недостаточности в терминальной фазе, показал, что в ближайший послеоперационный период у данной подгруппы больных характеризовался: анемией разной степени выраженности – у 7 пациентов (100%), до трансплантации почек и в послеоперационном периоде. Снижение концентрации мочевины и креатинина в послеоперационном периоде у 7 (100%) пациентов на 1 и 3 сутки до нормальных показателей, которые были в предоперационном периоде на высоких цифрах. И изменение показателей глюкозы крови во время трансплантации почек у 2 (28,5) пациентов, которые нормализовались в послеоперационном периоде. В периоперационном периоде исследовали динамику концентрации ионов натрия, калия, хлора в венозной крови, величину анионной разницы и теоретическую осмолярность плазмы, а также почечную экскрецию электролитов с определением соотношения натрий/калий мочи с последующим расчетом водно-электролитного баланса у реципиентов. Концентрация креатинина в сыворотке венозной крови находилась на высоких цифрах до 1200 мкмоль/л, в моче 30-64 ммоль/сутки (рисунок 1).

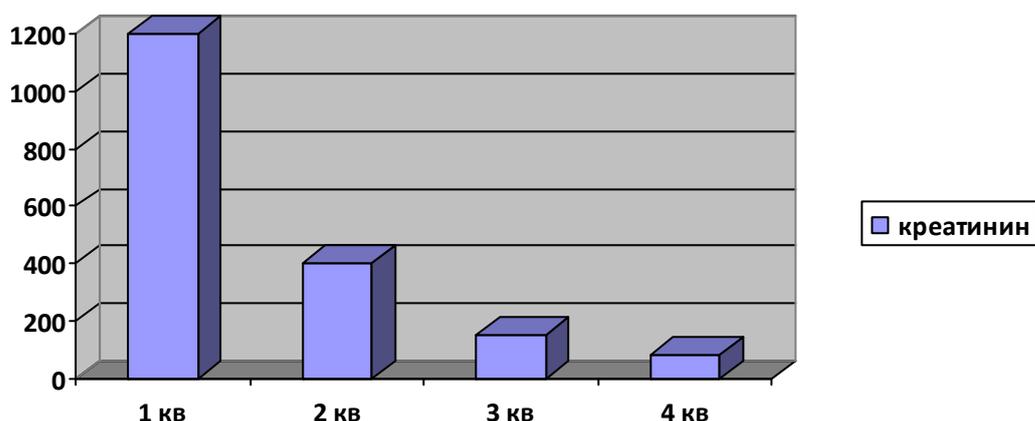


Рисунок 1- Изменения уровня концентрации креатинина в сыворотке крови в мкмоль/л, 1- 4 сутки.

Исходя из рисунка1, в раннем послеоперационном периоде на 2-3-ий дни показатели концентрации креатинина сыворотки венозной крови соответствовали физиологической норме до 150-84 мкмоль/л, в моче до 4,5-17,5 ммоль/сутки, что связано с нормализацией функции почки.

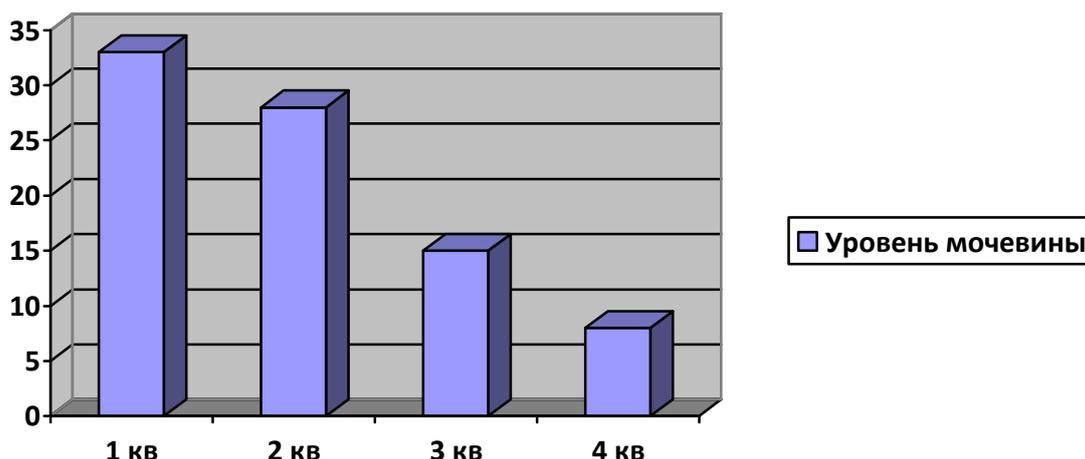


Рисунок 2 – Изменения уровня концентрации мочевины ммоль/л в 1- 4 сутки.

У всех реципиентов в предоперационном периоде отмечается повышение мочевины (рисунок 2) до 23-33 ммоль/л, в моче 700-800 ммоль/сутки. В послеоперационном периоде на 2-3й день отмечается снижение мочевины до 8,5-12 ммоль/л, в моче до 320-360 ммоль/сутки. Снижение мочевины до нормального уровня связываем с нормализацией функции почек в послеоперационном периоде. Изучение гликемии (рисунок 3) производили трехкратно: на 1 этапе за 24 часа до операции, на 2 этапе во время стрессогенного момента хирургического вмешательства, на 3 этапе через 24 часа послеоперационного периода.

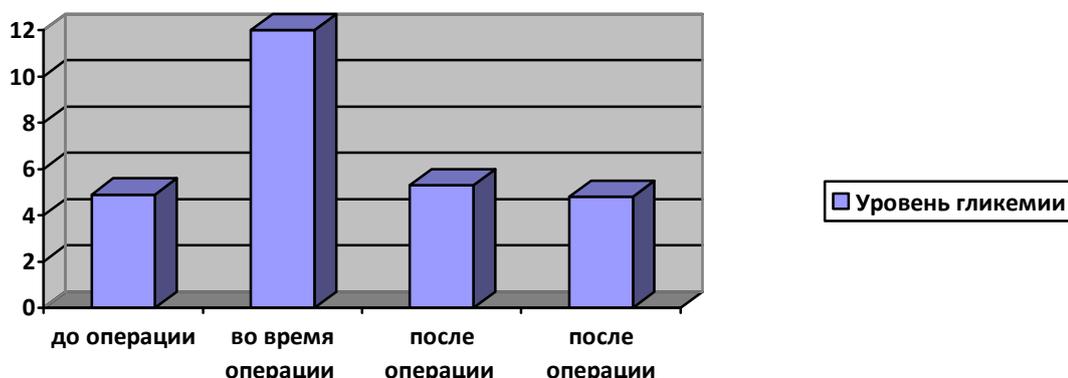


Рисунок 3 - Изменения уровня гликемии в периоперационном периоде в ммоль/л.

Как видно из рисунка 3, во время операции (2й этап измерения) отмечалась гипергликемия, которая в послеоперационном периоде снижалась до нормальных показателей. Повышение глюкозы во время операции у 2х (28,5%) реципиентов и одного (14,2%) реципиента в послеоперационном периоде связываем с хирургической агрессией и применением глюкокортикоидов. Почти у всех пациентов с ХПН имеется анемия с уровнем гемоглобина от 65 до 100г/л (рисунок 4).



Рисунок 4 - Изменения уровня гемоглобина в периоперационном периоде в г/л.

Следовательно рисунка 4, данная хроническая анемия обычно хорошо переносится во время анестезии и в послеоперационном периоде. Переливание крови в послеоперационном периоде не является обязательным и коррекции анемии предоперационном и в послеоперационном периоде не нуждались.

Также необходимо отметить, что у всех реципиентов в предоперационном периоде отмечалось повышение калия до 6,3-5,1 ммоль\л, в моче 156-220 ммоль\сутки.

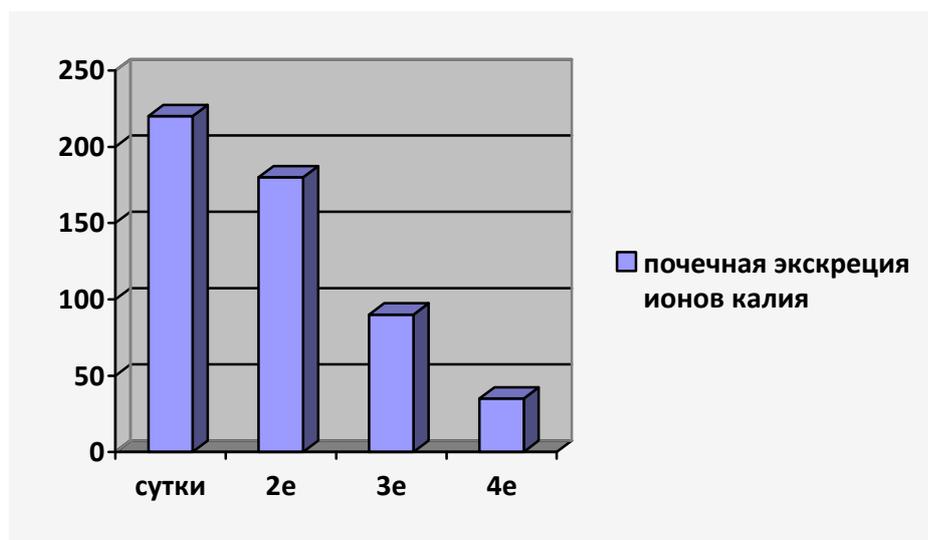


Рисунок 5 -Изменения уровня почечной экскреции ионов калия в ммоль/сутки.

В послеоперационном же периоде (рисунок 5) на 2-3 -й дни отмечается снижение калия до 4,7-3,5 ммоль\л, в моче до 35-80 ммоль\сутки. Снижение калия до нормального уровня связываем с нормализацией функции почек в послеоперационном периоде.

В предоперационном и раннем послеоперационном периоде (рисунок 6,7) изучались суточный баланс поступления с инфузионными средами и экскреции почек ионами натрия. Катионы натрия находились в пределах физиологических норм

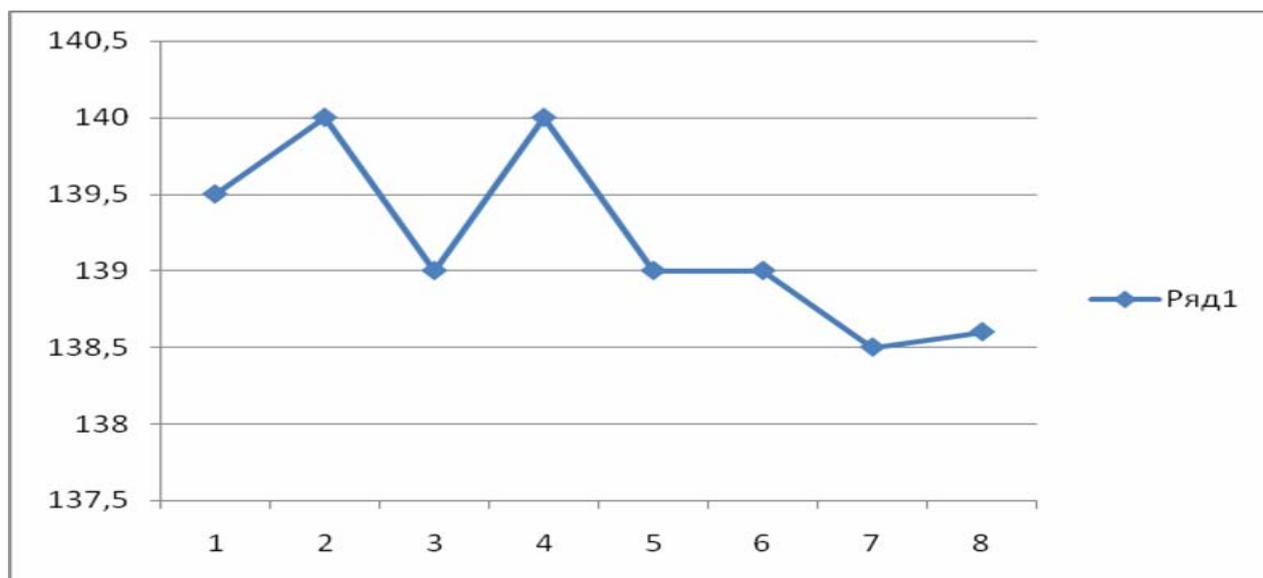


Рисунок 6 -Изменения уровня ионов натрия в сыворотке крови ммоль/л.

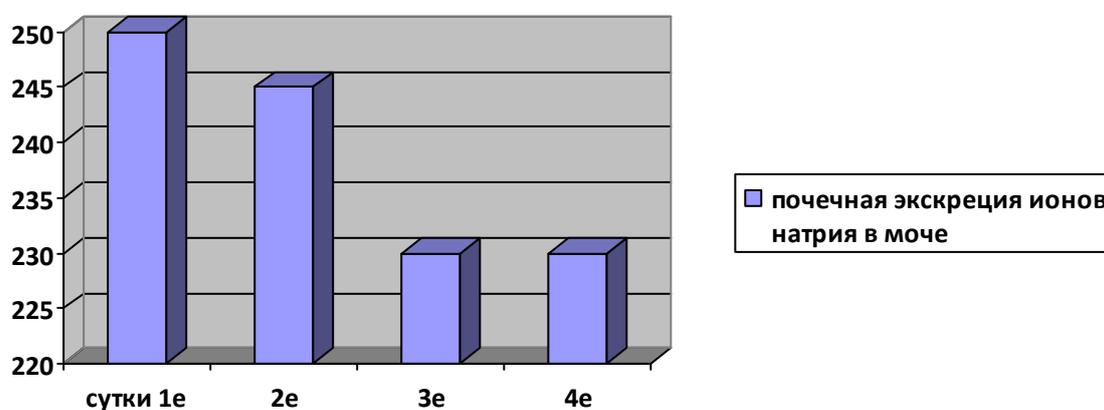


Рисунок 7 -Изменения уровня почечной экскреции ионов натрия в ммоль/сутки.

В послеоперационном периоде на 2-3й день отмечается снижение натрия до 130-136 ммоль/л, в моче до 250 ммоль/сутки. Снижение натрия связываем нормализацией функции почек и полиурией у всех реципиентов послеоперационном периоде.

В раннем послеоперационном периоде проводили адекватное восполнение жидкости с учетом объема выделяемой мочи, и при необходимости назначали диуретики для поддержания постоянного диуреза у одного пациента (14,2%).

Выводы: В АО «РНЦ НМП» за 2011 год прооперировано семеро пациентов. Трансплантация почек произведена от родственников. В предоперационном периоде у всех больных (7) наблюдались электролитные нарушения: повышение креатинина, мочевины, калия, натрия, глюкозы, также снижение гемоглобина на фоне хронической анемии. В послеоперационном периоде на 2-3 сутки отмечалось снижение вышеперечисленных показателей. Снижение до нормального уровня связываем с нормализацией функции почек в послеоперационном периоде, на фоне проводимой интенсивной терапии и мониторинга. В послеоперационном периоде назначались иммуносупрессивные препараты с целью профилактики отторжения почек под контролем циклоспорина.

Трансплантация с использованием почек от живых родственников является одним из вариантов лечения ХПН. Кроме того показано, что пересадка почки как метод лечения больных с ХПН эффективна и с экономической точки зрения, снижение стоимости лечения, возвращения к труду и социально-активной жизни, цена спасенной жизни, нет

альтернативы лечения. Поэтому однозначно, что пересадка почки - это лечение выбора при ХПН.

Литература

- 1 Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL et al. Comparison of mortality in McDonald R, Donaldson L, Emmett L et al. A decade of living all patients on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation or donor transplantation in North America: The 1998 report, and recipients of a first cadaveric transplant. *N Engl J Med* annual report of the North American Renal Transplant 1999; 341: 1725–1730.
- 2 Cooperative Study (NAPRTCS). *Transplant* 2000; 4: 221–2. Webster AC, Playford EG, Higgins G et al. Interleukin 2 receptor 234. antagonists for renal transplant recipients: A meta-analysis of Mota A, Figueiredo A, Cunha MF et al. Risk factors for acute randomized trials.
- 3 Е.А. Молчанов, М.М. Каабак. Москва. Принципы ведения после аллотрансплантации почек.
- 4 В.И. Наумов, А.В. Папаян. Послеоперационное введение больных.

Түйін

Бүйрек трансплантациясынан кейін науқастарды аяққа тұрғызу

Б.К. Жарқынбеков, Б.Б. Баймаханов, Г.М. Құттымұратов, К.П. Ошақбаев, Ж.О. Әбішева

«РМЖЖ ФЗО» АҚ-да 2011 жылы 6 трансплантация операциясы жүргізілді. Бүйрек трансплантациясы туыстарынан жүргізілді. Операцияға дейінгі кезеңде бұл науқастарда электролитті бұзылыстар болған: креатинин, мочевина, калий, натрий, глюкоза мәшерлерінің жоғарылауы. Операциядан кейінгі кезеңде бүйрек қабылданбауының алдын алу мақсатымен циклоспорин деңгейі бақылауымен иммуносупрессивті препараттар тағайындалды. Туыстарының бүйрегін алып трансплантациялау СБЖ емдеудің бір түрі болып табылады. Сонымен қатар, бүйрек трансплантациясы СБЖ бар науқастарды емдеу тәсілі ретінде экономикалық көзқарас бойынша тиімді екені анықталған. Сондықтан, бүйрек трансплантациясы- СБЖ кезінде емдеудің таңдаулы әдісі екені күмәнсіз.

Summary

Kidney transplantation postoperative management

B.K. Zharkimbecov, B.B. Baimakhanov, G.M. Kutyymuratov, K.P. Oshakpayev, Z.U. Abisheva

JSC «Republican research center for emergency care» for the of 2011 were operated on six patients. Kidney transplantation was performed from relatives. Transplantation of kidneys with the use of living relatives or cadaveric kidney is one of the options for treatment of chronic renal failure, which affects approximately 120,000 people in Russia. Organ transplantation is needed a healthy donor organ. Everything necessary to optimize the patient's condition should be done before transplantation. Kidney not affected by an ischemic usually begins to produce urine in a few minutes after revascularization. In the early postoperative period is carried out adequate fluid replenishment scheme, taking into account the volume of urine. If the postoperative period was uneventful, the function of the kidney returns to normal after 3-5 days in case of a living donor is a relative.

АНАЛИЗ СОДЕРЖАНИЯ ГЛИКОГЕНА В ГЕПАТОЦИТАХ ПРИ СВЧ-ОБЛУЧЕНИИ РАЗЛИЧНОЙ МОЩНОСТИ

*А.В. Куркин, Д.Х. Рыбалкина, К.К. Кайырбекова
Карагандинский государственный медицинский университет*

Введение. Электромагнитные излучения оказывают существенное влияние на организм, так как микроволны способны проникать и поглощаться различными тканями [1,2]. Эффект воздействия СВЧ-поля зависит от диэлектрических свойств ткани, длины волны, интенсивности и продолжительности облучения. СВЧ низкой мощности используют для профилактики и лечения токсических повреждений печени, большей мощности применяют для термического разрушения опухолей печени [3]. Показано, что при СВЧ-облучении в печени накапливаются продукты перекисного окисления липидов, отмечаются дистрофические изменения в гепатоцитах [4,5]. Одним из критериев оценки структурно-функционального состояния гепатоцитов является определение содержания в них

гликогена. Содержание его в гепатоцитах и активность ферментов метаболизма гликогена во многом определяется локализацией клеток в дольке печени [6,7]. Выявлена взаимосвязь между содержанием гликогена в гепатоцитах и их размером [8].

Целью исследования явилось оценка морфоденситометрических параметров оптической плотности гликогена и его содержания в гепатоцитах при СВЧ-облучении различной мощности.

Материалы и методы. Исследование проводилось на 54 белых беспородных крысах-самцах массой 180-200 г. Исследуемых разделили на 3 группы: первую составили интактные животные, вторую - крысы, подвергнутые СВЧ-облучению с плотностью потока энергии 6 мВт/см² (нетепловой диапазон), третью – подвергнутые облучению с плотностью потока – 24 мВт/см² (тепловой диапазон). Использовали аппарат для микроволновой терапии «Луч-3» время экспозиции составляло 10 мин. в сутки в течение 5, 10, 20 и 30 дней. Эвтаназию животных осуществляли в соответствии с требованиями Европейской конвенции по защите экспериментальных животных. Материал фиксировали в 10% нейтральном формалине и методом щелочной диссоциации готовили суспензионные препараты изолированных клеток печени. Мазки окрашивали шифф-реактивом по Мак-Манусу. Мазки микроскопировали при увеличении х640. Морфоденситометрически в печеночных клетках с помощью программы PhotoM 1.2, 2001 определяли площадь клеток (мкм²), оптическую плотность и содержание гликогена в цитоплазме. Статистический анализ проводили по программе «Statistica 6», также определяли коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты и обсуждение. Гепатоциты в препаратах интактных крыс отличаются значительной вариабельностью в содержании гранул гликогена. В гепатоцитах малой площади отмечается значительное количество гранул гликогена, которые заполняют почти всю цитоплазму. Оптическая плотность гликогена равна $0,19 \pm 0,003$ усл.ед. Содержание гликогена в них составила $56,6 \pm 0,88$ усл.ед. В цитоплазме гепатоцитов средней площади интенсивность окраски снизилась, гранулы гликогена диффузно рассеяны по всей цитоплазме, оптическая плотность гликогена составила $0,13 \pm 0,003$ усл.ед. ($p < 0,001$), содержание гликогена возросла до $61,0 \pm 1,22$ усл.ед. ($p < 0,01$). Гликоген в гепатоцитах крупных размеров выявился в незначительном количестве, денситометрический показатель в них равен $0,09 \pm 0,004$ усл.ед. Содержание гликогена в таких клетках в сопоставлении с гепатоцитами средней площади возросло и составило $69,5 \pm 2,37$ усл.ед. ($p < 0,05$). В среднем площадь гепатоцитов равна $478,8 \pm 4,07$ мкм², оптическая плотность гликогена составила $0,15 \pm 0,002$ усл.ед., его содержание равно $60,2 \pm 1,32$ усл.ед.

Анализ результатов морфоденситометрического исследования площади гепатоцитов, оптической плотности гликогена и содержания его в цитоплазме гепатоцитов показывает зависимость полученных данных от диапазона СВЧ-облучения (рис.). На 5 сутки при облучении с плотностью потока энергии 6 мВт/см² (вторая группа) площадь клеток возрастает до $636,9 \pm 5,60$ мкм², оптическая плотность гликогена по сравнению с контролем остаётся на прежних значениях и равна $0,15 \pm 0,003$ усл.ед. Содержание гликогена возрастает до $86,3 \pm 2,08$ усл.ед., что обусловлено преобладанием в мазках гепатоцитов средней площади.

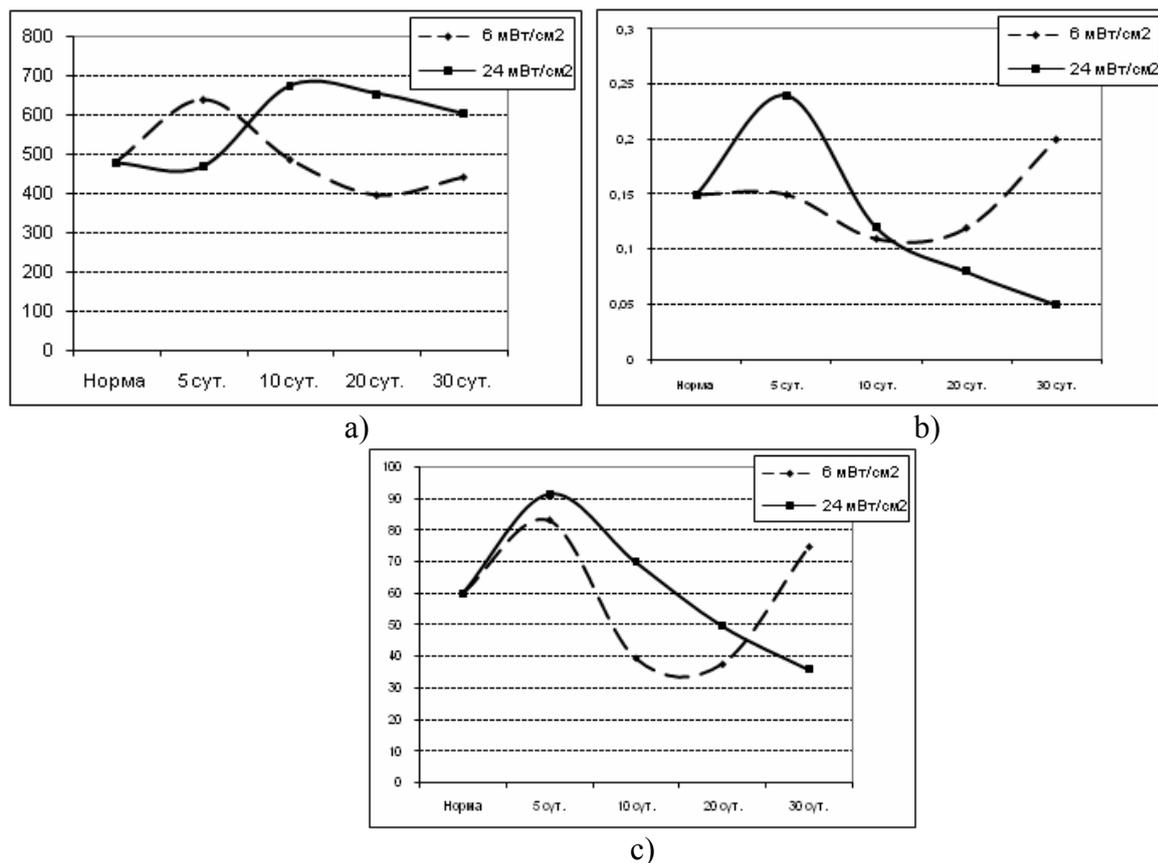


Рисунок - Морфоденситометрические параметры гепатоцитов при СВЧ-облучении. а) площадь клеток, б) оптическая плотность гликогена, в) содержание гликогена

При облучении с плотностью потока энергии 24 мВт/см² средняя площадь гепатоцитов остаётся на уровне контрольных значений и составляет $469,7 \pm 4,59$ мкм², что ниже в сравнении со второй группой ($p < 0,01$). Оптическая плотность гликогена повышается до $0,24 \pm 0,004$ усл.ед. ($p < 0,01$), также возрастает содержание гликогена в цитоплазме до $91,6 \pm 1,57$ усл.ед. Последнее обусловлено как увеличением показателя оптической плотности, так и увеличением содержания гепатоцитов малой площади.

На 10 сутки при облучении крыс второй группы площадь клеток снижается до $486,4 \pm 5,24$ мкм², достигая контрольных значений и далее до $396,1 \pm 2,89$ мкм² к 20 суткам ($p < 0,01$), оптическая плотность гликогена на 10-20 сутки также снижается, достигая значений $0,11 \pm 0,02$ усл.ед. и $0,12 \pm 0,02$ усл.ед., содержание гликогена резко снижается, составляя $39,7 \pm 1,21$ усл.ед. и $37,8 \pm 1,37$ усл.ед. ($p < 0,001$). В третьей группе площадь гепатоцитов на 10-20 сутки значительно возрастает до $672,2 \pm 6,84$ мкм² и $652,8 \pm 5,53$ мкм² ($p < 0,001$), соответственно резко снижается оптическая плотность гликогена, составляя $0,12 \pm 0,003$ усл.ед. и $0,08 \pm 0,001$ усл.ед. ($p < 0,001$). Содержание гликогена также продолжает снижаться до $70,2 \pm 1,71$ усл.ед. и $50,0 \pm 1,06$ усл.ед. ($p < 0,001$).

На 30 сутки во второй группе площадь клеток возрасло до $441,8 \pm 3,60$ мкм² почти достигая исходных значений, оптическая плотность гликогена и его содержание в цитоплазме также возрасло ($0,20 \pm 0,004$ усл.ед., $75,1 \pm 1,67$ усл.ед.). В третьей группе сохранилось гипертрофия гепатоцитов $601,8 \pm 5,84$ мкм², оптическая плотность гликогена продолжала снижаться ($0,05 \pm 0,001$ усл.ед.), на минимальных значениях находилось содержание гликогена ($36,2 \pm 1,11$ усл.ед., $p < 0,001$). Анализ корреляции документировало, что между площадью гепатоцита и содержанием гликогена у интактных животных имеется тесная корреляционная связь. При облучении в нетепловом диапазоне в начальный период связь снижалась, затем восстанавливалась до средней и далее до сильной. При облучении в

тепловом диапазоне связь в начальный период исчезает, затем медленно восстанавливается до средней.

Выводы. 1. При СВЧ-облучении в нетепловом диапазоне преобладает компенсаторно-приспособительная реакция гепатоцитов, характеризующаяся гипертрофией клеток с повышением содержания в них гликогена. Корреляция между площадью гепатоцитов и содержанием гликогена сохраняется.

2. При СВЧ-облучении в тепловом диапазоне гликогенообразующая функция гепатоцитов на протяжении эксперимента резко снижена. Отсутствие корреляции между площадью клетки и содержанием гликогена свидетельствует о нарушении метаболизма гликогена в начальный период облучения.

Литература

- 1 Оценка генотоксического действия электромагнитных излучений радиочастотного диапазона с различной поляризационной пространственной структурой / Коломиец И.А., Тряпицына Г.А., Полевик Н.Д., Пряхин Е.А. // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2008. – 3 (23). – С. 213-215.
- 2 Яковлева Н.А., Семенюк А.Н., Дё А.А., Кобеев И.О. Электромагнитные поля радиочастотного диапазона - важная гигиеническая проблема (обзор литературы)//Гигиена, эпидемиология и иммунобиология. 2010. - №3 (45). - С. 15-22.
- 3 Шкалова Л.В., Загайнов В.Е., Стриковский А.В. Новый метод микроволновой термоабляции опухолей // Аналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 82-83.
- 4 Муратова А.З. Влияние электромагнитных полей СВЧ-диапазона на перекисное окисление липидов в тканях печени.// Медицина и экология. №3 (32). – 2004г. – С. 96-99.
- 5 Куркин А.В., Кайырбекова К.К. Цитогенетическая характеристика ионизирующего и неионизирующего лучевого воздействия на клетки печени. // Астана медициналық журналы. - №4 (40). – 2007. – С. 99.
- 6 Кудрявцева М.В., Безбородкина Н.Н., Нилова В.К., Кудрявцев Б.Н. Алияние частичной гепатэктомии на уровень гликогена в гепатоцитах портальной и центральной зон дольки цирротически изменённой печени крыс. // Цитология. – 2001. – Т. 43. – С. 674-680.
- 7 Верин В.К. Печень. Руководство по гистологии. Т. 2. Частная гистология органов и систем. Спб. - 2001. – С. 159-172.
- 8 Безбородкина Н.Н., Вахтина А.А., Байдюк Е.В., Якупова Г.С., Кудрявцев Б.Н. Взаимосвязь между содержанием гликогена в гепатоцитах и их размером в нормальной и цирротической печени крыс. // Цитология. – 2009. – Т. 51, №5. – С. 417-427.

Түйін

Жоғарғы жиілікті қуаттылығы әртүрлі сәулелену кезіндегі гепатоциттердегі гликоген құрамына талдау жасау

А.В. Куркин, Д.Х. Рыбалкина, К.К. Кайырбековалардың

Тым жоғары жиіліктегі сәулемен әсер ету кезіндегі гепатоциттердің оптикалық тығыздығы мен ішкі құрамын зерттеу гепатоциттердің гликогентүзеушілік қызметінің жылу диапазонының әсерімен төмендеуімен қатар жасушалардың гипертрофия түріндегі ерте компенсаторлық - бейімделу реакциясын анықтады.

Summary

The analysis of glycogen content in hepatocytes in the microwave - irradiating different power

A.V.Kurkin, D.H.Rybalikina, K.K.Kaiyrbekova

Study of the optical density and content of the hepatocytes in the microwave - irradiation revealed early compensatory - adaptive reaction in the form of hypertrophy of the cells with subsequent inhibition of hepatocyte function glycogen synthesized body irradiation in the thermal band reception.

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ТАРИФОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ И ОСОБЕННОСТИ МЕТОДОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.К. Альмадиева

Республиканский центр развития здравоохранения, г. Астана

Развитие рыночных отношений в здравоохранении требует знания стоимости лечения заболеваний и соответствующих бюджетных программ. Начиная с 2005 года, изменились подходы и методика расчета заработной платы работников бюджетной сферы, изменились ставки социального налога и социального страхования, изменилась стоимость медикаментов и тарифы на коммунальные и хозяйственные услуги, в ряде протоколов изменилась тактика лечения. Это послужило основой для разработки эффективных механизмов управления финансовыми ресурсами отрасли. Основа решения проблем была заложена в Программе развития и реформирования здравоохранения на 2005 – 2010 годы [1].

Внедрение с 1 января 2010 года Единой национальной системы здравоохранения (далее - ЕНСЗ) в Республике Казахстан обозначило главное направление и принципы развития отрасли: свободный выбор пациентом врача и медицинской организации, формирование конкурентоспособной среды и прозрачности процесса оказания медицинских услуг, ориентация на конечный результат. Внедрена новая модель финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, основанная на медико – экономических протоколах (далее - МЭП) и тарифах (далее - МЭТ) [2].

Основной целью внедрения МЭТ является предоставление равных возможностей населению в регионах страны, получения качественной стационарной медицинской помощи, создание оптимальной модели финансирования гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, удовлетворяющей потребности населения, отрасли и государства, основанной на изменениях тарифной политики и принципах единого плательщика и ориентированной на конечный результат.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее - МЗ РК) № 801 от 26 ноября 2009 г., МЭТ – это интегральная стоимостная характеристика МЭП за один пролеченный случай.

МЭП – это группы заболеваний, объединяющие сходные клинические состояния и методы лечения, характеризуемые устойчивыми сочетаниями кодов болезней и оперативных вмешательств и обладающие сходной стоимостью и стоимостной характеристикой медицинских затрат с детальным описанием входящих функциональных (по структурным подразделениям) и структурных (по статьям затрат) компонентов.

При определении стоимости стационарных услуг принято выделять переменные и постоянные затраты стационара, а также прямые и косвенные расходы. Существует 3 категории подразделений стационара, затраты которого должны найти свое отражение в итоговой стоимости МЭП: административно-хозяйственные, параклинические, клинические [3].

В *прямые* расходы клинических и параклинических подразделений входят заработная плата, социальное страхование, медикаменты, амортизация мягкого и твердого инвентаря.

В *косвенные* или накладные расходов входят: затраты на оплату труда административно-хозяйственного отделения, пищеблока, приемного покоя, организационно методического отдела и др.; коммунальные и хозяйственные расходы.

Структура МЭП, позволяющая проводить экономические расчеты стоимости диагнозов, включала факторы, влияющие на стоимость МЭП.

Так, были выделены основные блоки, определяющие итоговую стоимость конкретного стандарта:

- пребывание в клиническом отделении, включающем оплату труда коллектива отделения, соцналог, лечебное питание, амортизация мягкого и твердого инвентаря и оборудования отделения;
- набор диагностических и лечебных услуг (процедур), включая оплату труда, соцналог, амортизация мягкого и твердого инвентаря и оборудования, соответствующих параклинических отделений, медикаменты и реактивы);
- медикаментозное лечение в клиническом отделении;
- стоимость оперативного вмешательства (оплата труда, соцналог, амортизация мягкого и твердого инвентаря и оборудования операционного блока, медикаментозное обеспечение при оперативном вмешательстве);
- стоимость анестезиологического пособия при хирургическом вмешательстве (оплата труда, соц.налог, амортизация мягкого и твердого инвентаря и оборудования операционного блока, медикаментозное обеспечение при оперативном вмешательстве);
- стоимость реанимационных мероприятий (оплата труда, соцналог, амортизация мягкого и твердого инвентаря и оборудования операционного блока, медикаментозное обеспечение при оперативном вмешательстве);
- накладные расходы (оплата труда и соцналог административно-хозяйственного персонала, амортизация мягкого и твердого инвентаря и оборудования, а также общебольничные хозяйственные и коммунальные расходы) [4, 5].

Стоимостные выражения всех структурных компонентов отражены в итоговой стоимости медико-экономического тарифа.

ФОРМИРОВАНИЕ ФАКТИЧЕСКОЙ СТОИМОСТИ СТАЦИОНАРНОЙ УСЛУГИ



Рисунок - Формирование фактической стоимости стационарной услуги в 2010 г. (источник - КОМУ, 2010 г.)

На рисунке показаны две составные части МЭТ: постоянная и переменная. В постоянную часть входят заработная плата медицинского персонала, налоги, питание; в переменную – медицинские услуги, медикаменты и изделия медицинского назначения (далее - ИМН), стоимость операций, коммунально-хозяйственные расходы.

Стационарам возмещались все обоснованно понесенные затраты за каждый пролеченный случай, а оплата производилась за конечный результат. Приказом МЗ РК от 04.12.2009 г. № 825 (с изменениями и дополнениями по состоянию на 30.06.2010 г. № 472) допустимый «коридор» отклонений от фиксированной суммы в МЭТ равный $\pm 15\%$ предполагал наполнение тарифа для оценки фактических затрат при оказании качественной медицинской услуги [6,7,8].

За период с декабря 2009 по апрель 2010 г. неоднократно вносились изменения и пересмотрены медико – экономические протоколы и тарифы. В связи с ежегодным

увеличением заработной платы и инфляции МЭТ были окончательно пересмотрены и утверждены приказом МЗ РК № 250 от 12.04.2010 г. в количестве 1365 единиц.

Для выявления особенностей метода финансирования по МЭТ, были проанализированы отличительные черты методики применения медико-экономических стандартов (МЭС) в Российской Федерации, построенных на основе клинико-статистических групп (КСГ), в качестве метода финансирования стационаров. Поскольку в литературе не принято однозначного определения этих двух понятий, более того, зарубежные авторы используют только термин «клинико-статистическая группа», т.е. не существует понятия «медико-экономический стандарт». Поэтому, в работе при анализе зарубежного опыта был применен термин КСГ, под которым понимается укрупненная нозологическая форма заболевания, характеризующаяся нормативной технологией лечения и нормативными затратами медицинских ресурсов, выраженная в стоимостной форме [9, 10].

В работах российских авторов термины КСГ и МЭС часто используются как синонимы, что является не совсем корректным. Эти два понятия при использовании в российской системе организации и финансирования здравоохранения разграничиваются следующим образом [11, 12, 13, 14, 15].

КСГ – это группа заболеваний, выделенная в каждом классе Международного классификатора болезней и объединенная схожим уровнем затрат на медицинскую помощь.

МЭС представляет собой детализацию КСГ, т.е. **стандарт**, определяющий объем диагностических и лечебных процедур, медикаментозного лечения, а также объем соответствующего финансового обеспечения для каждой КСГ [17, 18].

Международные исследователи различают две модели финансирования поставщиков медицинских услуг:

-*ретроспективная*, основанная на возмещении поставщику фактических затрат на медицинские услуги,

-*предварительная*, базирующаяся на оплате платежей за случай лечения, т.е. заранее установленной фиксированной суммы за каждого пролеченного пациента.

В соответствии с предварительной системой оплаты тарифы устанавливаются до начала процесса лечения в соответствии с диагнозом и стандартизированными затратами на лечение. Наиболее известным является метод клинико-статистических групп, введенный в 1983 г. в рамках американской программы социального страхования «Medicare». В США система предварительной оплаты в здравоохранении была направлена на перемещение политики контроля над затратами от сдерживания спроса (путем применения франшиз или уровня сострахования) к разделению издержек между покупателем и поставщиком медицинских услуг на стороне предложения [19,20]. Цель ее введения состояла в создании для монопольных поставщиков медицинских услуг стимулов для снижения издержек (и/или увеличения активности) [21,22,23].

Система предварительной оплаты может рассматриваться как метод решения проблемы асимметрии информации между плательщиком и поставщиком медицинских услуг [24, 25]. Стимулирование стационара к получению прибыли (в случае превышения платежа над фактической стоимостью медицинских услуг) ведет к выполнению им различных мер, снижающих затраты на лечение.

Возможные негативные последствия применения такой системы условно можно разделить на четыре основных типа:

-«снятие сливок» («creaming») – предпочтение в приеме тех пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых ниже цены по КСГ

-«экономия» («skimping») - снижение качества медицинских услуг для пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых выше цены по КСГ

-«отбрасывание» («dumping») - отказ в приеме пациентов, ожидаемые затраты на лечение которых выше цены по КСГ [26,27].

-«использование лазеек» (DRG-creep) - манипулирование диагнозами пациентов в сторону большего обращения к КСГ, имеющим больший вес, а значит и стоимость.

В США был разработан механизм учета местных различий в заработной плате медицинских работников, использования в больнице крупных исследовательских и обучающих программ, наличия очень длительных или, наоборот, коротких сроков пребывания в больнице и др.

После десятилетий постепенных модификаций системы КСГ программа «Medicare» в 2007 г. увеличила количество КСГ от 538 до 745 «Medicare Severity DRG», включив версии КСГ, применяемые в коммерческом секторе здравоохранения [28, 29, 30].

В США система предварительной оплаты в первые годы ее применения оказала значительное негативное воздействие на финансовое положение больниц. Было проведено исследование финансовых показателей 4 600 больниц, которые были включены в систему предварительной оплаты в период 1985-1990 гг. Доля больниц, получающих прибыль, снизилась от 84,5% в 1985 г. до 40,7% в 1990 г. [31,32,33]. Следует отметить, что в Европе этот метод часто используется как инструмент планирования размера глобального бюджета больниц. В этом случае между поставщиком и плательщиком согласовывается объем заказываемой стационарной помощи, устанавливается общий размер финансирования данного объема помощи и условия его изменения при невыполнении или перевыполнении заказанного объема [34,35,36,37].

Следует отметить, что в большинстве регионов РФ МЭС применяются в рамках двухканальной системы финансирования медицинских учреждений, т.е. не являются полными тарифами. Финансовых средств, аккумулируемых в системе обязательного медицинского страхования, недостаточно для полного возмещения в составе тарифов всех видов расходов медицинских учреждений. Из системы обязательного медицинского страхования возмещаются расходы только по 5 статьям сметы (оплата труда, начисления на оплату труда, медикаменты и перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь и обмундирование) [38,39,40,41].

Ряд российских исследователей [42,43,44,45] провели анализ опыта применения МЭС в различных регионах, участвующих в пилотном проекте. Было отмечено, что регионы испытывали сложности с адаптацией федеральных МЭС, ориентированных в основном на использование федеральными и региональными специализированными клиниками. Кроме того, федеральные стандарты не имеют поуровневой дифференциации.

В качестве основных проблем применения МЭС выступали следующие: отсутствие единых норм и требований, используемых при формировании стандартов оказания медицинской помощи; отсутствие электронной модели формирования стандартов медицинской помощи; отсутствие единой, официально утверждённой методики расчёта стоимости стандарта медицинской помощи и единой автоматизированной программы стоимости стандарта [46,47,48,49,50].

Таким образом, исходя из анализа опыта исследователей стран ближнего и дальнего зарубежья, внедрение методов финансирования, схожих с медико-экономическими тарифами также имело ряд особенностей в силу наличия различий между системами здравоохранения в этих государствах. Наиболее близка казахстанской тарификационной методике методика российской страховой системы. Однако, имея единые исторические предпосылки, территориальную общность и схожесть в финансировании системы здравоохранения, способы финансирования и контроля средств в данных государствах различаются.

Литература

- 1 Государственная программа реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы.
- 2 Т.М. Склад, Применение клинико-статистических групп в финансировании здравоохранения: международный опыт и российская практика, Высшая школа менеджмента, Санкт-Петербургского государственного университета.

- 3 Ellis R., Vidal-Fernandez M. 2007. Activity-based payments and reforms of the English hospital payment system. *Health Economics, Policy and Law*. 2:435-444.
- 4 Cookson R., Dawson D. 2006. Hospital competition and patient choice in publicly funded health care. *The Elgar Companion to Health Economics*. Edward Elgar Publishing. 221-232.
- 5 Levaggi R. 2005. Hospital health care: pricing and quality control in a spatial model with asymmetry of information. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 5: 327-349.
- 6 Ellis R. 1998. Creaming, skimping and dumping: provider competition on the intensive and extensive margins. *Journal of Health Economics*. 17: 537-555.
- 7 Simborg D. 1981. DRG creep: a new hospital-acquired disease. *New England Journal of Medicine*. 304. 26 : 1602-1604.
- 8 Phelps C. E. 1992. *Health Economics*. N.Y. Harper Collins Publishers
- 9 Busse R., Schreyögg J., Smith P. 2006. Editorial: Hospital payments systems in Europe. *Health Care Management Science*. 9. 3: 211-213.
- 10 *Здравоохранение в регионах Российской Федерации: механизмы финансирования и управления/ Отв. ред. С. В. Шишкин. Авт. коллектив: Г. Е. Бесстремьянная, А. С. Заборовская, В. А. Чернец, С. В. Шишкин. — М.: Поматур, 2006.*
- 11 *Указания по обеспечению целевого и рационального использования средств системы обязательного медицинского страхования. Утв. приказом Федерального фонда Обязательного медицинского страхования от 07.08.1997 г. № 71// Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. Т. 6. М.: Федеральный фонд ОМС, 1998. С. 111.*
- 12 Витальюева М.А., Кузнецова С.П., Рутковская О.И. 2008. Расчет стоимости медико-экономического стандарта оказания медицинской помощи (опыт Санкт-Петербурга). *Менеджер здравоохранения*// С. 33- 38.
- 13 *Социально-экономическая эффективность: опыт США/ Отв. ред. Марцинкевич В.И.- М.: Наука, 2000.-С.96.*
- 14 *Пилотный проект «Модернизация системы здравоохранения Томской области».*
- 15 Обухова О.В., Базарова И.Н., Гавриленко О.Ю. 2008. Проблемы внедрения медико-экономических стандартов в учреждения, оказывающие стационарную медицинскую помощь. *Социальные аспекты здоровья населения*.
- 16 Михайлова Ю.В., Сон И.М., Данилова Н.В. 2009. Реализация пилотного проекта, направленного на улучшение качества медицинских услуг в здравоохранении. *Менеджер здравоохранения*. 2. С.6-10.
- 17 Шейман И.М., Шишкин С.В. 2009. *Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи*. М.: ГУ ВШЭ. 2009.
- 18 Шишкин С.В. 2007. Стратегии трансформации государственных гарантий оказания бесплатно медицинской помощи. "SPERO". 7. С. 27-50.
- 19 *Экономика здравоохранения. Авт. коллектив: Л.С. Засимова, М.Г. Колосницына, И. М. Шейман, С. В. Шишкин и др. — М.: ГУ ВШЭ. 2009.*
- 20 Воробьев П.А. // *Клинико-экономический анализ в развитии системы управления качеством в здравоохранении*// Отдел стандартизации в здравоохранении НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением ММА им. И.М. Сеченова// «Проблемы стандартизации в здравоохранении», № 3, 2008 г.
- 21 Фомин Д. П.//*Бюджетно-страховая модель финансирования здравоохранения в России: перспективы развития*, «Проблемы стандартизации в здравоохранении», № 6, 2009 г.
- 23 Исакова Л.Е., Шейман И.М. *Оплата медицинской помощи в условиях медицинского страхования: зарубежный опыт и практические рекомендации*. "ИнСЭПС". Кемерово, 1993.
- 24 Кадыров Ф.Н. "Проблемы развития медицинских учреждений". *Медицинское страхование* №3 1996, с. 45-48.
- 25 Лебедева Н.Н. "Анализ использования различных способов оплаты в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации". *Проблемы ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Материалы Всероссийской научно-практической конференции*. 1-2 ноября 1995 г. Ижевск., с. 59-67.
- 26 Макарова Т.Н., Лебедева Н.Н. "Основные проблемы внедрения новых методов оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования". *Проблемы ценообразования и оплаты медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Материалы Всероссийской научно-практической конференции*. 1-2 ноября 1995, г. Ижевск, с. 69.
- 27 Щепин В.О. *Структурные преобразования в здравоохранении*. Издательство "Парогъ". Москва 1997. с. 147.
- 28 Wojan F. et. al. DRG in Hospital Payment in Hungary. In: *European Public Health Association (EUPHA). Annual Meeting 1995, 14-16 December, 1995 Budapest, Hungary*.
- 29 *Contracts for Health Services: Operating Contracts. Working for Patients*. London. 1990.
- 30 Donaldson C. and Magnussen J. DRGs: The Road to Hospital Efficiency — *Health Policy*, 21, 1992, pp. 47-64.
- 31 Glaser W. *Payng the Hospital*. London. Jossey-Bass Publishers. 1987.
- 32 Glaser W. *Paying the Hospital: American Problems and Foreign Solutions*. *International Journal of Health Services*, Volume 21, Number 3: 389-399, 1991.

- 33 Glaser W. Payng the Hospital: DRG s in International Perspective. Paper presented to the Annual Meeting of the American Public health Association. November 1993, pp. 1, 2.
- 34 European Health Care Reforms. Analysis of current Strategies. WHO. Regional Office for Europe. Copenhagen, 1996. Chapter: Performance-tied Payment Systems for Providers, pp. 143-152.
- 35 Hakansson S., Paulson E. and Kojeus K. Prospects for using DRGs in Swedish Hospitals. Health Policy, 9.1988 pp. 177-192.
- 36 Neubauer G. The Reform of the Health Care System in Germany: Details, Problems and Changes for Hospitals. Paper presented at the Annual Conference of EMHA in Warsaw, June 1993.
- 37 Wiley M. Hospital Financing Reform and Case-mix Measurement. Health Care Financing Review. Summer 1992.
- 38 «Финансовый кризис и глобальное здравоохранение» Доклад Консультации высокого уровня, Всемирная организация здравоохранения, Женева, 19 января 2009 года. Информационная записка 2009/1
- 39 Целевое исследование в Таиланде: надлежащее управление и предотвращение коррупции. Совместная программа Таиланда и ВОЗ.
- 40 Bednarz, Dan. “The economic crisis impacts on public health.” Health after Oil, March 13, 2010. Paper delivered at the Health after Oil conference, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, March 12, 2010.
- 41 Cavagnero E., Bilger M., Equity during an economic crisis: Financing of the Argentine health system Journal of Health Economics, Volume 29, Issue 4, July 2010, Pages 479-488
- 42 Cavagnero E. Health sector reforms in Argentina and the performance of the health financing system Health Policy, Volume 88, Issue 1, October 2008, Pages 88-99
- 43 Chang S., Gunnell D., Sterne J., Lu T., Cheng A. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand Social Science & Medicine, Volume 68, Issue 7, April 2009, Pages 1322-1331
- 44 Cooper RS, Kennelly JF, Orduñez-Garcia P. Health in Cuba. Int J Epidemiol 2006; 35: 817-824.
- 45 Dealing with the Downturn. Health Care, marketising reforms and the media. Conference of the International Association of Health policy in Europe (IAHPE) Coventry University, UK, June 2010 г.
- 46 Felland LE, Cunningham PJ, Cohen GR, November EA, Quinn BC. The economic recession: early impacts on health care safety net providers. Res Briefs. 2010 Jan;(15):1-8.
- 47 John W. Hill, Phillip Powell The national healthcare crisis: Is eHealth a key solution? Business Horizons, Volume 52, Issue 3, May-June 2009, Pages 265-277
- 48 Hopkins S. Economic stability and health status: Evidence from East Asia before and after the 1990s economic crisis Health Policy, Volume 75, Issue 3, February 2006, Pages 347-357
- 49 Kim H., Song Y., Chung W., Nam C., Changes in mortality after the recent economic crisis in South Korea Annals of Epidemiology, Volume 14, Issue 6, July 2004, Pages 442-446
- 50 Stuckler D., Basu S., Suhrcke M., Coutts A., McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis The Lancet, Volume 374, Issue 9686, 25 July 2009-31 July 2009, Pages 315-323.

ОСОБЕННОСТИ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Г.Б. Бапаева, Ж.К. Курмангали, Г.Н. Аймагамбетова

ЧУ «Центр наук о жизни»

АО «Национальный научный центр материнства и детства»,

г. Астана

Одной из наиболее частых причин перинатальной и младенческой заболеваемости и смертности на антенатальном этапе является задержка роста и развития плода. В последние годы отмечается возрастание частоты рождения детей с признаками задержки внутриутробного роста. В Республике Казахстан (РК) за последние 10 лет частота задержки внутриутробного развития плода (ЗВРП) возросла в 3,5 раза. По материалам Министерства здравоохранения РК задержка развития отмечалась у каждого пятого новорожденного в 2010 году. По данным Всемирной организации здравоохранения смертность доношенных и недоношенных детей с задержкой внутриутробного развития составляет 5-30% [1].

Ведущим патогенетическим механизмом задержки внутриутробного развития плода является плацентарная недостаточность на фоне нарушения маточно-плодово-плацентарного кровообращения (МППК) с развитием хронической гипоксии и метаболических нарушений.

На сегодняшний день диагностика, лечение и профилактика задержки развития плода является одной из актуальных проблем современного акушерства [2]. Высокая заболеваемость и летальность среди доношенных и недоношенных новорожденных свидетельствует о том, что существующие способы ранней диагностики несовершенны, методы лечения недостаточно эффективны, критерии оптимальных сроков родоразрешения беременных с ЗВРП не разработаны.

В последние десятилетия исследователи уделяют большое внимание оценке метаболических процессов при ЗВРП. Не вызывает сомнений, что в основе малой массы плода и его морфологической незрелости лежат изменения метаболизма не только в плаценте, но и в организме беременной и плода, однако их значимость в патогенезе синдрома задержки развития плода остается до конца не раскрытой.

В сложном комплексе метаболических изменений ведущее место занимают нарушения пластических процессов и формирование энергетической недостаточности вследствие интенсификации перекисного окисления липидов, снижения антиоксидантной защиты, нарастания лактат-ацидоза, нарушений обмена аминокислот, глюкозы и липидов, клинически реализующиеся в задержку развития плода или его гибель. [1,3,4].

Исследователями доказано, что физиологическая беременность сопровождается снижением концентрации глюкозы в крови, а в последнем триместре отмечается самое низкое её содержание вследствие интенсивного использования глюкозы на пластические цели при активном росте плода. Поэтому высокий уровень гликемии у новорожденного может свидетельствовать об ограничении утилизации глюкозы тканями, что проявляется признаками ацидоза [5]. Нарушения обмена глюкозы у плода имеет большее значение в ухудшении состояния плода, чем патология дыхательной цепи [6].

Тяжесть состояния ребенка коррелирует со значениями ацидоза и глюкозы в крови, о чем свидетельствует тот факт, что после проведения интенсивной терапии с применением глюкозы уровни гликемии и лактата крови существенно повышаются. Выявленная исследователями взаимосвязь концентраций глюкозы и лактата в крови новорожденного дает основание рекомендовать назначение глюкозы для нормализации пластических и энергетических процессов при задержке развития плода под контролем данных показателей, так как дополнительное введение глюкозы беременной и ребенку в условиях гипоксии приводит к еще большему накоплению лактата и развитию ацидоза.

Подтверждением этому явились исследования авторов [7] установивших, что введение глюкозы беременным в условиях гипоксии приводит к уменьшению использования кислорода головным мозгом плода даже в случае умеренного дистресса и, как следствие, ухудшению его нейрофизиологических параметров. После рождения у ребенка длительное время не происходит элиминации молочной кислоты и нормализации pH; утилизация кислорода мозговой тканью в этих условиях существенно понижается. Таким образом, уровень глюкозы в крови беременной и новорожденного является важной детерминантой, определяющей тактику врачей [8].

Другими исследователями установлено, что в формировании ЗВРП ключевую роль играет нарушение метаболических процессов в печени активация липолиза и гликогенолиза, интенсификация гликолиза являются компенсаторными реакциями, направленными на поддержание биоэнергетики печени при задержке развития плода. Проведенные исследователями экспериментальные работы доказывают, что нарушение метаболизма в печени плодов экспериментальных животных приводят к формированию задержки внутриутробного развития [9].

Интенсификация перекисного окисления липидов, снижение антиоксидантной защиты, нарушение утилизации глюкозы на энергетические и пластические процессы, энергетическая недостаточность в печени плодов крыс являются важнейшими звеньями патогенеза задержки их роста и развития.

Метаболические нарушения у доношенных новорожденных с задержкой внутриутробного развития идентичны биохимическим изменениям в печени плодов

экспериментальных животных и проявляются интенсификацией перекисного окисления липидов, снижением антиоксидантной защиты, энергетической недостаточностью, что приводит к задержке внутриутробного развития: сопровождается снижением массы тела, массо-ростового коэффициента, внешними признаками морфологической незрелости.

Важную роль в метаболических процессах, связанных с ростом и развитием плода играют аминокислоты. Так, исследования ученых показывают, что и глутамин, и глутамат играют важную роль в метаболических процессах в плоде и плаценте. Значительная доля глутамина, не метаболизированного в печени плода до глутамата захватывается тканями плода и используется для роста. Активный синтез глутамата в печени плода сходен с активным синтезом глюкозы в печени после рождения. Однако, в период беременности никакого существенного синтеза глюкозы в печени плода и выхода глюкозы из печени плода не наблюдается [10].

Также представляет интерес изучение метаболических процессов у внутриутробного плода при антенатальном введении глюкозы и аминокислот непосредственно плоду. По данным мировой литературы были проведены единичные попытки введения аминокислот внутриутробному плоду в вену пуповины. Однако данный метод не имел успеха в связи с техническими особенностями методики [11,12].

Большое значение в развитии плода играет инсулиноподобный фактор роста (IGF). Инсулиноподобный фактор роста - белок обеспечивающий рост и дифференцировку клеток, является одним из первых регуляторов постнатального развития. В частности, IGF-II играет важную роль в участии и развитии эмбриона и плаценты [13].

Многочисленные исследования метаболизма инсулиноподобного фактора роста показали, что снижение концентрации и нарушение соотношения инсулиноподобных факторов роста (IGF, IGF-I, IGF-II) и PAPP-A приводят к задержке внутриутробного роста и развития плода [14,15].

По данным некоторых исследователей, в патогенезе задержки внутриутробного развития плода ведущая роль отводится нарушению МППК и морфофункциональным изменениям в плаценте, приводящим к гипоксии и каскаду метаболических и функциональных нарушений у плода [16,17].

В соответствии с особенностями патогенеза задержки развития плода в комплексе лечения должны быть использованы препараты, действие которых направлено на коррекцию метаболических процессов в организме плода. Учитывая, что проводимая ранее терапия фето-плацентарной недостаточности путем введения препаратов, улучшающих метаболические процессы у матери, не дала ожидаемых результатов в связи со сложными метаболическими процессами в печени матери и маточно-плацентарно-плодовом комплексе, возникает необходимость поиска новых путей коррекции метаболических нарушений у плода и предупреждения его внутриутробной гибели.

Таким образом, изучение обменных процессов у плода и новорожденного позволит выявить новые звенья в патогенезе задержки внутриутробного развития, разработать критерии диагностики метаболических нарушений и обосновать их коррекцию.

Литература

- 1 Ароян Г. Ц. Метаболические аспекты задержки внутриутробного развития плода. - //Автореф. дис... канд. биол. наук. - Иваново.-2002. - 19с.
- 2 Савельева Г.М., Шалина З.Н., Керимова З.Н. Внутриутробная задержка развития плода. Ведение беременности и родов // Акуш. и гин. –1999. –№3. –С. 10–15.
- 3 Полянчикова О.Л. Клинические и метаболические факторы в патогенезе задержки развития плода и выборе акушерской тактики.- М.: 2010. - Автореф. докт. Мед наук.- 44 с.
- 4 Rueda-Clausen C.F., Dolinsky V.W., Morton J.S., Proctor S.D. Hypoxia-induced intrauterine growth restriction increases the susceptibility of rats to high-fat diet-induced metabolic syndrome. //Diabetes. – 2011. – Vol.60(2). – P.507-516.
- 5 Кузнецова В.А., Брагина Л.Б., Полянчикова О.Л. Механизмы формирования энергетической недостаточности у новорожденных. // Мат. X конгресса пед. России. – М., 2006. – т.5. – №1. – С. 739.

- 6 Dimauro S., Garone C. Metabolic disorders of fetal life: Glycogenoses and mitochondrial defects of the mitochondrial respiratory chain. // Semin. Fetal Neonat. Med. - 2011. – Vol. 16(4). P.181-189.
- 7 Theresa O.Scholl, Mary F. S., Xinhua C., Carine L. The dietary glycemic index during pregnancy: influence on infant birth weight, fetal growth, and biomarkers of carbohydrate metabolism.// Am. J. Epid. – 2004. - №3. Vol. 159. - P.467-74.
- 8 Полянчикова О.Л., Кустова О.А., Соколова Д.М., Семенников М.В. Клинико-диагностическое значение определения лактата и глюкозы в крови новорожденных с ВЖК различной степени. // Мат. V Росс. конгресса «Современные технологии в педиатрии и детской хирургии». – М. - 2006. – С. 241.
- 9 Saylan F., Köken G., Cosar E., Köken T., Saylan A., Arıöz D.T. Sahin F., Köken R., Yilmazer M. Maternal and fetal leptin and ghrelin levels: relationship with fetal growth. //Arch. Gyn. Obstet. – 2011. - Vol. 284(2). - 327-329.
- 10 Ней Д. Глутамин у плода и у находящихся в критическом состоянии новорожденных с очень низким весом при рождении: метаболизм и механизм действия.//Журн. питания. – 2001. – Вып. 131. – С. 2585-2589.
- 11 Soothill P.W., Ajayi R.A., Nicolaides K.N. Fetal biochemistry in growth retardation. //Early Hum. Dev. – 1992. - Vol. - 29(1-3).- P.91-97.
- 12 Economides D.L., Nicolaides K.H., Gahl W.A., Bernardini I. Plasma amino acids in appropriate- and small-for-gestational-age fetuses.//Am. J. Obstet. Gynecol. – 1989.- Vol.161(5). - P.1219-1227.
- 13 Fowler D., Albaiges G., Lees C., Jones J., Nicolaides K., Miell J. The role of insulin-like growth factor binding protein-1 phosphoisoforms in pregnancies with impaired placental function identified by doppler ultrasound.//Hum. Reprod. – 1999. - Vol. – 14. – P. 2881-2885.
- 14 Koutsaki M., Sifakis S., Zaravinos A., Koutroulakis D., Koukoura O. Decreased placental expression of hPGH, IGF-I and IGFBP-1 in pregnancies complicated by fetal growth restriction. //Growth Horm. IGF Res. – 2011. - Vol. 21(1). – P.31-36.
- 15 Poon L.C., Zaragoza E., Akolekar R., Anagnostopoulos E., Nicolaides K.H. Maternal serum placental growth factor (PIGF) in small for gestational age pregnancy at 11(+0) to 13(+6) weeks of gestation.//Prenat. Diagn. – 2008. - Vol.28(12). – P.1110-1115.
- 16 Лазарева Н.А. Влияние лечения беременных с угрозой невынашивания поздних сроков на клинико-биохимические и иммунологические показатели здоровья новорожденных. //Автореф. дис. . канд. мед. наук. - Иваново.-2000,- 19с.
- 17 Федорова М.В., Беспалова В.А., Терещенко Л.И., Хохлова И.Д. Уровень гормонов в крови женщин при угрозе прерывания беременности. //Акуш. и гинек. 1984. -№12. - С.31-33.

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ СОСТОЯНИЯ ПОЧЕЧНОГО ТРАНСПЛАНТАТА

Д.Р. Оразбаева

*Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи,
г.Астана*

Впервые в истории развития трансплантации пересадка трупной почки была проведена Ю. Вороной в 1934 году и в 1954 году первая успешная пересадка почки в клинических условиях от близнеца к его брату провел Д. Мюррей (США). Реципиент прожил после операции 20 лет [1] .

Вопросы развития трансплантологии в нашей республике нашло свое отражение в послании Главы государства народу Казахстана от 29 января 2010 года «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана» - «...в рамках Нового Университета в Астане будут созданы три новых научных центра. Центр наук о жизни будет вести совместные с ведущими мировыми научными центрами разработки в области трансплантации органов, искусственного сердца и легких, стволовых клеток и медицины долголетия.» [2]. В этой связи, органная трансплантация является актуальным вопросом здравоохранения республики.

В Казахстане ежегодно проводится в среднем пересадка 4-8 родственных почек, что, несомненно, является недостаточной для всего количества нуждающихся, хотя в мире выполняются тысячи операций пересадки жизненно важных органов [3,4].

Своевременная оценка тяжести ишемического повреждения трансплантата, дифференциальная диагностика тяжести острого канальцевого некроза (ОКН) и криза отторжения, особенно в период анурии, диагностика начальных проявлений реакции отторжения, тромбоза магистральных сосудов и стеноза общей почечной артерии, влияния

высокой концентрации циклоспорина, диагностика урологических осложнений посттрансплантационного периода требует быстрого их разрешения и занимает важное место в современной трансплантологии [5-7]. С момента изъятия почки у донора до возобновления кровотока в ней у реципиента - и послеоперационного периода применение лабораторных и инструментальных диагностических процедур является неотъемлемым компонентом сопровождающейся на всех этапах хирургического вмешательства и приводящая к достижению успешного результата. Это, в первую очередь, соматическое состояние донора и причина его смерти, функция почки в агональном периоде и в момент забора органа, способ изъятия почки (перфузный или бесперфузный), время тепловой и общей ишемии, сроки и способы консервации [8-10]. От совокупности этих факторов зависит жизнеспособность трансплантата и его дальнейшая функция, так как ишемическое повреждение почки (и, как следствие его, ОКН) является одной из основных причин острой почечной недостаточности (ОПН) в раннем послеоперационном периоде, клинически проявляющееся олигоанурией или полиурией [11,12].

В раннем посттрансплантационном периоде пересаженные почки до, во время и после включения в кровоток подвергаются целому ряду неблагоприятных воздействий, что может привести несколько типов отторжения: сверхострое отторжение – может произойти за минуты или часы наблюдается в 3% случаев; острое: ранние кризы - в первые 20 суток; поздние кризы – чаще всего возникают в течение первых трех месяцев после пересадки, но может иметь место и через несколько лет. Хроническое отторжение – это вялотекущая малозаметная продолжительная реакция, при которой почка после пересадки может работать несколько лет [13].

Достижения того или иного направления в здравоохранении в свете бурного развития техники и технологий не предоставляется возможным без применения высокотехнологичного оборудования. Для этого используют самые современные методы: МР - и рентгеновскую компьютерную томографию, радиологические, ультразвуковые, иммунологические, морфологические исследования. Морфологические методы исследования являются наиболее достоверными и точными для дифференциальной диагностики протекающих патологических процессов, но частое их применение ограничено инвазивностью методов, страхом пациентов [14,15].

Среди неинвазивных методов исследования наиболее доступным, информативным является ультразвуковое с использованием доплер режима. Цветное картирование, и импульсно - волновая доплерография считаются методами, наиболее точно отражающими состояние почечного трансплантата, представляющими уникальные возможности диагностики патологии трансплантата. Совершенствование ультразвуковой диагностической аппаратуры, позволили детально исследовать анатомическое состояние органов его гемодинамику с помощью импульсно-волновой доплерографии, цветового и энергетического картирования. Достигнутые новые качества ультразвукового исследования резко повысили разрешающую способность этого метода [16-18]. Так, в мировой практике ультразвуковое исследование, включающее в себя серошкальное сканирование (В-режим), цветное и спектральное доплеровское картирование, рассматривается как один из ведущих методов инструментальной диагностики и мониторинга при трансплантации почки [19].

Однако в литературных данных мало публикации посвященных возможностям ультразвукового исследования в оценке влияния современных режимов иммуносупрессии на внутривисцеральную гемодинамику и о закономерностях динамики показателей почечного кровотока при острых кризах отторжения после трансплантации от живого родственного донора. Динамическое УЗИ наблюдение с первых суток пересадки почек является обязательным условием для наблюдения за нормальной выживаемостью органа и выявления осложнений трансплантированной почки.

При этом, эхографические особенности трансплантата обусловлены близким расположением скапирующей поверхности; анатомическая структура почки видна гораздо

четче, корковое вещество почки кажется более экзогенным, чем у нативных почек. Трансплантант увеличивает свой объем в среднем на 30%. У нормального трансплантата допустимо небольшое расширение чашечно – лоханочного комплекса [20].

При остром отторжении трансплантата на УЗИ наблюдается резкое увеличение объема трансплантата, увеличение экзогенности коркового слоя, появление локальных гипоэхогенных зон в паренхиме за счет отека или некроза. Также отмечается умеренное снижение максимальной систолической скорости кровотока и значительное снижение или исчезновение диастолического потока. Эти признаки являются высокочувствительными в диагностике острого, а также хронического отторжения трансплантата. Для выраженной реакции острого отторжения в ранний послеоперационный период характерны значительное снижение систолического кровотока, практическое отсутствие кровотока в диастолу, увеличение времени ускорения. Средние значения доплерографических параметров составляют при этом: $V_{max} = 11$ см/с; $V_{min} = 0,7 \pm 0,9$ см/с; $V_i = 3,7 \pm 3,8$; $IP = 0,97 \pm 0,04$; $PI = 2,75 \pm 0,29$; $I_i = 0,78 \pm 0,31$; $AT = 930 \pm 70$ мс.

При хроническом отторжении трансплантата выявляют доплерографические признаки приводящие к следующим граничным значениям показателей нормы и патологии: на сегментарных артериях – $V_{max} = 70$ см/с, $AI = 7$, $AT = 100$ мс; на междольковых артериях – $V_{max} 45$ см/с, $AI = 4$, $AT = 100$ мс; на дуговых артериях – $V_{max} = 35$ см/с, $AI = 3$, $AT = 100$ мс. IP был увеличен ($> 0,75$). IP в сочетании с тремя параметрами, характеризующими начальную часть комплекса [21].

Метод цветного доплеровского картирования без применения импульсной доплерографии также заслуживают внимание по данным некоторых авторов при выявлении патологии трансплантата эффективность метода составляет 78,5%. При этом, полученные изображения цветного доплеровского картирования можно разделить на три группы: группа с сосудами в виде ламинарных потоков, группа с сосудами в виде точечных структур, с «обрубленными» сосудами. Эти три группы соответствовали основным клиническим группам: с отсутствием отторжения, хроническим отторжением, с острым отторжением.

Тромбоз сосудов также может привести к отторжению трансплантата, которое может произойти в результате повреждения эпителиальной выстилки в месте анастомоза, стеноза почечной вены, сдавливания вены мочевым затеком (уриномой), гематомой, лимфоцеле, при перекруте сосудистой ножки.

При этом на УЗИ почка резко увеличивается в объеме, экзогенность ее снижается, нарушается кортикомедулярная дифференциация, сопровождается отсутствием доплеровских сигналов от венозных сосудов (экстра и интратренальных), поскольку коллатерального, экстраренального кровотока в трансплантанте нет. Некоторыми авторами описаны два вида венозного тромбоза: с сохранным венозным кровотоком в воротах в одном из случаев и на всем протяжении венозного «дерева» - во втором случае. При исследовании интратренального артериального кровотока определялось резкое снижение максимальной систолической скорости при относительно сохранном диастолическом потоке. Подобные изменения также характерны для стеноза ПА. Авторы предполагают, что при отсутствии других признаков проксимального стеноза ПА спектр со снижением систолической и сохранной диастолической скоростью артериального потока означает венозный тромбоз или окклюзию ПВ, даже в случаях, когда венозный поток продолжает регистрироваться в режиме ЦДК.

Литературные данные показывают, что для раннего выявления трансплантатов, угрожаемых снижением функции в послеоперационном периоде и первично нефункционирующих трансплантатов, необходимо ультразвуковое динамическое наблюдение за гемодинамикой на уровне междольковых артерий. Для трансплантатов с немедленной первичной функцией критическими сроками, в которые снижение функции органа может быть обратимым, являются первые 10-14 суток после пересадки, для работающих трансплантатов с отсроченной первичной функцией этот период может быть

увеличен до 18 дней. Также комплексное УЗИ почечного аллотрансплантата включает исследование околопочечного пространства, топографию трансплантата, исследование гемодинамики на уровне магистральных и междольковых артерий.

Прогностически благоприятными ультразвуковыми критериями являются: тенденция к повышенному ускорению потока в междольковых артериях до конца 1 месяца и высокое значение индекса резистентности в 1 сутки с последующим снижением.

Прогностически неблагоприятными ультразвуковыми критериями являются: снижение васкуляризации коркового слоя до единичных доплеровских сигналов, низкое ускорение потока в междольковых артериях в 1 сутки или его продолжительное снижение, а также низкие показатели индекса резистентности менее 0,75 в 1 сутки после операции.

Таким образом, ультразвуковое исследование с применением режимов цветного картирования и импульсноволновой доплерографии являются весьма перспективными для определения осложнений трансплантата как ранних, так и поздних.

Литература

- 1 Лопухин Ю.М. Актуальные проблемы пересадки органов. М., «Медицина», 1978.
- 2 Послание Главы государства народу Казахстана от 29 января 2010 года «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана».
- 3 Автоматизированная программа ТОО «Мединформ» АИС – почка.
- 4 Eurotransplant. Статистика трансплантации по странам, 2003 год.
- 5 Белорусов О.С., Матрюков В.А., Лебедев О.Д., Чемесова Г.Г. // Возможность использования ультразвука для исследования состояния трансплантированной почки. В кн. «Актуальные вопросы пересадки органов и тканей» М. 1978, с. 3-4.
- 6 Арутюнян С.М. Ультразвуковая диагностика отторжения пересаженной почки в ближайшем послеоперационном периоде. // Дисс. к.м.н., М., 1991.
- 7 Малов И.П. Гистологическое и иммуноморфологическое исследование аллотрансплантированных почек в позднем послеоперационном периоде. // Диссерт. к.м.н., М., 2002.
- 8 Белорусов О.С., Горяйнов В.А., Синютин А.А. Причины потерь аллогенных почек в раннем посттрансплантационном периоде // Трансплантология и искусственные органы. 1998, №4.
- 9 Ильинский И.М., Розенталь Р.Л. Патология почечных аллотрансплантатов // Рига: Зинатие, 1990.
- 10 Каабак М.М. Некоторые вопросы трансплантации почки у детей. // Диссерт. к.м.н., М., 1996.
- 11 Мойсюк Я.Г. Мультиорганное донорство в клинической трансплантации (организация, методология, тактика, результаты и перспективы). // Дисс. докт. мед. Наук, М., 1992.
- 12 Мойсюк Я.Г., Ким И.Г., Стенина И.И., Ильинский И.М., Томилина Н.А. Опыт трансплантации почки в свете отдаленных результатов и факторы риска хронической нефропатии отторжения. // Вестник трансплантологии и искусственных органов — 1999, № 1, с. 43-47.
- 13 Гапченко Н.Д. Ультразвуковые методы исследования в оценке кровотока в почечных артериях. // Дисс. канд. мед. наук, М., 1990.
- 14 Блюмкин В.Н., Ордуян СЛ. Морфология юктагломерулярного аппарата аллотрансплантированных почек человека на ранних сроках после пересадки // Бюл. эксперим. биологии и медицины. 1976, т. 82, с. 1005-1006.
- 15 Валов АЛ. Дифференциальная диагностика дисфункций почечного трансплантата по данным пункционной биопсии. // Дисс. к.м.н., М., 1994.
- 16 Блюмкин В.Н., Иванов А.Е. О перестройке канальцевого эпителия аллотрансплантированных почек человека после их пересадки // Бюл. эксперим. биологии и медицины. — 1979, № 9, с. 355-358.
- 17 Дементьева И.И., Ланская И.М., Садовников В.И., Белорусов О.С., Лукомская И.С., Томилина Н.А. Неинвазивные методы лабораторной диагностики повреждения почечной ткани у пациентов после аллотрансплантации почки. // Анналы РНЦХ РАМН 2002, № 11, с. 68-71.
- 18 Пасов С.А., Ватозин А.В., Астахов П.В., Иванов И.А., Энеев М.А., Гулимова С.Ю., Кулибаба С.А., Шкурин О.Ю. Влияние различных факторов на функцию ренального трансплантата в раннем послеоперационном периоде. // Нефрология, 1997, т.1, №4, с. 19-21.
- 19 Chow L. 2001; Швецова М.А., Пыков М.И. и соавт., 2008.
- 20 Nichols B., Rittgers S., Non – invasive detection of renal artery stenosis. Bruit, 1984.-V.8.
- 21 Платова Е.Н. Диагностика ранних признаков криза отторжения трансплантированной почки в ближайшем послеоперационном периоде с помощью дуплексной сонографии: Автореф., к.м.н. –М., 1994.

СОЦИАЛЬНЫЙ МАРКЕТИНГ ПО ДОНОРСТВУ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ

А.К. Оспанова

Республиканский научный центр неотложной медицинской помощи, г.Астана

Одним из приоритетных направлений в области здравоохранения является развитие трансплантологии в Республике Казахстан. Данное направление медицинской науки было отражено в послании Главы государства народу Казахстана от 29 января 2010 года «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана» - «...в рамках Нового Университета в Астане будут созданы три новых научных центра. Центр наук о жизни будет вести совместные с ведущими мировыми научными центрами разработки в области трансплантации органов, искусственного сердца и легких, стволовых клеток и медицины долголетия.» [1].

В Республике Казахстан по данным реестра почечных заболеваний на учете состоит около 5 тыс. больных с хронической почечной недостаточностью, из них более 2 тыс. больных нуждаются в трансплантации почек [2].

Более 100 тыс. североамериканцев и 50 тыс. европейцев ожидают пересадки органов [3]; в Сингапуре более 700 человек ждут органы [4].

Количество трансплантации органов за 2009 год составило в США –28 464, Германии – 4 458, Чехии – 619, Саудовской Аравии – 527, Уругвае – 140, Эстонии - 67 [5], а в Казахстане в год проводится не более 10 трансплантации почек.

Среднее время ожидания донорской почки по мировым данным на листе ожидания составляет от пяти до десяти лет. Большинство людей умирают, потому что ожидание очереди растет в три раза быстрее, чем скорость имеющихся предложениям органов [6]. Основным препятствием на пути увеличения числа пациентов, которым необходимо получить трансплантацию является нехватка донорских органов.

Исследования, направленные на выявление желания стать потенциальным донором органов показывает, что помимо альтруистических ценностей, духовные убеждения и уровень здравоохранения оказывают большое влияние на решение человека быть потенциальным донором органов. Недоверие к медицинским учреждениям является важным фактором, [7,8,9], который влияет на желание стать потенциальным донором органов во всех группах населения. Чаще всего, это недоверие принимает форму страха о том, что потенциальный донор органа будут объявлен мертвым преждевременно для получения органа. Этот страх, однако, может также быть, связанно с непониманием «смерти мозга».

При трансплантации органов от трупов возникают еще и морально-этические проблемы, связанные как с процедурой забора органов, так и со справедливым распределением дефицитных ресурсов трансплантологии между потенциальными реципиентами. В вопросе кому принадлежат органы трупа применяются три подхода: принципы информированного согласия, презумпции согласия и рутинного забора органов. Рутинный забор пригодных для трансплантации органов у трупов в нашей стране долгое время оставался основным типом решения данного вопроса. При этом власти по собственному усмотрению могут распоряжаться телом умершего. В этом случае реализуется установка утилитарной этики, согласно которой действие морально оправданно, если оно производит наибольшее количество блага для наибольшего количества людей.

Однако при этом нарушается право человека распоряжаться своим телом (пусть даже после смерти) и затрагиваются моральные ценности семьи покойного, в ряде случаев нанося родственникам дополнительную моральную травму.

В трансплантологии, как ни в одной другой медико-биологической науке, необходимо создание этических правил и соответствующего юридического (законодательного) регулирования процесса пересадки биологического материала. С другой стороны,

трансплантология — это состоявшийся и признанный обществом метод лечения ранее безнадежных больных, это крайняя степень врачебного риска и последняя надежда для больного [10,11].

Для увеличения количества потенциальных доноров необходимо провести хороший социальный маркетинг и эта программа должна применять коммерческие маркетинговые технологии, иметь влияние на положительное отношение людей к донорству. Программы донорства органов не подпадают под традиционные маркетинговые категории, потому что они не пользуются потребительским целям, например как программы, направленные на иммунизацию, скринингу женщин репродуктивного возраста или усилия, чтобы побудить водителей соблюдать ограничения скорости, которые помогли бы спасти жизни водителей и их пассажиров и т.д. Хотя проблемы, такие как неосвязаемость продукта и неденежная цена покупки может быть присущи донорству органов [12], но общие неблагоприятные отношения общества к донорству органов приводит к большим препятствиям. Несколько исследователей пытались понять факторы, влияющие на отношение людей к пожертвованию органов [13] и было признано, что существует настоятельная необходимость понять, психологические мотивы решения стать донором органов [14].

Маркетинг инициатив, связанных с социальными причинами, такими как донорство крови, СПИД, а также борьба с курением были хорошо изучены, однако исследования в области донорства требует еще внимания.

Единственный способ увеличить количество пожертвований органов заключается в просвещении общественности о важности становления донором органов. Необходимо повысить информированность общественности и переубедить заблуждения людей о донорстве органов и тканей. Внимание СМИ, уровень осведомленности дали положительные результаты к отношению донорства органов в США [15].

Научное исследование проводилось в Польше в период с 09.2008- по 06.2009 годы по обучению и анкетированию школьников старших классов, об их отношении к безвозмездному (альтруистическому) донорству органов и тканей. Результаты исследования показывают, что 73,6 % школьников записались на получение идентификационной карточки донора, до проведения обучения этот показатель не превышал 8%. Более того, практически все школьники были согласны стать донорами органов после смерти.

Другой анализ, проведенный Университетом Апалачи (США) по формированию положительного отношения и в дальнейшем изменения поведения донорства органов показывает, что цели и методы стратегии по продвижению донорства органов должны различается в зависимости от вовлеченности аудитории к этой проблеме. Признавая различия в целевых аудиториях и методов реализации стратегий, общий уровень донорства органов можно существенно увеличить. Использование студентов и создание волонтерских групп в продвижении трансплантации органов во многих странах оправданы, потому что молодые доноры являются важной целевой аудиторией, которые являются более репрезентативными для нации в целом.

В республике остро ощущается нехватка донорских органов и тканей для трансплантационных целей, которое может приостановить развитие этой приоритетной отрасли здравоохранения, и тем самым негативно повлиять на продолжительность и качество жизни больных нуждающихся в трансплантации органов. В настоящее время общество не представляет проблему донорства органов и недостаточно осведомлен о возможностях медицины и квалификации трансплантологов. Более того, нет четкого представления о порядке безвозмездного живого донорства и трупного донорства органов тканей, которое может объясняться несовершенством законодательной базы, так и незнанием ее медицинскими работниками и населением.

Потенциальным выходом для решения сложившейся ситуации по нехватке донорских органов и тканей является разработка программ социального маркетинга для продвижения добровольного донорства органов в Республике Казахстан.

Литература

- 1 Послание Главы государства народу Казахстана от 29 января 2010 года «Новое десятилетие – новый экономический подъем – новые возможности Казахстана».
- 2 Автоматизированная программа ТОО «Мединформ» АИС – почка.
- 3 Eurotransplant. Статистика трансплантации по странам, 2003 год.
- 4 The Sunday Times (2001a), “Kidney Donation: Winning Muslims Over,” (January 21), 32.
- 5 Organs, tissues&cells, (13), 5-8, 2010.
- 6 The Straits Times (1999a), “Lack of Awareness Major Hindrance to Organ Pledging,” (accessed September 1999) [available at http://www.thegift.org.sg/news/press_survey.htm].
- 7 Bartucci MR. Organ donation: A study of the donor family perspective. J Neurosci Nurs 1987; 19(6): 305.
- 8 Horton RL, Horton PJ. A model of willingness to become a potential organ donor. Soc Sci Med 1991; 33: 1037.
- 9 Horton, R. L., & Horton, P. J. (1990). Knowledge regarding organ donation: Identifying and overcoming barriers to organ donation. Social Science and Medicine, 31, 791–800.
- 10 Иванюшкин, А.Я. Введение в биоэтику/ А.Я. Иванюшкин - М.: Прогресс-Традиция, 1998. – 381 с.
- 11 Кэмпбелл, А. Медицинская этика/ А. Кэмпбелл, Г. Джиллет – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 400 с.
- 12 Prottas J, Batten HL. Health professionals and hospital administrators in organ procurement: Attitudes, reservations, and their resolutions. Am J Public Health 1988; 78(6): 642.
- 13 Belk, Russell W. (1990), “Me and Thee Versus Mine and Thine: How Perceptions of the Body Influence Organ Donation and Transplantation,” in Organ Donation and Transplantation: Psychological and Behavioral Factors, James Shanteau and Richard J. Harris, eds. Washington, DC: American Psychological Association, 139–49.
- 14 Shanteau, James and Richard J. Harris (1990), “Why Psychological Research on Organ Donation?” in Organ donation and Transplantation: Psychological and Behavioral Factors, James Shanteau and Richard J. Harris, eds. Washington, DC: American Psychological Association, 1–10.
- 15 Gallup Organization. (1993). The U.S. public’s attitudes toward organ transplants/donation: 1993. Princeton, NJ: Author.

БЕНЧМАРКИНГ- КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ж.М. Раснай

АО «Медицинский университет Астана»

Проблема повышения качества медицинских услуг является актуальной как в нашей стране, так и за рубежом. В отечественной системе здравоохранения, ранее функционировавшей в условиях жёсткого государственного регулирования, не было возможности использовать рыночные механизмы и инструменты повышения качества услуг. В современных условиях перед организациями здравоохранения открыты перспективы и горизонты самосовершенствования и саморазвития за счёт применения современных механизмов и инструментов повышения качества услуг.

В мировой практике повышения качества услуг особые надежды возлагаются, в частности, на бенчмаркинг – постоянное изучение лучшего в практике конкурентов, предприятий из смежных отраслей, непрерывное сопоставление фактического поведения своей компании с эталонной моделью, поиск путей улучшения качества продукции и, как следствие, – повышение уровня конкурентоспособности.

Технически бенчмаркинг представляет собой сопоставительную оценку конкурентоспособности (competitive benchmarking) – процесс сравнения себя с теми, кто сумел достичь высоких стандартов качества продукции [1,2,3]. При этом основным условием конкурентоспособности товара является сбор качественной информации для прогнозирования тенденции развития и определения будущих потребностей и цены, которую потребители готовы заплатить за удовлетворение своих нужд.

Бенчмаркинг – деятельность целой команды. Эту деятельность необходимо стратегически встраивать в бизнес-план организации и рационально распределять между всем её персоналом. Менеджмент организаций, применяющих концепцию бенчмаркинга, должен предусматривать постоянный контроль за тем, чтобы проводимая политика была понята всеми сотрудниками, способствовала повышению их мотивации к качественному

труду, повышала деловую активность и ответственность за конечные результаты производства.

Новые методы управления основаны на идее развития не столько производственного потенциала, сколько отношений, способствующих его формированию и укреплению, в связи с чем в данной концепции активно используется комплекс инструментов маркетинга взаимодействия и бенчмаркинга. Как инструмент маркетинга взаимодействия бенчмаркинг обеспечивает следующие преимущества в управлении инновационным потенциалом организации [4,5,6]: на основе анализа позволяет определять лучшие технологии и ресурсы, которые могут быть использованы при создании продукции; обеспечивает гармонизацию взаимодействия партнёров по бизнесу через обмен информацией и ориентацию на лучший опыт; формирует базу новых знаний (постоянный мониторинг передовых конструкций и технологий), которая позволяет создавать принципиально новые продукты.

Выбор вида бенчмаркинга и организации-партнёра определяется множеством факторов. Так, крупной организации – лидеру рынка – необходимо проводить сравнительный анализ только лучших представителей того или иного рынка или бизнеса, в то время как небольшая организация может выбрать любую более или менее успешную организацию. Небольшим компаниям эксперты советуют ограничиться анализом национальных организаций, что позволит сэкономить финансовые ресурсы и избежать возможных проблем, связанных с языковыми и культурными различиями.

Бенчмаркинг продуктов, производственных процессов и оборудования применяется с начала 1900-х гг.

Мы привыкли к использованию многих из этих инструментов бенчмаркинга под именами конкурентного анализа, инженерного анализа, анализа результатов тестирования, закупок продуктов у конкурента и т.д. Возрастающий интерес к бенчмаркингу инициирован высокой себестоимостью и низкой эффективностью большей части бизнес-процессов в США.

Бенчмаркинг может быть применен практически к чему угодно [7]. Это эффективный метод улучшения процессов, продуктов, оборудования, структуры организации и эффективности систем. Всё, что происходит в вашей организации, может быть объектом бенчмаркинга.

Две главные причины для использования процесса бенчмаркинга – определение целей и выяснение того, как эти цели могут быть достигнуты. Нет ничего лучше для того, чтобы заставить поверить даже самых больших скептиков, чем продемонстрировать, что кто-то другой смог осуществить то, что считалось невозможным [8,9].

Сегодня ни одна организация не может выжить, не уделяя серьёзного внимания изучению сильных черт своих конкурентов и не обучаясь у лучших в своей области. Никакая организация не может быть лучшей во всех видах своей деятельности. Любая организация может очень многому научиться у других организаций при помощи бенчмаркинга. Бенчмаркинг вливает свежую кровь в анемичные организации. Самое большое препятствие, с которым сталкивается новый проект бенчмаркинга, заключается в том, чтобы убедить руководство и служащих в том, что они могут научиться чему-нибудь вне организации (синдром «не изобретено у нас»).

Главная цель многих организаций – это снижение затрат на производство, высокое качество продукции, быстрый выход на рынок. Та организация, которая быстрее сможет среагировать на быстро меняющиеся запросы потребителя при меньших издержках на обеспечение качества, и станет победителем в борьбе за качество, а значит и за потребителя, следовательно, и за прибыль.

Исследуя различные источники, в которых исследована природа бенчмаркинга, можно сделать вывод о том, что в настоящее время единого подхода к определению видов бенчмаркинга не существует.

Можно выделить следующие виды: внутренний бенчмаркинг; внешний конкурентный бенчмаркинг; внешний внутриотраслевой бенчмаркинг (сочетаемый); внешний межотраслевой бенчмаркинг; комбинированный межотраслевой и внешний бенчмаркинг.

Не существует «самого лучшего» вида бенчмаркинга. Каждый из различных видов имеет свои преимущества и недостатки, которые необходимо принимать во внимание [10].

Внутренний бенчмаркинг является отправным пунктом любого процесса бенчмаркинга и всегда рассматривается в первую очередь. Если организация только приступает к разработке своей программы бенчмаркинга, внутренний бенчмаркинг является превосходным способом развить эту программу и научить персонал ею пользоваться. Этот подход очень эффективен в организациях, имеющих большое количество деловых подразделений и (или) работающих относительно автономно и занятых сходной деятельностью.

Внутренний бенчмаркинг заключается в том, чтобы сначала осмотреться внутри организации для выяснения, насколько сходна работа различных отделений, и затем определить лучшие из наблюдаемых практик. Этот тип бенчмаркинга легче всего осуществить, поскольку в этом случае нет проблем безопасности или конфиденциальности, которые следует решать. Почти во всех случаях внутренний бенчмаркинг должен быть предпринят в первую очередь, поскольку он стоит недорого и даёт очень подробные данные. Более того, организация часто может пригласить на время опытный персонал из других организаций, который может помочь провести планирование на будущее.

Еще в 1978 г. у компании IBM имелась корпоративная политика (установка), которая требовала, чтобы все чувствительные к процессу продукты подвергались бенчмаркингу мирового уровня, по крайней мере, раз в год.

Обычно внутренний бенчмаркинг начинают с выявления тех сфер деятельности, где внедрение усовершенствований может дать максимальный эффект. На этой подготовительной стадии может быть решён целый ряд проблем, связанных с выполнением определённых операций без их включения в программу внутренних бенчмаркинг-исследований. Например, эти работы могут быть исключены полностью, значительно сокращены или усовершенствованы на основе внедрения уже известного передового опыта без проведения дальнейших исследований.

Таким образом, организация обязана выявлять и изучать все факторы, отрицательно влияющие на её работу, препятствующие её продвижению к установленным ориентирам. Еще до начала процедуры бенчмаркинга компании необходимо стремиться вывести на максимально эффективный уровень все выполняемые операции, опираясь при этом на уже имеющиеся знания. Менеджмент и персонал должны провести все предварительные улучшения самостоятельно или с помощью команды исполнителей бенчмаркинг-исследования. В то же время направления, в которых ведутся усовершенствования, тоже могут быть включены в программу внутреннего бенчмаркинга для поиска и внедрения новых примеров передового опыта.

Внешний конкурентный бенчмаркинг эффективен в отраслях промышленности с высоким уровнем конкуренции, в отраслях, где у конкурентов очень разные подходы к менеджменту и история развития, а также в отраслях, широко использующих новые технологии и процессы.

Конкурентный бенчмаркинг, включающий инженерный анализ и закупки продукции конкурентов, требует, чтобы организация проводила детальный анализ продуктов, выпускаемых конкурентом, а также услуг и процессов. Самый распространённый подход состоит в закупке продуктов и услуг у конкурента и последующем анализе их для установления конкурентных преимуществ.

Первоначально некоторые организации не были уверены в этичности этого процесса, но сегодня лишь немногие могут конкурировать, не имея никакого представления о продуктах и услугах своих конкурентов. Даже такие организации, как IBM, Xerox, General Motors и Hewlett-Packard широко пользуются этим методом. На практике большинство

производителей автомобилей разбирают автомобили, выпускаемые конкурентами, до последнего винтика и раскладывают их деталь за деталью в ряд, чтобы сравнить их дизайн и методы сборки.

При проведении конкурентного бенчмаркинга внимание исследователей сосредоточено преимущественно на анализе систем и процедур, применяемых прямыми конкурентами компании, которые обеспечивают им преимущества в конкурентной борьбе [11,12]. Хотя конкурентный бенчмаркинг обладает внешним сходством с традиционными процедурами сравнительного анализа, по своим целям и содержанию принципиально от них отличается.

Внешний бенчмаркинг ставит своей целью не наказание виновных, а выявление истинных причин, по которым определённая работа выполняется именно так, а не иначе. При этом компания должна стремиться не только догнать, но и превзойти своих конкурентов. Поэтому внешний бенчмаркинг – это непрерывный процесс совершенствования компании с использованием тех знаний и навыков, которыми обладают её сотрудники. В результате организация становится «обучающейся», т.е. объектом постоянных изменений и инноваций. Вместо того, чтобы рекомендовать простые решения типа увольнения менеджеров или приёма на работу дополнительных сотрудников, команда исполнителей внешнего бенчмаркинга должна попытаться отыскать такие способы модернизации существующих процессов.

Внешний отраслевой (сочетаемый) бенчмаркинг сравнивает подразделение, для которого проводится бенчмаркинг, с аналогичными подразделениями лучших мировых организаций в рамках общей промышленной категории (примеры: банковское дело, здравоохранение, страховое дело, электроника). Этот тип бенчмаркинга используется в тех случаях, когда организация может что-то приобрести, сравнивая свои подразделения, для которых проводится бенчмаркинг, с аналогичными подразделениями других организаций, занятых в той же отрасли промышленности, но не являющихся прямыми конкурентами.

Отраслевой бенчмаркинг представляет собой процедуру определения текущих показателей работы предприятий отрасли и выявления существующих в ней тенденций. Если конкурентный бенчмаркинг охватывает исследованием ограниченное число (от трёх до четырёх) конкурирующих между собой компаний, то при проведении отраслевого бенчмаркинга основное внимание уделяют тенденциям, распространяющимся на значительно большее число организаций, действующих в определённой отрасли.

При внешнем межотраслевом бенчмаркинге процесс распространяется за пределы конкретной организации и отрасли промышленности, охватывая и другие отрасли. Многие бизнес-процессы являются межотраслевыми по своему применению и простираются за пределы отдельных отраслей промышленности (например: отношения с поставщиками, предоставление услуг, логистика, реклама, найм персонала). Применение процесса бенчмаркинга к этим системам может дать ценные идеи, особенно когда информация поступает из организаций разных отраслей промышленности. Проведение бенчмаркинга в несходных отраслях позволяет отработать новаторские процессы, не применяемые в данное время при производстве конкретных типов продуктов, выпускаемых организациями-инициаторами бенчмаркинга. Эти новаторские процессы позволят им достигнуть наивысшей эффективности.

Межотраслевой бенчмаркинг – это процедура выявления образцов передового опыта на предприятиях разных отраслей. Такие образцы обычно представляют собой отдельные примеры наиболее эффективных процессов, работ или функций, существующих в разных организациях, и не относятся к их деятельности в целом.

Многие предприятия ошибочно полагают, что никто не может лучше их самих знать тот бизнес, которым они занимаются. Но для успешного проведения бенчмаркинга, в сравнении с организациями, лучшими в своём классе, им придется отказаться от подобных убеждений и допустить, что на свете могут существовать другие компании (причём даже за пределами их родной отрасли), которые умеют выполнять некоторые работы более эффективно. Руководство предприятия обязано неустанно искать наилучшие среди таких

способов, независимо от того, в какой отрасли они используются, а затем творчески применять их для совершенствования собственных производственных процессов [12].

Наиболее распространённым подходом является комбинация внутреннего и внешнего (конкурентного, внутриотраслевого и (или) межотраслевого) бенчмаркинга. Именно эта комбинация обычно даёт наилучшие результаты.

Основные этапы внедрения и планирования процесса бенчмаркинга в организации можно представить в следующем виде [11,13,14,5,9]:

Этап I. Планирование процесса бенчмаркинга и характеристика его объекта (или объектов).

Этап II. Сбор и анализ внутренних данных.

Этап III. Сбор и анализ внешних данных.

Этап IV. Улучшение качества работы объекта.

Этап V. Постоянное улучшение.

На протяжении всего процесса бенчмаркинга составление блок-диаграмм процесса и имитационное моделирование играют очень важную роль. Конечно, блок-диаграммы можно рисовать от руки, и обычно начинают именно с них. Но как только группа осуществления бенчмаркинга объекта хотя бы в общих чертах определила картину объекта, рекомендуется, чтобы группа ввела эти данные в компьютерную программу, с помощью которой можно рассчитывать значения ключевых показателей, таких как себестоимость, длительность цикла и первоначальный доход (first-time yield).

Таким образом, успешная реализация концепции бенчмаркинга в организации – это вовлеченность руководства организации, понимание внутриорганизационных процессов, концентрация только на лучших примерах, непрерывный процесс улучшения своей деятельности, желание меняться и развиваться. Все изменения после внедрения мероприятий становятся обычной практикой. Если организация заинтересована в дальнейшем развитии, то необходим постоянный мониторинг того, насколько успешно работают все её организационные и производственные системы и подсистемы. Практика свидетельствует, что процесс улучшений безграничен.

В этой связи можно сделать вывод, что бенчмаркинг – вечный двигатель непрерывного самосовершенствования и улучшения деятельности организации, у которого не существует завершающего этапа общего процесса.

Литература

- 1 Голубева, Т.Г. Бенчмаркинг как эффективный инструмент управления организацией / Т.Г. Голубева, О.Н. Елисеев // Качество. Инновации. Образование. – 2004. – № 1. – С. 60 – 62.
- 2 Данилов, И.П. Бенчмаркинг – эффективный инструмент повышения конкурентоспособности / И.П. Данилов, С.Ю. Михайлова, Т.В. Данилова // Стандарты и качество. – 2005. – № 1.
- 3 Кемп, Р. Бенчмаркинг – обзор опыта достижения делового совершенства / Р. Кемп // Европейское качество. – 2004. – № 2.
- 4 Михайлова, Е.А. Основы бенчмаркинга: внутренний сопоставительный анализ // Менеджмент в России и за рубежом. – 2001. – № 4. – С. 121 – 133.
- 5 Михайлова, М.Р. Бенчмаркинг – универсальный инструмент управления качеством // Методы менеджмента качества. – 2007. – № 5. – С. 18 – 21.
- 6 Прыкин, Б.В. Экономический анализ предприятия: учебник для вузов / Б.В. Прыкин. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2000. – 360 с.
- 7 Уайт, С. Основы маркетинга / С. Уайт ; пер. с англ. – М. : Астрель, 2004. – 425 с.
- 8 Фатхутдинов, Р.А. Стратегический маркетинг : учебник для вузов / Р.А. Фатхутдинов. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2003. – 347 с.
- 9 Харрингтон, Х.Дж. Бенчмаркинг в лучшем виде! 20 шагов к успеху / Х.Дж. Харрингтон, Дж.С. Харрингтон. – СПб. : Питер, 2004. – 176 с.
- 10 Мнение экспертов EFQM о лучших практических методах бенчмаркинга // Европейское качество. – 2002. – № 2. – С. 34.
- 11 Багиев, Г.Л. Маркетинг : учебник для вузов / Г.Л. Багиев, В.М. Тарасевич, Х. Анн. – 3-е изд., перераб. и доп. – СПб. : Питер, 2005. – 736 с.
- 12 Белокоровин, Э.А. Опыты с бенчмаркингом (Как мы проводили эталонное сопоставление с японской компанией) // Маркетолог. – 2005. – № 7. – С. 5 – 8.

13 Беляевский, И.К. Маркетинговое исследование: информация, анализ, прогноз: учебное пособие для вузов / И.К. Беляевский. – М.: Финансы и статистика, 2002. – 320 с.

14 Гантер, Б. Типы потребителей: введение в психографику / Б. Гантер, А. Фернхам ; пер. с англ. – СПб.: Питер, 2001. – 304 с.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

АККРЕДИТАЦИЯ И СИСТЕМА МЕНЕДЖМЕНТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ)



ОЦЕНКА МОТИВАЦИИ И СТИМУЛИРОВАНИЯ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

А.Г. Ахметова

АО «Медицинский университет Астана»

Проблема мотивации трудовой деятельности персонала активно обсуждается на страницах периодической печати, в этом направлении проводятся научно-теоретические и практические изыскания, выходят монографии учебники, защищаются диссертации.

В числе приоритетных целей в современном менеджменте организаций является обеспечение прав человека на достойный труд, повышение качества жизни работников и их семей. А для реализации этих целей в области управления персоналом в организациях необходимо усилить мотивацию трудовой деятельности на основе формирования и использования стимулов, побуждающих работников к эффективному, высокопроизводительному труду. От эффективности действующей системы мотивации и стимулирования трудовой деятельности персонала во многом зависит трудовая, социальная и творческая активность каждого работника, которая в итоге положительно повлияет на конечные результаты всей производственно-хозяйственной деятельности организации.

Изучение мотивационной сферы трудовой деятельности медицинских работников позволит выработать и реализовать определенную программу привлечения и закрепления в организации высокопрофессиональных работников, развивать кадровый потенциал через мотивацию профессиональной активности, находить новые способы и механизмы регулирования социально-трудовых отношений.

В рамках диссертационной работы на соискание академической степени магистра делового администрирования по специальности «Общественное здравоохранение» проведено анкетирование медицинских работников АО «Национальный медицинский холдинг», целью которого являлось изучение мотивационной системы и удовлетворенности медицинских работников своей трудовой деятельностью. В структуре выборки 95,2% заняли практические врачи различных специальностей, 2,8% - сотрудники административных подразделений, 1,9% - заведующие отделением.

Так как мотивационную систему работника составляют множество элементов, в предлагаемой респондентам анкете были вопросы, направленные на выявление удовлетворенности оплатой труда, условиями работы, психологическим климатом в коллективе, отношениями с руководством, содержанием работы, возможностями карьерного роста. Также с помощью опроса удалось выявить степень влияния на трудовую активность медицинских работников различных факторов. Кроме того, респондентам предлагалось оценить состояние собственного здоровья (физического и психического), как влияющего на результат работы, так и испытывающего влияние условий и содержания труда. В рамках данной статьи опубликованы некоторые результаты проведенных исследований.

Одним из важных элементов, характеризующих систему мотивации труда сотрудников, является заработная плата. Анализ удовлетворенности медицинских работников материальным вознаграждением своего труда показал, что большинство респондентов – 64,7% - в целом удовлетворены размером своего заработка. При этом значительную часть - 26,7% опрошенных размер заработной платы не устраивает, 8,6% респондентов затруднились ответить на данный

вопрос. Важность экономического фактора трудовой мотивации подтверждает тот факт, что 72,3% опрошенных признают материальное стимулирование как существенно и очень существенно повышающего их трудовую активность.

Как один из элементов мотивационной системы рассматривается стремление и возможность карьерного роста. На вопрос о профессиональных планах на ближайшее будущее лишь 11,4% опрошенных ответили, что планируют перейти на следующую должность. Возможность должностного продвижения не вошла в число пяти наиболее важных характеристик работы опрошенных медицинских работников. При этом, возможность профессионального роста заняла в рейтинге 3 позицию. Кроме того, значительная часть респондентов отмечают необходимость для них продолжения образования в различных формах: прохождения специализации за рубежом, в ведущих клиниках мира, проведения мастер-классов (9,6%), повышения квалификации (6,0%).

При анализе мотивационной системы представляется важным учитывать характер влияния различных факторов как способных стимулировать либо наоборот подавить степень активности в профессиональной деятельности. В предложенной анкете респонденты оценивали степень воздействия ряда факторов на их трудовую активность.

По данным проведенного опроса, на 100% уровень своей трудовой активности оценила лишь пятая часть всех опрошенных (21,9%). Большинство опрошенных врачей по собственному мнению активны в своей работе на 70-80%.

Из 8 предложенных в анкете факторов значительно воздействующих на трудовую активность, повышающих ее, наиболее важными оказались моральное стимулирование (76,2% выбравших) и общий трудовой настрой коллектива (75,3% выбравших). На 7,6% медиков моральное стимулирование труда совершенно не действует и для 6,7% этот фактор является снижающим их трудовую активность. Трудовой настрой коллектива организации никак не влияет на собственное трудовое настроение 8,6% опрошенных и снижает этот настрой у 5,7%. Третьим по значимости для опрошенных оказался фактор материального стимулирования труда. Как повышающий трудовую активность его отметили 72,3% респондентов, совершенно не влияющим на профессиональную активность 10,5%, снижающим фактором его отметили 3,7% респондентов.

Таким образом, можно сделать вывод, что основными факторами, способными повысить активность медицинского работника в его профессиональной деятельности являются моральное стимулирование, общий трудовой настрой коллектива организации и материальное стимулирование.

Заключение: разработанные инструменты социологического анализа трудовой мотивации врачей позволили подробно изучить степень удовлетворенности врачей своей трудовой деятельностью, выявить мотивационные факторы, способствующие повышению трудовой активности медиков, исследовать оценку медиками своего физического и эмоционального состояния.

- Степень удовлетворенности врачей оплатой своего труда, условиями и содержанием работы, отношениями с коллегами и руководителями, возможностями карьерного и профессионального роста можно считать высокой.

- Основными факторами, способными повысить активность медицинского работника в его профессиональной деятельности являются моральное стимулирование, общий трудовой настрой коллектива организации и материальное стимулирование.

Литература

1. Турчинов А.И. Управление персоналом, Москва 2008г.
2. Митрофанова Е.А. Развитие системы мотивации и стимулирования трудовой деятельности персонала организации: теория, методология практика: Автореф. дис...докт. эконом. наук: 08.00.05. М., 2008. – 40 с.

Түйін

Медицина қызметкерлерінің еңбегін арттыруды және ынталандыруды бағалау

А.Г.Ахметова

Медициналық ұйымдардың нәтижелігі мен тиімділігін арттырудың маңызды сәті қызметкерлермен жұмыс істеу болып табылады, демек, оны ынталандыру мен уәждеуді зерттеу де маңызды әрі өзекті болмақ. Зерттеу нәтижелері медицина қызметкерлерінің еңбек белсенділігіне әртүрлі факторлардың әсер ететінін көрсетті, бұл басқарушыларға көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын жақсарту

мақсатында ұйым ішіндегі әлеуметтік-еңбек қатынастарын реттеу мен уәждемелік ынталандыруды арттыру бойынша қажетті шаралар қабылдауға мүмкіндік береді.

Summary

Assessment of motivation and stimulation of employment of health workers

A.G.Akhmetova

A crucial point to improve performance and efficiency of health care organizations is to work with staff and, therefore, research of stimulation and motivation is important and relevant. The results showed the influence of various factors on the labor activity of the medical staff that enables managers to regulate the social and labor relations within the organization and take the necessary measures to enhance the motivational incentives to improve the quality of medical services.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Н. Байсултан

ГККП «Станция скорой медицинской помощи», Астана

В последнее десятилетие большое внимание уделяется диагностике и лечению острых осложнений ишемической болезни сердца (ИБС), так называемых острых коронарных синдромов (ОКС) - нестабильной стенокардии, острой коронарной недостаточности (ОКН), острого инфаркта миокарда (ОИМ), сложных нарушений ритма и внезапной коронарной смерти (ВКС). Новые данные, касающиеся фатальных аритмий, свидетельствуют о главенстве сосудистой, ишемической и электрической нестабильности миокарда, приводящей к внезапному прекращению сердечной деятельности и гибели больных на догоспитальном этапе [1]. Но известно, что ранняя диагностика острых форм ИБС в условия работы бригад скорой медицинской помощи (СМП) и профилактические меры борьбы с ОКС на догоспитальном этапе (ДГЭ) способствуют снижению высокого риска летального исхода, особенно внезапной. При этом установлено, что алгоритмизация в выявлении острых поражений миокарда и оказании СМП пациентам, прегоспитальная антиаритмическая и тромболитическая терапия у больных с ОИМ и организация активного наблюдения больного с ОКС при его отказе от госпитализации действительно влияют на исходы нестабильной стенокардии [2].

На основании анализа данных, посвященных оказанию СМП больным с приступами более в сердце, нами выделен ряд принятых требований к ее организации: автомашины СМП должны быть оборудованы по типу подвижной мобильной станции интенсивной терапии; выездной медицинский персонал должен прибыть на место как можно быстрее (в течение 5-15 мин.); путь бригады должен быть как можно короче: приоритетность при оказании помощи отдается оперативной ЭКГ-диагностике болевого приступа, быстрому его купированию набором лекарственных средств для стабилизации состояния и экстренной доставки больного в стационар.

Не вызывает сомнения, что объем помощи, оказанной при развитии ОКС во многом зависит от уровня квалификации специалистов, работающих на ДГЭ. Успех лечения часто определяют комбинированные действия бригад, когда менее квалифицированные вызывают «на себя» специализированные бригады.

Помощь наиболее эффективна лишь при условии высокой координации действий всех участников (от больного, его родственников и бригад СМП до врачей блока интенсивной терапии стационара) и постоянного повышения качества лечебно-диагностической работы медперсонала скорой помощи.

Решение поставленных задач обеспечивают следующие типы выездных бригад: I тип - линейная, задача которой - оказание СМП при большинстве неотложных состояний. Ее

осуществляют линейные бригады (ЛБ) общемедицинского профиля; II тип - многопрофильная линейная бригада интенсивной терапии (БИТ). Ее задача - оказание помощи при угрожающих жизни синдромах; III тип - специализированная кардиореанимационная бригада, задача которой - оказание реанимационной и анестезиологической помощи в критических сердечно-сосудистых состояниях.

Действующая структура оказания СМП в Астане позволяет за счет ситуационных критериев предварительного отбора вызовов, поступающих в диспетчерскую, точно определить экстренность целевого объекта помощи. Причем четкая организация и проведение экстренной лечебной помощи при обострении хронических форм ИБС или возникновении ОКС помогли не только приблизить кардиологическую помощь к больным, но и обеспечить быстроту прибытия, результативность неотложной терапии и преемственность в динамике лечения больных ИБС.

Детализируя обстоятельства выезда бригад и сроки госпитализации пациентов, мы подтвердили объективную закономерность ДГЭ, когда характер исходов, быстрота развития ВКС и вероятность успеха реанимации определяют 3 временных фактора: время от начала болевого синдрома до обращения за СМП, время от вызова бригады до ее прибытия, время от приезда СМП до госпитализации больного. Несвоевременное обращение за СМП, поздняя госпитализация обуславливают высокую догоспитальную летальность - более 76%.

Повышение эффективности лечения зависит от умения больного соблюдать все наставления, полученные ранее от врачей по активной индивидуальной неотложной терапии болей в сердце имеющимися в домашней аптечке средствами, в связи, с чем в 45% случаев обострение ИБС не сопровождалось развитием свежих очаговых изменений миокарда. Благодаря активному проведению профилактики ИБС, удалось реально сократить количество развившихся осложнений.

Системно-целевой подход в оптимизации СМП кардиологическим больным способствовал разработке более рациональной тактики неотложной терапии, прежде всего за счет алгоритмизации наиболее обоснованных действий бригад по оказанию адекватной лечебной помощи. Она включает в себя алгоритм ЭКГ-диагностических действий врачей, в основе, которой лежит систематизация 7 основных типов ранних ЭКГ-признаков ОИМ соответствующей локализации. Введение алгоритма лечебно-диагностической помощи при ОИМ помогло выработать единый тактический подход в целевом применении лекарственных средств (комбинированные наборы симптоматической, комплексной и неотложной дифференциальной терапии).

При комплексной терапии реанимации кардиологических больных врачи применяли и чередовали наружный массаж сердца - искусственную вентиляцию легких - электрическую дефибрилляцию - лекарство. Алгоритм купирования первичной фибрилляции желудочков (ФЖ) включал введение адреналина, лидокаина, новокаинамида В неотложной терапии вторичной ФЖ инфузионно применяли изупрел, индерал, кордарон и сульфат магния. Экстренный алгоритм устранения асистолии предусматривал использование адреналина (норадrenalина), атропина, дофамина, эуфиллина и ЧКС. Все эти действия укладываются в функции выездной бригады. Наилучшие результаты оживления больных были получены при первичной ФЖ (24%), несколько ниже при вторичной ФЖ (16%), значительно хуже - при асистолии (9%) и отрицательный результат отмечен при электромеханической диссоциации.

Таким образом, стойкий эффект реанимации наблюдался в 49% случаев среди 89 больных с ВКС. Практика лечебно-диагностических мероприятий ДГЭ и объективная оценка ургентных клинических ситуаций подтверждают, что интенсификация работы СМП, сложившаяся система организации, преемственности и алгоритмизация работы медицинского персонала бригад СМП позволяют сократить число случаев внезапных летальных исходов у больных ОКС на 12-13% и увеличить выживаемость больных с нефатальным ОИМ.

Проведенное исследование позволило установить, что существующая система СМП Астаны соответствует современному уровню оказания экстренной помощи кардиологическим больным и отвечает задачам диагностики, лечения и профилактики острых форм ИБС.

Литература

1. Верткин А.Л. Тактика ведения и скорая медицинская помощь при неотложных состояниях. – Москва, 2004. – 391 с.
2. Сулейменова Б.А., Дубицкий А.А. Принципы организации скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в РК. – Астана, 2002. – 126 с.

Түйін

Госпитальге дейінгі кезеңдегі жүректің ишемия ауруына шалдыққан науқастарға медициналық жедел жәрдем көрсетуді жетілдіру

Н. Байсұлтан

Өткізілген зерттеу Астана қаласындағы жедел жәрдем жүйесі кардиологиялық аурулары бар науқастарға шұғыл көмек көрсету деңгейі және диагностика, емдеу және жүректің ишемиялық ауруларының алдын алу қазіргі заман талабына сәйкес екенін көрсетті.

Summary

Perfection of the first help by the patient with the ischemic heart trouble at the pre-hospital stage

N. Baysultan

The conducted research has allowed establishing that the existing system of the first help of a city of Astana corresponds to modern level of rendering of the emergency help to cardiological patients and answering to problems of diagnostics, treatment and preventive maintenance of sharp forms of an ischemic heart trouble.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ю.А. Белоног

*КГП на ПХВ «Областная больница Акимата Северо-Казахстанской области,
г. Петропавловск*

Внутрибольничные инфекции (синоним нозокомиальные инфекции) - инфекционные болезни, связанные с пребыванием, лечением, обследованием и обращением за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение. Присоединяясь к основному заболеванию, внутрибольничные инфекции ухудшают течение и прогноз болезни. Внутрибольничные инфекции (ВБИ) представляют одну из важных проблем современного здравоохранения. Исследования, проведенные в разных странах мира, показывают, что внутрибольничные инфекции являются одним из наиболее частых осложнений госпитализации [1,2].

В 2008 году в Казахстане зафиксировано 538 случаев внутрибольничных инфекций. За 1 полугодие 2009 г по Акмолинской области отделом внутрибольничного контроля зарегистрировано 4 случая внутрибольничной инфекций, при этом показатель заболеваемости на 1000 госпитализированных составило 0,1.

Ущерб, связанный с внутрибольничной заболеваемостью, складывается из удлинения времени пребывания больных в стационаре, роста летальности, а так же сугубо материальных потерь. Однако существует еще и социальный ущерб, не поддающийся стоимостной оценке (отключением больного от семьи, трудовой деятельности, инвалидизация, летальные исходы и пр.). Такой экономический ущерб, связанный с внутрибольничными инфекциями, в США оценивается в 4,5-5 млрд. долларов ежегодно [3].

В последние годы отмечается увеличение по всем стационарам города Астаны показателей частоты выявления ВБИ как абсолютных величин, так и на 1000 госпитализированных. Несмотря на увеличение абсолютных показателей частоты регистрации ВБИ в стационарах города, отмечается увеличение числа пролеченных случаев за этот период, почти в 2 раза. Если в 2002 году зарегистрировано 5 случаев ВБИ, то в 2009 году этот показатель увеличился в 1,4 раза. Соответственно по всем лечебно-профилактическим учреждениям города Астаны отмечается увеличение лабораторно подтвержденных случаев ВБИ. С 2002 отмечается постоянное увеличение случаев регистрации внутрибольничной инфекции в ЛПУ города, только в 2009 году отмечено незначительное снижение.

Увеличение регистрации случаев ВБИ необходимо расценивать как положительную тенденцию. Напомним, что частота регистрации ВБИ в развитых странах составляет до 90 случаев на 1000 госпитализированных.

Анализ частоты регистрации ВБИ в ННМЦ и НИИТО показал, что рост числа регистрации нозокомиальной инфекции увеличивается постепенно. Проанализировав полученные данные, пришли к заключению, что увеличение не связано с изменением политики руководства клиник и изменением управленческих решений. Все еще на сегодняшний день сложился стереотип нежелания фиксировать случаи внутрибольничного распространения инфекции. Регистрируются, скорее всего, только те случаи, когда внутрибольничное инфицирование скрыть уже невозможно. Для мониторинга случаев ВБИ, изучения путей распространения, проведения адекватных профилактических мероприятий необходимо принятие управленческих решений об обязательной регистрации всех случаев ВБИ, на работе медицинского персонала это не должно отображаться негативно. Только в такой ситуации можно взять инфекцию под контроль.

Анализируя полученные данные необходимо констатировать неполный учет ВБИ. Более четко организовано выявление ВБИ при возникновении у больного гнойного осложнения, значительно хуже в отделениях хирургического профиля при возникновении других форм ВБИ, в отделениях терапевтического профиля они регистрируются реже.

В результате проведенного исследования и анализируя литературные данные, пришли к заключению, что все предлагаемые стандарты являются взаимосвязанными и имеют определенную последовательность.

Эффективность последующих стандартов зависит от результатов предыдущих: Структура управления (желание руководства фиксировать все случаи ВБИ и проводить мониторинг). → Микробиологическое обеспечение инфекционного контроля (изучение микробного пейзажа отделений для выявления групп риска и распространенности условно-патогенной микрофлоры) → Обучение персонала (регистрация случаев ВБИ не должно приводить к карательным мерам как к медицинскому персоналу, так и к руководству клиник). → Охрана здоровья персонала (большое внимание должно уделяться охране здоровья персонала, так, медицинские сестры перевязочного кабинета относятся к группе повышенного риска). Данный стандарт, во многом определяется структурой управления ЛПУ. → Эпидемиологическая диагностика госпитальных инфекций (необходимо разработать или адаптировать имеющиеся международные нозологические формы, которые необходимо регистрировать как случай ВБИ). → Учет и регистрация госпитальных инфекций (как показало проведенное исследование, в данном направлении система развита слабо). → Профилактические и противоэпидемические мероприятия в системе инфекционного контроля (из-за недорегистрации случаев ВБИ, на сегодняшний день оценить результативность профилактических мер сложно, даже невозможно).

Учитывая ежегодное увеличение финансирования на профилактику ВБИ, постепенное увеличение зарегистрированных случаев ВБИ, следует признать, что структура управления функционирует удовлетворительно. По данному разделу, в плане улучшения, необходимо значительно снизить, возможно отменить, негативное мнение при регистрации случаев ВБИ.

По второму пункту, микробный пейзаж отделений лучше всего поставлен в ННМЦ, где регистрируется более 120 видов микроорганизмов. В НИИТО работа по данному направлению поставлена удовлетворительно.

Обучение персонала диагностике внутрибольничных инфекций страдает, нельзя признать удовлетворительным. На сегодняшний день случай ВБИ легче скрыть, чем предотвратить. Низкая регистрация случаев ВБИ обусловлена не только нежеланием медицинского персонала, но также и не знанием нозологических форм внутрибольничной инфекции. Охране здоровья персонала в клиниках уделяется достаточное внимание, скорее всего данный раздел в большей степени зависит от структуры управления.

Учет и регистрация госпитальных инфекций в клиниках города Астаны, и всего Казахстана развиты слабо. Ежегодно регистрируются только единичные случаи ВБИ, показатель на 1000 госпитализированных составляет от 0,1 до 1,7 случая, в то время как по данным ВОЗ среднемировой показатель составляет 84 случая.

Таким образом, для совершенствования системы профилактики ВБИ необходимо:

1. Руководству клиник необходимо постоянное повышение финансирования затрат на профилактику ВБИ адекватно увеличению числа пролеченных случаев (в ННМЦ в 2009 году по сравнению с аналогичным показателем 2006 года количество пролеченных случаев за аналогичный период выросло на 40,3%, в то время как экономические затраты проведенных лабораторных исследований увеличились только на 5,9%).
2. Микробиологические лаборатории должны определять весь спектр потенциально опасных возбудителей микробного пейзажа (в НИИТО определяют не более 20 видов микроорганизмов, в то время как в ННМЦ более 120).
3. Необходимо разработать или адаптировать имеющиеся международные нозологические формы ВБИ (в Казахстане не существует перечня заболеваний и нозологических форм, которые должны быть отнесены к ВБИ).
4. Регистрация случаев ВБИ не должна приводить к карательным мерам, как к медицинскому персоналу, так и к руководству клиник.

Представленный комплекс мероприятий должен повысить частоту регистрации ВБИ, что позволит проводить оценку и судить об эффективности проводимых профилактических мероприятий.

Литература

1. G.Pall and G.Petras, Information data on the incidence of nosocomial infections in Hungary // Orv. Hetil. -1990. – 131: - P.1411-14.
- 2 А.Л.Котова Клиническая микробиология // Методические указания . – Алматы. – 2004. – 162 с.
- 3 Пензенский государственный университет Кафедра гигиены, общественного здоровья и здравоохранения Внутрибольничные инфекции: понятие, распространенность, пути и факторы передачи, факторы риска, система профилактики //Учебно-методическое пособие для студентов г. Пенза, 2005.-С42

Түйін

Ішкі инфекциялық аурулардың алдын алу жолдарын белсендіру

Ю.А. Белоног

Ұсынылып отырған шаралардың кешені ішкі ауруханалық жұқпаларды тіркеу деңгейін жоғарылату қажет, яғни жүргізіліп жүрген алдын алу шараларының тиімділігіне баға береді.

Summary

Ways of optimization of prevention of nosocomial infections

U.A. Belonog

Presented a set of measures should increase the frequency of nosocomial infections register, which will assess and judge the effectiveness of preventive measures.

СПОСОБ АНАЛИЗА ПОВТОРНЫХ ВЫЗОВОВ НА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

*Ф.Д. Бимбетова, Г.Ж. Каспакова
ГККП Станция скорой медицинской помощи, г. Астана*

В настоящее время совершенствование скорой медицинской помощи должно идти по пути улучшения качества оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе [1].

При этом повторные вызовы могут служить «маркерами» определения качества оказания скорой медицинской помощи: процент повторных вызовов, доля повторных вызовов по вине выездных бригад. Повторным считается вызов больного, обслуженный в течение 24 часов после окончания первичного, а при нескольких повторных вызовах - предыдущего его вызова. Уменьшить частоту повторных вызовов скорой помощи возможно, улучшая диагностику, качество оказания помощи, правильной тактикой врача (фельдшера) скорой помощи при обслуживании больного [2]. К дефектам обслуживания больного относятся: недостаточная или неэффективная помощь; осложнения применения лекарственных препаратов; отсроченная госпитализация больного; изменение диагноза при повторном вызове; летальный исход у больного при повторном вызове.

При экспертизе повторного вызова выявляются все имеющиеся дефекты при обслуживании первичного (предыдущего) вызова: недостаточная или неэффективная помощь - повторный вызов поступил ранее, чем через 6 часов (общепринятый интервал введения лекарственных средств терапевтического стационара), дополнительно оказана была помощь.

Исключение составляют случаи, когда при первичном вызове больной отказывался от помощи в целом или от отдельных ее компонентов, состояние больного объективно не требовало оказания помощи или было некурабельным.

Не будет считаться повторным по вине бригады вызов, если помощь оказывалась при другом синдроме, отсутствовавшем при предыдущем вызове и не являющимся осложнением помощи предыдущего вызова: осложнения применения лекарственных препаратов в виде побочного действия, аллергической реакции, усугубления тяжести основного заболевания или развития осложнений, осложнения манипуляций; отсроченная госпитализация - доставка больного при повторном вызове в стационар, за исключением случаев, когда по состоянию больного объективно не требовалась госпитализация при предыдущем вызове, либо больной отказался от госпитализации с подписью в этом в карте вызова.

Не является отсроченной госпитализацией и ситуация, когда больной доставлен в стационар при предыдущем вызове: изменение диагноза при повторном вызове - при наличии этого синдрома заболевания и при предыдущем вызове, не будут считаться расхождением диагноза заболевания со схожими клиническими проявлениями, требующими для уточнения диагноза инструментальных методов исследования, недоступных в условиях скорой помощи; летальный исход у больного при повторном вызове - кроме случаев некурабельного состояния больного или отказе больного от госпитализации в стационар, о чем при предыдущем вызове должен был быть информирован старший врач станции.

При обслуживании вызова может выявиться не один дефект, а несколько, например: помощь была оказана неэффективно (повторный вызов поступил через меньший, чем 6-часовой интервал времени, дополнительно оказана была помощь) и госпитализация в стационар с развившимся осложнением заболевания и т.п.

Это продиктовало необходимость подсчета коэффициента «дефектности» повторных вызовов по вине бригад = сумма дефектов/количество повторных вызовов по вине бригад.

Таким образом, данный способ анализа повторных вызовов используемый на станции скорой медицинской помощи города Астаны с 2008 года, с его помощью удалось

уменьшить долю субъективизма при экспертизе повторных вызовов, ввести единые для всех подстанций критерии оценки при определении дефектов при обслуживании вызовов бригадами скорой помощи. Анализ причин повторных вызовов помогает в устранении их и улучшении качества оказания помощи на догоспитальном этапе населению.

Литература

- 1 Сулейменова Б.А., Дубицкий А.А. Принципы организации скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе в Республике Казахстан.- Астана, 2002. – 126 с.
- 2 Дубицкий А.А. Метод анализа ошибочной диагностики медицинского персонала скорой помощи.- Астана, 2010. – 38 с.

Түйін

Жедел жәрдем станцияларындағы қайта шақыруларды талдаудың әдісі

Ф.Д. Биімбетова, Г.Ж. Қаспақова

Бригадалардын кесірінен болатын жедел жәрдем қызметтерін қайта шақыру коэффициентін есептеу әдісі ұсынылды. Оны айқындалған міндердің сандық көрсеткішінің бригадаларды қайта шақыру санына қатысы негізінде есептейді.

Осының көмегімен қайта шақырулар сараптамасында субъективизмнің еншісін едәуір азайту мүмкін болып, барлық подстанцияларға бірдей қызмет көрсетудегі міндерді анықтаудың критерийлері енгізілді.

Summary

Way of the analysis of repeated calls at station of the first-aid

F.D. Bimbetova, G. Zh. Kaspakova

The way of calculation of factor of repeated calls because of brigades counted by the relation of the sum of the revealed defects to quantity of repeated calls because of exit brigades is offered.

With its help it was possible to reduce a subjectivity share at examination of repeated calls, to enter uniform for all substations criteria of an estimation at definition of defects at service of calls by first aid brigades.

О НЕКОТОРЫХ МЕРАХ ПО УЛУЧШЕНИЮ САНИТАРНО-ЭКОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ МУГОЛЖАРСКОГО РАЙОНА АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ

С.К. Дилимбетов

Управление ГСЭН КГСЭН МЗ РК по Муголжарскому району Актюбинской области

Проблема влияния неблагоприятных факторов окружающей среды на жизнь и деятельность человека остается актуальной и в настоящее время. Это связано с возросшим техногенным загрязнением объектов окружающей среды выбросами промышленных предприятий, в том числе нефтегазового сектора.

Муголжарский район является одним из крупных районов области, занимает обширную территорию площадью 2,8млн.га. недра района обладают многими видами полезных ископаемых, которые составляют значительную часть минерально-сырьевого комплекса Актюбинской области.

На территории района работают свыше 20 недропользователей по разведке и добыче нефти и газа, твердых полезных ископаемых, важных для развития промышленности региона.

Разработка месторождения «Жаназол» начата в 1983 году на территории 12000 га. Техногенную нагрузку на окружающую среду Муголжарского района в основном оказывают предприятия добыче и переработке нефти и газа. На этой территории наиболее экологически неблагополучным объектом является Жанозольский газоперерабатывающий завод. Основная деятельность ЖГПЗ – очистка нефти месторождения от попутного природного газа.

Основная доля выбросов из общего объема приходится на выбросы от сжигания попутного газа на факелах, ежегодно сжигается свыше 1 млрд.м3 попутного газа при добытом объеме газа свыше 2,0млрд.м3.

Кроме этого, постоянно происходит сжигание нефти и газа непосредственно на месторождениях, что является нарушением Единых правил разработки нефтяных и газовых месторождений, утвержденных Правительством Республики Казахстан.

Нами проведен анализ состояния атмосферного воздуха в районе размещения предприятий по добыче и переработке нефти и газа за последние три года (рисунок).

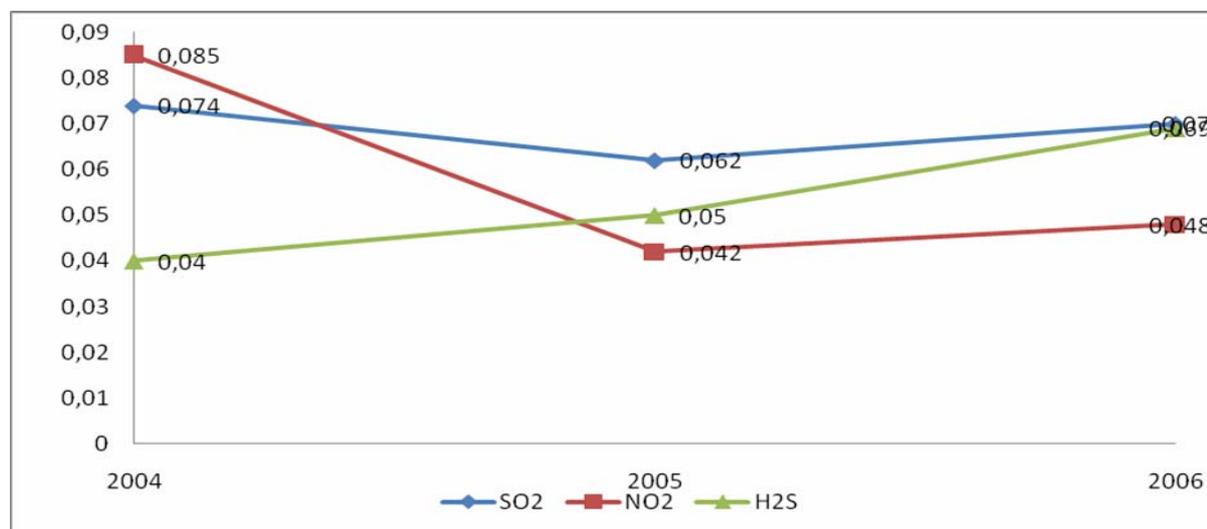


Рисунок - Среднегодовые концентрации специфических загрязнителей в воздухе населенных мест Муголжарского района.

Как видно из показателей (рисунок), отмечается повышенные уровни диоксида азота и сероводорода, сероводорода, диоксида серы. Кроме того, в районе вахтового поселка, поселка «Жаназол» и отделения «Сага» концентрации диоксида серы и азота, сероводорода не превышают гигиенические нормативы. В атмосферном воздухе в районе кошар №1 и 2 обнаруживались несколько более высокие концентрации вышеперечисленных химических веществ, особенно сероводорода по сравнению с предельно-допустимыми концентрациями.

Значительным нарушением является загрязнение земельных и водных ресурсов в результате разлива нефтепродуктов, отходами производства, порча почвенного плодородного слоя и его уничтожение во время обустройства объектов нефтедобычи. Слабо ведется сбор и сдача металлолома с территории месторождения.

По территории района протекает река Жем, которая используется для хозяйственно-бытовых нужд и полива сельскохозяйственных угодий. В проведенных исследованиях установлено загрязнение воды водоема нефтепродуктами, фенолом соответственно 0,38 и 0,119мг/л, мышьяком – 0,37мг/л, железа – 0,33мг/л. С учетом практически отсутствующей проточности реки может сложиться ситуация, сопряженная с ухудшением процессов самоочищения, ухудшением химических, физических и гидробактериологических показателей воды.

Общеизвестно, что рост промышленного производства приводит к увеличению объема выбросов промышленных отходов, поступающих в окружающую среду, что отрицательно сказывается на состоянии объектов окружающей среды и здоровья населения.

В результате совместных проверок с областным и районным территориальным управлением охраны окружающей среды проводится определенная работа по выполнению природоохранных мероприятий. Получены необходимые разрешения и согласования на природопользование, разработаны программы мониторинга за состоянием объектов окружающей среды и здоровья населения.

По нашим предписаниям выполнены следующие наиболее значительные мероприятия: перевод работы котельной нефтеналивной эстакады с жидкого топлива на газ; расширение очистных сооружений в п.Жанажол с увеличением производительности для биологической очистки бытовых сточных вод; обустройство устьев нефтяных скважин и замена трубопроводов системы сбора и транспорта нефти; завершение строительства полигона промышленных отходов на месторождении «Жанажол».

Для оздоровления санитарно-экологической обстановки и устранения нарушений необходимо выполнить: провести рекультивацию нарушенных земель площадью 610га;

- завершить строительство газоперерабатывающего завода; осуществить сбор со всей территории металлолома и бетонолома с дальнейшей ее утилизацией; установить приборы учета сжигаемого газа на факелах, а также приборы учета содержания сероводорода в сжигаемом газе.

Таким образом, проведенные приоритетные мероприятия по оздоровлению и охране объектов окружающей среды создают благоприятные условия для жизни населения и уменьшению загрязнений среды их проживания.

Түйін

Ақтөбе облысындағы Мұғалжар ауданының санитарлық-экологиялық жағдайын жақсартатын бірнеше шаралар

С.К. Ділімбетов

Сауықтыру бойынша іс-шаралар өткізу және халық өміріне қошаған ортаның қолайлы жағдайын тудызу, қошаған орта залалдануын азайту және турғындар.

Summary

About certain measures to improve sanitary district environmental status in mugolzharsk area Aktobe region

S.K. Dilimbetov

Carrying out priority activities for the rehabilitation and protection of the environment create favorable conditions for the population and reduce pollution of their environment.

АНАЛИЗ ОБРАЩАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ПО ПОВОДУ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗОВ ПО ГОРОДУ АСТАНА

Г.Ж. Каспакова, Ф.Д. Бимбетова

ГККП «Станция скорой медицинской помощи», г. Астана

Работа посвящена анализу обращаемости населения крупного города за неотложной медицинской помощью по поводу артериальной гипертензии (АГ) и основана на результатах статистического анализа карт вызовов за период 2008-2010 гг. на базе городской станции скорой медицинской помощи (ГССМП).

Для обслуживания жителей города и прикрепленных районов ГССМП располагает 67 бригадами, расположенными на 4 подстанциях, дислоцируемых в разных районах города с учетом численности населения. Как показал статистический анализ обращаемость населения за скорой и неотложной медицинской помощью имеет достаточно стабильную тенденцию - ежегодно до 30-35% населения прибегает к услугам службы «103» при этом, от общего числа обращений от 20,8 до 22,2% вызовов приходится на заболевания сердечно-сосудистой системы.

Частота обращений населения по поводу АГ остается на протяжении последних лет стабильно высокой (35,2-36,8%), оставаясь ведущей патологией среди заболеваний сердечно-сосудистой системы. При определении прогнозных уровней обращаемости населения по поводу АГ было установлено, что он имеет вид экспоненциальной

возрастающей с незначительными отклонениями «чернового» тренда от выровненных рядов. Полученные данные в определенной степени отражают состояние медицинского обслуживания населения врачами амбулаторно-поликлинической службы города. Поликлиники города не заинтересованы в полном охвате населения, так как это требует дополнительных средств и усилий с одной стороны, а с другой - поликлиника выполняет план посещений за счет самостоятельно обратившихся прикрепленных жителей.

Такой подход к обслуживанию населения на поликлиническом уровне ведет к увеличению нагрузки на ГССМП. Наряду с этим увеличению частоты обращаемости за скорой медицинской помощью населения по поводу АГ могут способствовать социально-экономические причины: низкие бытовые и материальные условия жизни населения, малая доступность населения к необходимым диагностическим исследованиям на амбулаторно-поликлиническом этапе, а также доступность службы скорой медицинской помощи.

Данное положение подтверждается анализом обращаемости населения в зависимости от пола и возраста больных. Наиболее часто за медицинской помощью обращаются женщины (76,3%), по сравнению с мужчинами (23,7%). Анализ структуры вызовов бригад скорой помощи в зависимости от возраста больных показал, что обращаемость населения по поводу АГ увеличивается с возрастом: с 2,1% (20-29 лет) до 33,2% (в 70 лет и более). Наиболее часто за медицинской помощью обращаются больные старших возрастов 51-60, 61-70, 70 лет и более (17,2, 26,2 и 33,2% соответственно). При этом обращаемость мужчин молодого возраста (до 50 лет) недостоверно чаще по сравнению с женщинами (18,7 против 14,9% соответственно). В старших возрастных группах обращаемость мужчин также как и женщин практически одинаковая, достигая более высоких цифр среди больных 60-69 и 70 лет и более.

Высокая обращаемость населения старших возрастов по поводу АГ по-видимому связана с изменившейся ситуацией по медицинскому обслуживанию населения, отсутствием профилактических мероприятий среди данного контингента и, в немалой степени, изменением диагностических критериев АГ, новыми подходами к лечению и обследованию больных [1]. При анализе структуры причин ГК было отмечено, что наиболее частыми пациентами бригад скорой помощи являются больные гипертонической болезнью II стадии (57,5%), в 14,2% - III стадии, а в 11,6% - I стадии, что еще раз показывает недостаточную работу врачей первичного звена по лечению и профилактике АГ среди населения. Примерно в 90% случаев больные после стационарного лечения в дальнейшем не наблюдаются на уровне поликлинического звена, не проводится их реабилитация и диспансеризация.

В 10,8% и 5,9% случаев ГК возникали у больных с симптоматическими артериальными гипертензиями (САГ) и установленным диагнозом нейроциркуляторной дистонии. Как известно, клинические варианты ГК определяются скоростью нарастания системной артериальной гипертензии и степенью нарушения регионарного кровообращения. При этом, по доминирующим клиническим проявлениям различают церебральный, кардиальный и смешанный варианты ГК. Вместе с тем, все варианты ГК в той или иной степени сопровождаются церебральными симптомами. При анализе клинической симптоматики гипертензивных кризов у 385 больных было установлено, что ведущими являлись жалобы церебрального характера - головная боль (76,3%), головокружение (32,8%), шум в ушах (15,7%). В 11,4% случаев описанные жалобы сопровождались тошнотой и рвотой, в 10,5% - общей слабостью. Кардиальные проявления ГК в виде болей в области сердца, учащенного сердцебиения отмечались в 8,9 и 7,3% случаев соответственно.

Таким образом, полученные нами предварительные данные свидетельствуют, что наиболее частой причиной обращения населения за скорой медицинской помощью, особенно среди женщин и лиц старших возрастов, является ГК, который чаще развивается при эссенциальной артериальной гипертензии (83,3%) и сопровождается преобладанием общемозговой симптоматикой.

Согласно прогнозу, ежегодно число обращений по поводу артериальной гипертензии будет возрастать на 0,2% [2].

Литература:

- 1 Арабидзе Г.Г. Гипертонические кризы: классификация, диагностика осложнений, лечение //Кардиология. - 2003. - №10. - С. 86-90.
- 2 Доклад комитета экспертов ВОЗ. Борьба с артериальной гипертензией //Женева. - 2004.

Түйін

Астана қаласы бойынша гипертензиялық криз мәселелеріне байланысты жедел жәрдем қызметіне науқастардың хабарласуын саралау

Г.Ж. Қаспақова, Ф.Д. Биімбетова

Өткізілген зерттеу, халықтың жедел медициналық жәрдемге хабарласуларының, әсіресе әйел адамдар мен жасы үлкен азаматтардың, жиі себебі болып жалпы ми симптоматикасы ілесекен гипертензиялық криз екенін көрсетті.

Summary

The analysis of negotiability of patients behind the first help concerning hypertensive illness in Astana city

G. Zh. Kaspakova, F.D. Bimbetova

The conducted research has shown that the most frequent reason of the reference of the population behind the first help, especially among women and persons of advanced ages, is the hypertensive crisis in overwhelming number of cases accompanied brain semiology.

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ СРЕДЫ И ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ СРЕДИ РАБОЧИХ В ГОРОДЕ АСТАНА

А.П. Ким, Н.И. Тулебаева

*Департамент Комитета госсанэпиднадзора
МЗ РК по г. Астана*

В отделе санитарно-эпидемиологического надзора Департамента Комитета госсанэпиднадзора МЗ РК (по г. Астана) по контролю за промышленными объектами по штатному расписанию имеются: 1 ставка начальника отдела, 3 главных специалистов (из них 2 инженера), 4 ведущих специалистов, все они заняты и работают - 7 человек.

В 2010 году проводился контроль за 1066 предприятиями малого, среднего и крупного предпринимательства (в 2009 г. 1057 объектов, увеличение на 9 объектов среднего и крупного бизнеса), с численностью работающих 60740 человек, из них женщин 11004 человек, работающих во вредных и неблагоприятных условиях труда 13183 человека, из них женщин 3566 человек.

Обследовано 761 объектов, число обследований 1209, с применением лабораторно-инструментальных методов исследования 67 объектов. В связи с отсутствием в 1 квартале 2010 года, утвержденных КГСЭН МЗ РК проверочных листов, плановые обследования объектов были временно приостановлены.

Одним из приоритетных направлений отдела в области контроля за промышленными предприятиями является последовательное снижение содержания вредных веществ в воздухе рабочей зоны, с доведением их в конечном итоге до ПДК, в первую очередь веществ 1 и 2 классов опасности.

Отмечается стабильность удельного веса несоответствующих проб вредных веществ в воздухе рабочих зон закрытых помещений промышленных объектов.

За отчётный период произведен отбор проб в воздухе рабочей зоны: на пары и газы 1026 проб (в 2009 г.-795 проб), из них выше ПДК в 3 пробах (в 2009г. выше ПДК -12 проб), удельный вес несоответствующих проб составил- 0,3 (2009 г.-1,5%); на содержание веществ 1 и 2 классов опасности отобрано - 189 проб (2009 г.-108 проб), из них выше ПДК в 3 пробах, удельный вес несоответствующих проб составил - 1,6%, (2009г.- не обнаружено).

Отобрано проб на пыль и аэрозоль 1146 проб (2009г.-1194 проб), из них с превышением ПДК не обнаружено (2009г.- несоответствующих 9 проб), удельный вес составил в 2010 г. - 0 (в 2009 г.-0,75%); на вещества 1 и 2 классов опасности в 2010г. отобрано 510 проб, превышений не обнаружено (в 2009г.-528 проб, выше ПДК не обнаружено).

В отчетном году из 67 обследованных объектов с применением лабораторных методов исследования выявлено на 1 объекте превышение ПДК вредных веществ в воздухе рабочей зоны, это: ИП «Султанов», в мебельном цехе обнаружено превышение формальдегида в 6,2 раза. На момент проведения отбора проб воздуха не работала вытяжная система вентиляции, дано предписание, на индивидуального предпринимателя Султанова А.А. составлен протокол и наложено административное взыскание в виде штрафа 10 МРП.

За отчетный период 2010 года на 24 объектах улучшены условия труда и быт рабочих за счёт выполнения санитарных предписаний и санитарно-оздоровительных мероприятий, это: ТОО «Темеш АСМ», ТОО «Автобусный парк №3 VT», Компания «Алсим Аларко Санай Теснелери Ве Тиджарей АШ», ТОО «Нати», ИП «Рудинский», ТОО «Astek Auto», АО «Экотон+», ТОО «Астана Камкор», ТОО «Астана Тазалык», ТОО «Казэлектромонтаж-А», ТОО «Форсаж Авто», ТОО «Автостиль», ГЦТ «Астанателеком», ТОО «Целинасантехмонтаж» и другие, где проведена ревизия отопительных и приточно-вытяжных систем вентиляции, канализационных и водопроводных систем, проведен текущий ремонт санитарно-бытовых помещений, остекление оконных проёмов, утепление входных дверей и ворот в боксах, благоустройство территорий.



Рисунок - Заболеваемость с временной утратой трудоспособности на 1000 работающих лиц.

Исходя из рисунка, заболеваемость с временной утратой трудоспособности рабочих промышленных предприятий г.Астаны в 2010 году составила 28,1 случаев на 100 работающих, в днях 269,0 на 100 работающих (в 2009 году составила 28,2 случаев на 100 работающих, в днях 275,9 на 100 работающих).

В структуре заболеваемости на 1 месте - простудные заболевания, на их долю приходится 38,1% (в 2009 году- 39,7%) от общего числа заболеваний; на 2 месте - прочие болезни и составляют - 19,1% (в 2009 г.-19,6%); на 3 месте - обострение хронических заболеваний органов дыхания (бронхиты, астмы и др.) - 6,5 % (2009г.- 6,2 %).

В динамике (таблица) наблюдается тенденция к стабилизации заболеваемости с временной утратой трудоспособности рабочих, как в абсолютных величинах, так и в относительных: в случаях 6330, в днях 60585, так и на 100 работающих (в 2009 году в случаях 6324, в днях 61807), так и на 100 работающих).

Таблица - Структура заболеваемости по нозологическим формам за период 2009- 2010 годы в абсолютных цифрах

Нозологические формы заболеваний	Номер строки	Число случаев временной нетрудоспособности		Число календарных дней временной нетрудоспособности	
		2009 год	2010 год	2009 год	2010 год
Кишечные инфекции	01				
Туберкулез органов дыхания	02	19	21	1235	1407
Психические расстройства	03				
Болезни периферической нервной системы	04	84	88	779	862
Болезни глаза и его придатков	05	67	59	656	561
Болезни уха и сосцевидного отростка	06	75	62	607	508
Ревматизм в активной фазе и хронические ревматические болезни сердца	07	42	54	370	454
Гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и сосудистые поражения мозга с гипертонией	08	275	282	3059	3283
Ишемическая болезнь сердца и другие формы болезней сердца без гипертонии	09	147	163	1485	1679
Болезни артерий, артериол и вен	10	79	86	687	731
Острый фарингит и ангина (тонзилит)	11	234	247	1850	2001
Другие острые респираторные инфекции	12	2028	2041	21902	20614
Другие болезни верхних дыхательных путей	13	102	126	683	844
Пневмония	14	137	143	1863	1831
Грипп	15	16	-	141	-
Обострение хронических заболеваний органов дыхания (бронхита, астмы и др.)	16	389	411	2776	2877
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	17	88	74	633	651
Гастрит и дуоденит	18	81	68	486	442
Болезни печени, желчного пузыря и поджелудочной железы	19	173	151	1332	1087
Болезни почек мочевых путей	20	210	223	1617	1806
Воспалительные болезни женских тазовых органов и другие болезни женских половых органов	21	182	175	1729	1628
Осложнение беременности и послеродового периода, кроме аборт (до и после отпуща по беременности и родам)	22	74	62	703	589
Инфекции кожи и подкожной клетчатки	23	55	68	478	612
Другие воспалительные болезни кожи и подкожной клетчатки(дерматиты, экзема и др.)	24	83	77	755	701

Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	25	201	233	1869	2051
Прочие болезни	26	1238	1209	10771	10760
Травмы и отравления в связи с производством	27	48	37	1190	814
Травмы и отравления по пути на работу	28	81	63	875	561
Травмы и отравления в быту	29	116	107	1276	1231
Итого по всем болезням (01-29)	30	6324	6330	61807	60585

Таким образом, практически на всех анализируемых предприятиях заболеваемость с временной утратой трудоспособности стабильная, так например: на ТЭЦ-2 АО «Астана-Энергия» составила в случаях 57,2 на 100 работающих, в днях 506,1 на 100 работающих (в 2009 году в случаях 60,4 на 100 работающих, в днях 515,9 на 100 работающих), на ТЭЦ-1 АО «Астана-Энергия» составила в случаях 48,9 на 100 работающих, в днях 551,3 на 100 работающих (в 2009 году в случаях 51,0 на 100 работающих, в днях 638,6 на 100 работающих), ТОО «Концерн Цесна- Астык» составила в случаях 43,1 на 100 работающих, в днях 355,1 на 100 работающих (в 2009 году в случаях 40,1 на 100 работающих, в днях 323,5 на 100 работающих).

С целью профилактики соматической и профессиональной заболеваемости отделом проводится контроль за выполнением профилактических мероприятий по улучшению условий труда, питания и быта рабочих.

Литература

- 1 Итоги деятельности санитарно-эпидемиологической службы г.Астаны за 2009 год и задачах на 2010 год. Астана. ДГСЭН КГСЭН МЗ РК.2010г. 57с.
- 2 Итоги деятельности санитарно-эпидемиологической службы г.Астаны за 2010 год и задачах на 2011 год. Астана. ДГСЭН КГСЭН МЗ РК.2011г. 62с.

Түйін

Астана қаласында өндірістік орта мен уақытша еңбекке жарамсыз жұмысшылардың санитарлық-гигиеналық сипаттамасы

А.П. Ким, Н.И. Төлебаева

Осы мақалада Астана қаласын өндіріс кәсіпорындарының санитарлық гигиеналық мініздеме және уақытша еңбекке жарамсыз жұмысшыларының ауру-сырқау жағдайы берілген.

Summary

Sanitary and hygienic characteristics of working environment and morbidity with temporary disability among workers in Astana city

A.P. Kim, N.I. Tylebaeva

The paper presents the sanitary-hygienic characteristics of industrial enterprises in Astana and the state of incidence of workers with temporary loss of working age.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ СОТРУДНИКОВ СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ГОРОДЕ АСТАНА

Р.О. Молдабекова

ГККП «Станция скорой медицинской помощи», г. Астана

Заболеваемость - показатель распространения болезней, выявленных и зарегистрированных в течение года среди населения в целом или отдельных группах (возрастных, половых, территориальных, профессиональных и других), исчисляемый на определенное количество населения [1].

Изучение заболеваемости населения является необходимым условием для правильной организации работы учреждения. Данные заболеваемости являются основными в оценке состояния здоровья определенных групп населения и эффективности мероприятий по его охране и улучшению. Одним из основных источников информации при изучении заболеваемости являются сведения о временной нетрудоспособности работающих в связи с болезнью.

Нами проведен анализ заболеваемости сотрудников станции скорой медицинской помощи (ССМП) города Астаны за 3 года (2008 - 2010 гг.), результаты которого можно представить в виде таблицы.

Таблица - Структура временной нетрудоспособности сотрудников станции СМП в зависимости от возраста

Наименование заболеваний	Возраст		
	20-30 лет	31-40 лет	> 40 лет
Заболевания органов дыхания	36,3 %	33,1 %	30,7 %
Заболевания опорно-двигательного аппарата	32,1 %	39,6 %	28,3 %
Заболевание сердечно-сосудистой системы.	10,1 %	52,3 %	42,8 %
Заболевания органов пищеварения.	50,2%	38,9 %	11,0%.
Заболевание почек.	53,7 %	37,5 %	9,7 %
Заболевание женских половых органов.	71,1 %	20%	8,9 %

Если учитывать, что количество работающих на ССМП за эти годы не изменялось, то можно сделать вывод, что первое место среди причин временной нетрудоспособности занимают заболевания органов дыхания, на втором - заболевания опорно-двигательного аппарата и несчастные случаи, на третьем - заболевания сердечнососудистой системы.

К концу 2010 года, по сравнению с 2008 годом, увеличилось количество случаев заболеваний среди сотрудников ССМП, но количество дней нетрудоспособности остается на прежнем уровне. Увеличилось количество заболеваний опорно-двигательного аппарата (куда относятся и несчастные случаи, травмы среди сотрудников) и заболевания органов дыхания. Уменьшилось количество заболеваний сердечнососудистой системы, органов пищеварения, почек. Заболевание органов дыхания чаще встречаются у сотрудников молодого возраста 20-30 лет, также как и заболевания органов пищеварения, заболевания почек и заболевание женских половых органов, а заболевания сердечнососудистой системы и опорно-двигательного аппарата чаще встречаются у сотрудников возрастной группы от 30-40 лет.

Таким образом, учитывая, что труд сотрудников ССМП связан с различными неблагоприятными факторами (переохлаждение, суточный режим работы, работа в ночное время, постоянная работа на санитарном транспорте, нерегулярное питание, физические и психоэмоциональные нагрузки), которые способствуют возникновению различных заболеваний, травм, необходимо создание благоприятных условий для работы: исправные теплые машины, налаженное регулярное питание, индивидуальные графики работы, а также необходимые меры профилактики заболеваний: своевременные прививки, диспансерный учет часто болеющих сотрудников и применение широко практикуемых методов по оздоровлению, закаливанию и пропаганде здорового образа жизни.

Литература

1 Общественное здоровье и здравоохранение: Учебн. Для ВУЗов. / Под ред. В.А.Миняева, Н.И.Вишнякова. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 528 с.

Түйін

Астана қаласындағы жедел медициналық көмек станциясы қызметкерлерінің уақытша еңбек ету қабілетінен айырылуы мен ауруға шалдығуының анализі

Р.О. Молдабекова

Жедел жәрдем станциясының қызметкерлерінің ауру-сырқатталуарын талдау нәтижесінде ең жиі кездесетін формалары ретінде нозологиялық аурулар анықталды.

Ауру-сырқаудың деңгейін төмендету бағытында ұсыныс берілді және жарақаттар мен аурудың алдын алуға қажетті шаралар аталды.

Summary

The analysis of disease with time disability of employees in Astana city

R.O. Moldabekova

The analysis of disease of employees of station of the first help has revealed most often meeting nosological forms.

Recommendations about decrease in level of disease and necessary measures of preventive maintenance of traumas and diseases are made.

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ ВО ВРЕДНЫХ УСЛОВИЯХ ТРУДА В ГОРОДЕ АСТАНА

Н.И. Тулебаева

Департамент Комитета госсанэпиднадзора, МЗ РК по г.Астана

Цель профилактических медицинских осмотров лиц, работающих во вредных, опасных и неблагоприятных условиях труда заключается в своевременном выявлении начальных форм профессиональных заболеваний, общих заболеваний, являющихся медицинскими противопоказаниями для продолжения работы, связанной с воздействием вредных производственных факторов. А так же своевременного проведения профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановление трудоспособности работников.

С этой целью, отделом санитарно-гигиенического надзора за промышленными объектами ДКГСЭН МЗ РК по г.Астана проводится определённая работа по выполнению приказа № 709 МЗ РК от 16.11.09 года «Об утверждении Перечня вредных производственных факторов, профессий, при которых проводятся обязательные медицинские осмотры Правил проведения обязательных медицинских осмотров», а также статьи 155 «Медицинские осмотры» Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения».

Медицинские осмотры проводятся на базе городских поликлиник и частных медицинских клиник, которых в городе Астане насчитывается более 10, имеющих лицензию на проведение предварительных и периодических медицинских осмотров.

Ежегодно, подлежит прохождению периодического медицинского осмотра (далее-ПМО) свыше 12000 человек, процент осмотренных составляет от 85 до 93 % от подлежащих, из них женщин составляет более 30% от общего числа обследованных.

В ходе медицинского осмотра рабочих промышленных объектов, впервые с общими заболеваниями выявляют до 21 % человек с различными нозологическими заболеваниями.

Основным исполнителем проведения ПМО работников занятых во вредных и опасных условиях труда, в том числе в строительстве являются территориальные ЛПО города. В городе Астане на этот вид деятельности имеют лицензии поликлиники №№ 1,2,6,7, а также частные медицинские центры - ТОО «Центр традиционной и нетрадиционной медицины», «Дом здоровья». Работа выполняется на договорной основе, финансируется работодателями.

Информация о состоянии проведения периодических медицинских осмотров рабочих занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами за 2010 год приводится ниже.

Таблица - Информация о состоянии проведения ПМО за 2010 год

№ п/п	Профилактические медосмотры	ГП№1	ГП№2	ГП№6	ГП№7	ТОО «ЦТ и НМ»	ТОО «ДЗ»	Итого
1	Всего подлежало	170	908	1495	407	856	484	4320
	В том числе женщин	29	83	389	45	169	146	861
2	Всего осмотрено	121	578	1495	256	603	484	3537
	В том числе женщин	16	83	389	21	120	146	757
4	% охвата осмотренных	71,2	63,6	100,0	63,0	70,4	100	81,8
Результаты медицинских осмотров								
	Общая заболеваемость	29(24,0%)	52 (9,0%)	191 (12,8%)	28 (11,0%)	123 (20,4)	289 (59,7%)	712 (20,1%)
	Подозрение на профзаболевание	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
	Направлено в профцентр	нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет

Вместе с тем, ПМО проводятся без привлечения сертифицированных врачей – профпатологов (председатель врачебно-медицинской комиссии) и выполнения лабораторно-инструментальных методов исследований. Это приводит к значительному снижению качества и эффективности проводимого ПМО, несвоевременному выявлению больных с начальными признаками профзаболеваний.

Неполное выявление и регистрация профессиональных больных говорит не только о состоянии здоровья трудоспособного населения города, в первую очередь, насколько ответственно и качественно проводятся обязательные профилактические медицинские осмотры рабочих. С другой стороны - служит верным критерием, насколько эффективно работают Закон РК «О лицензировании», №709 приказ МЗ РК на местах.

Причины этого явления заключаются, прежде всего, в следующем: Приказ МЗ РК №709 от 16.11.2009 года выполняется не в полном объеме; врачи территориальных ЛПО и частных медицинских центров имеют недостаточную подготовку по профпатологии, ЛПО зачастую имеют недостаточную материальную базу для проведения комплекса регламентированных обследований и исследований, что обуславливает низкое выявление профзаболеваний; после проведенных ПМО не проводится целенаправленная работа по оздоровлению больных, выявленных в ходе медицинского осмотра. С заключительным актом, составленным после проведения ПМО никто не работает; действующая система лицензирования ЛПО на осуществление медицинской деятельности «Профилактические медосмотры (предварительные и периодические) и определение профессиональной пригодности» весьма не совершенна, она не обеспечивает качественного проведения ПМО и профилактической направленности охраны здоровья рабочих.

Для исправления создавшейся ситуации нами предлагаются следующие меры: с целью повышения качества и эффективности обязательных профилактических медицинских осмотров в соответствии с требованием приказа МЗ РК по профосмотру, поднять вопрос о проведении активной работы по приостановлению или отзыву лицензии на проведение предварительных и периодических медицинских осмотров в медицинских организациях города, которые не соответствуют квалификационным требованиям Правил лицензирования; активизировать работу главных специалистов УЗ и ДГСЭН города Астана по вопросам качественного проведения ПМО, в ЛПО города возродить работу профильных

специалистов врачей – профпатологов; в соответствии с Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» провести перелицензирование всех ЛПО города на предмет осуществление медицинской деятельности «Профилактические (предварительные и периодические) медосмотры и определение профессиональной пригодности» с учетом мнений специалистов ДГСЭН и УЗ о готовности ЛПО к проведению ПМО; ежегодно проводить совместно с ДГСЭН коллегии по рассмотрению ситуаций, сложившихся в городе по организации и проведению ПМО. Выработать единое решение по преодолению вышеуказанных недостатков.

Таким образом, главная цель периодических медицинских осмотров – выявление наиболее ранних признаков профзаболеваний и социально-значимых заболеваний, с последующим проведением лечебно-профилактических и оздоровительно-реабилитационных мероприятий.

Түйін

Астана қаласындағы зиянды шарттар бойынша жұмыс жасайтындарға алдын ала медициналық тексеруден өтуге арналған сұрақтар

Н.И. Төлебаева

Кезеңді медициналық тексерудің басты мақсаты – бұл аурудың алдын алудағы және әлеуметтік манызды аурулардың алғашқы белгелерін анықтау және емдеу-сақтандыратын, емдеу-реабилитациялық шараларды өткізу.

Summary

Issues of quality of preventive medical examinations of persons working in hazardous conditions in Astana city

N.I. Tylebaeva

The main purpose of periodic medical examinations, to identify the earliest signs of occupational diseases and social diseases, followed by a medical and health-rehabilitation.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ



ВРОЖДЕННАЯ АНОМАЛИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А.М. Елубаева

АО «Медицинский университет Астана»

Врожденное отсутствие внутренней сонной артерии является относительно редким расстройством, оно может быть изолированным или в сочетании с другими аномалиями внутренних органов, агенезия, аплазия и гипоплазия внутренней сонной артерии (ВСА), относятся к редким врожденным аномалиям, происходящие в менее 0,01% населения. При такой врожденной аномалии, кровоснабжение головного мозга происходит в основном через Виллизиев круг, реже осуществляется через постоянные эмбриональные сосуды или из внешней сонной артерии. Головной мозг снабжается кровью из двух внутренних сонных артерий, являющихся ветвями общих сонных артерий, и двух позвоночных артерий, являющихся ветвями подключичных артерий [1,2].

Внутренняя сонная артерия отделяется от общей сонной на уровне верхнего края щитовидного хряща, проникает в полость черепа через переднее рваное отверстие, затем в полость пещеристой пазухи, делает крутой изгиб (внутренний сифон) и располагается на основании мозга кнаружи от перекреста зрительных нервов. На основании мозга она отдает пять основных ветвей: глазничную (a. ophthalmica), переднюю ворсинчатую (a. chorioidea anterior), заднюю соединительную (a. communicans posterior), переднюю мозговую (a. cerebri anterior) и среднюю мозговую (a. cerebri media). Внутренние сонные артерии и их ветви, основная артерия и ее ветви образуют на основании мозга анастомозирующее

артериальное кольцо-виллизиев круг (circulus arteriosus Willisii). Кровоснабжение серого вещества коры значительно интенсивнее, чем белого вещества: так, в 1 мм коры содержится 1000 капилляров, а в белом веществе-220. Более богата капиллярная сеть в гипоталамической области.

В физиологических условиях вследствие одинакового давления в сосудах виллизиева круга кровь из внутренней сонной артерии одной стороны не поступает в противоположное полушарие. Нарушение же кровотока в одной из внутренних сонных артерий или позвоночной компенсируется за счет коллатерального кровообращения главным образом через внутреннюю сонную артерию противоположной стороны и основную артерию через посредство виллизиева круга. Клинические синдромы поражения мозговых артерий и их отдельных ветвей наиболее четко выявляются при закрытии (закупорке) их просвета (тромб, эмбол, эндартериит). Внутренняя сонная артерия принимает участие в питании большой территории коры, подкоркового белого вещества, подкорковых узлов, внутренней капсулы [3,4].

В клинику обратилась пациентка с жалобами на приступы судорог, слабость в правых конечностях.

Из анамнеза: заболела остро в мае 2010 года, когда во время обеда папа заметил, что девочка не могла говорить, была в сознании, вызвали «03», по дороге в стационар ребенок заговорил, поэтому вернулись домой. На второй день обратились к неврологу, назначен ноофен, глицин, после чего к вечеру мама заметила, что у ребенка перекосило лицо, была рвота, постепенно появилась слабость в правой руке и ноге, вновь не могла говорить. Повторно вызвали «03» и были госпитализированы в стационар ОНМК, в стационаре появились судороги, подергивалась правая рука, при этом девочка была в сознании, но не могла говорить. На фоне проведенной терапии состояние улучшилось и ребенок через 2 недели с диагнозом: ОНМК, геморрагический инсульт, правосторонний гемипарез. Судорожный синдром, была выписана домой. В отделении проводили КТ головного мозга, где обнаружили признаки ишемии в левой гемисфере.

Анамнез жизни: ребенок от третьей беременности, беременность протекала без патологии, роды в срок 39-40 недель, самостоятельные с весом 3000,0 закричала сразу, кефалогематома. Наследственный анамнез: не отягощен. Аллергологический анамнез: спокоен

Неврологический статус: сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно, разговаривает, понимает обращенную речь. Череп округлой конфигурации, венозная сеть умеренно усилена в височной области, перкуторно тимпанит. Со стороны ЧМН: зрачки Д=С, фотореакция живая, лицо симметричное, голос громкий, язык по средней линии. Объем движения в правых конечностях ограничен в правых конечностях из-за повышения мышечного тонуса, тонус мышц повышен по спастическому типу, сухожильные рефлекс Д=С, патологических рефлекс нет, походка гемипаретическая. Чувствительных нарушений нет, координация не нарушена.

ЭЭГ мониторинг головного мозга: патологическая активность в виде продолженных волн тета диапазона в височно-теменной области слева.

МРТ в сосудистом режиме: признаки кистозно-рубцово-атрофических изменений левой теменно-височных долей, отсутствие левой внутренней сонной артерии.

Данные МРТ головного мозга пациента А. 2004 года рождения



Рис.1



Рис.2

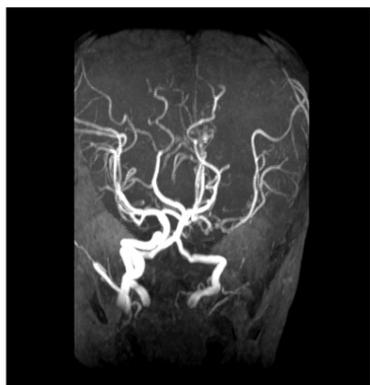


Рис.3

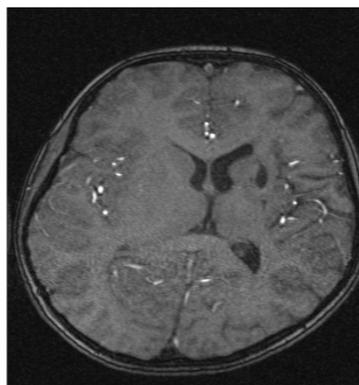


Рис. 4

Литература

- 1 Скоромец А.А. «Топическая диагностика заболевания нервной системы» Ленинград «Медицина», 1989.
- 2 Петрухин А.С. Клиническая детская неврология. м.: Мед., 2008.
- 3 Мухин К.Ю., Петрухин А.С., Глухова Л.Ю., Эпилепсия. Атлас электро-клинической диагностики. м.: Мед., 2004.
- 4 Ли ТП. Врожденные аномалии сонных артерий. Амстердам: Excerpta Medica, 1968:35-51

РЕФЕРАТИВНЫЕ СТАТЬИ

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОТБОРОЧНЫМ КРИТЕРИЯМ И
КВАЛИФИКАЦИОННЫМ СТАНДАРТАМ ДЛЯ МЕНЕДЖЕРОВ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*А.Б. Абдрахманова, А.К. Тургамбаева
АО «Медицинский университет Астана»*

Как показала оценка потребностей, менеджерам здравоохранения в Казахстане сегодня не хватает навыков управления в различных сферах (от навыков финансового управления до навыков лидерства и общения). Потребности в обучении отличаются на более стратегическом уровне (Министерство здравоохранения, Областные департаменты здравоохранения) и более производственном уровне (управление отдельными больницами). Существующее обучение менеджменту специалистов здравоохранения не является ни всеобъемлющим, ни достаточно конкретным[1].

Содержание будущих учебных программ должно базироваться на стандартах менеджмента и компетенциях (знания, навыки, опыт и поведение), необходимых для эффективного управления медицинскими учреждениями в настоящее время и в будущем, т.е. предложения по будущему обучению должны быть нацелены на руководителей,

которые работают уже сейчас на этой должности и тех, кто хочет занимать руководящие должности в будущем [2].

Модель компетенций была разработана, в частности в Национальной системе здравоохранения, для достижения показателей передового уровня [3]. Некоторые международные проекты использовали модель компетенций для разработки учебных планов для обучения менеджменту здравоохранения. Компетенции больше оценивают «как» работают специалисты, чем «что» они делают. Хотя большинству специалистов необходимо соответствовать основным критериям знаний, навыков, опыта и поведения, компетенции описывают полный спектр характеристик, которые помогают личности успешно работать в организации.

Совокупность компетенций необходима для высокоэффективной работы, как специалистов, так и всей организации [4]. Для выполнения конкретной роли, людям нужны знания, технические навыки, опыт и соответствующая модель поведения (позиция), а также полный набор необходимых компетенций. К тому же, личности необходима сильная мотивация для эффективного исполнения работы [5]. На рисунке показано, как знания, навыки, опыт и поведение формируют компетенции и влияют на работу.

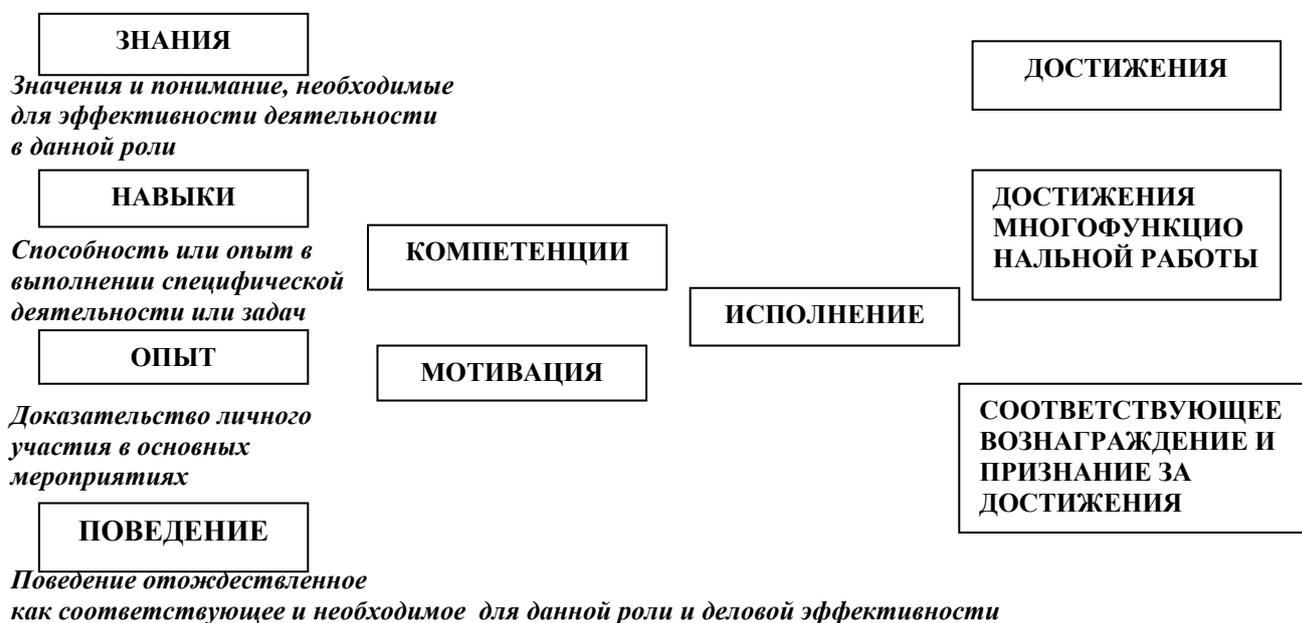


Рисунок - Модель компетенций для менеджеров здравоохранения

Использование компетенций в качестве основы для разработки программы по обучению менеджменту является общепринятым подходом во всем мире. Понятие менеджер в сфере здравоохранения относится как к сотрудникам, ответственным за оказание медицинских услуг (главные врачи и их заместители), так и к тем, кто отвечает за общее функционирование системы здравоохранения на областном и государственном уровнях (руководители областных управлений здравоохранения и Министерства здравоохранения). В отношении различных уровней менеджеров здравоохранения Республики Казахстан, нижеследующие два уровня могут быть полезной категоризацией[6]: *Государственный и областной уровень*: обобщает всех директоров департаментов Министерства здравоохранения и руководителей в областных органах управления здравоохранением. *Институциональный уровень*: обобщает всех руководителей отдельных медицинских учреждений, больниц, поликлиник и т.п. Следовательно, модель компетенций для менеджеров здравоохранения Республики Казахстан может быть разработана в виде матрицы управленческих уровней и компетенций, необходимых для соответствующей должности. Предлагаются следующие шесть областей компетенций: Закон и этика здравоохранения; Стратегия и политика здравоохранения; Управление предоставлением

услуг; Управление людьми и собой; Экономика здравоохранения и управление финансами; Управление информацией и статистикой здравоохранения.

Таким образом, для заполнения данной модели с точки зрения знаний, навыков, опыта и поведения необходим критический анализ компетенций в отношении задач и обязанностей менеджеров.

Литература

- 1 Назарбаев Н.А. Послание Президента Республики Казахстан «К конкурентоспособному Казахстану, конкурентоспособной экономике, конкурентоспособной нации». Казахстанская правда. 19 марта 2004 г.
- 2 Котлер Ф. Маркетинг, менеджмент: Анализ, планирование, внедрение и контроль. – СПб., 1998.
- 3 Department of Health (2004). The NHS Knowledge and Skills Framework (NHS KSF) and the Development Review Process [download from http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4090843](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4090843) 21st October 2010
- 4 Аникин Б.А. Высший менеджмент для руководителей. М., - 2000.
- 5 Каирбекова С.З. «Методологические основы организационно – управленческих технологий формирования профессиональной компетенции специалистов системы здравоохранения в Республике Казахстан» Диссертация на соискание учёной степени доктора медицинских наук. Астана 2007. 212 с.
- 6 Отчёт А.4 «Проведение оценки текущих потребностей в обучении менеджменту здравоохранения в Республике Казахстан» Всемирного банка по Проекту по передаче технологий и проведению институциональной реформы в секторе здравоохранения Республики Казахстан 2010г.
- 7 Жужжанов О.Т., Байгенжин А.К., Ибраев С.Е. Основные принципы и главные условия реформирования отечественного здравоохранения на современном этапе развития казахстанского общества // Информационный вестник медицинского центра Управления делами Президента. - 2004.- № 2.-С. 8-11.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

С.Б. Аманов

Центральная городская больница. г. Степногорск

В последнее десятилетие, как в отечественной, так и в зарубежной панкреатологии прослеживаются явные перемены в тактике ведения больных с острым панкреатитом от различных вариантов активно-выжидательного консервативного лечения в ранние сроки заболевания до широкого внедрения разнообразных хирургических вмешательств на поджелудочной железе при распространенных и инфицированных формах панкреонекроза [1,2].

Важным аспектом консервативной терапии является дифференцированный подход в выборе режимов комплексной терапии. При мелкоочаговом панкреонекрозе и наиболее вероятном благоприятном прогнозе проводится комплексное консервативное лечение, включающее массивную инфузионную, детоксикационную терапию с внутривенным введением цитостатиков, антиферментных препаратов и блокаторов панкреатической секреции. При крупноочаговых и распространенных формах панкреонекроза - инфузия цитостатиков и антиферментных препаратов с применением экстракорпорального метода детоксикации (плазмаферез) [3,4,5].

В нашей клинике особый интерес представляют различные клинические исследования по оценке эффективности традиционной антиферментной терапии и современных режимов лечения препаратами соматостатина в различные сроки заболевания. Пролечилось с острым панкреатитом в 2008 году - 105 пациентов, в 2009 году - 106, за 3 квартала 2010 года – 84. Из них подверглись оперативному лечению в 2008 году – 5 (5.2%), в 2009 году – 9 (9.5%) и в 3 квартале 2010 году – 3 (2.5%). Летальность послеоперационная в 2009 году составила – 2 (22.2%). Собственные данные позволяют высказаться в пользу применения именно препаратов соматостатина в максимально ранние сроки заболевания и в течение всего периода многоэтапных оперативных вмешательств. В последние годы практика нашей клиники показала, что соматостатин и его синтетический аналог октреотида ацетат

(сандостатин) являются сильнейшими ингибиторами базальной и стимулированной секреции поджелудочной железы, желудка и тонкой кишки, регуляторами активности иммунной системы и цитокиногенеза, спланхического кровотока, что наряду с цитопротективным эффектом препаратов обуславливает их патогенетическое применение в лечении больных панкреонекрозом. Терапия препаратами соматостатина является обоснованным методом профилактики и патогенетического лечения деструктивного панкреатита у больных с высоким риском развития экстраабдоминальных (сердечно-легочных, почечных, стресс-кровотечений) системных осложнений в ранние сроки заболевания. Продолжительность терапии препаратами соматостатина при панкреонекрозе в первую фазу заболевания определяется сроками регресса панкреатогенной токсинемии и полиорганной недостаточности, а также длительностью многоэтапного хирургического лечения.

Как отмечается в многочисленных монографиях и на практике, септические осложнения панкреонекроза в поздней фазе развития заболевания остаются основными причинами летальности. Поэтому их обоснованная профилактика и терапия имеют огромное значение. Эффективная борьба с паралитической кишечной непроходимостью (назогастральная аспирация, медикаментозная стимуляция моторики кишечника) является одной из мер их традиционной профилактики. Но основное значение принадлежит, безусловно, правильному выбору антибактериального препарата и режима его введения. Данные микробиологических исследований являются основой выбора антибактериальных препаратов при панкреонекрозе, спектр действия которых должен охватывать грамотрицательные и грамположительные аэробные и анаэробные микроорганизмы - возбудителей панкреатогенной инфекции. Это соответствует выбору эмпирического режима антибактериальной профилактики и терапии при панкреонекрозе. Важнейшей детерминантой эффективности действия антибиотиков является их способность селективно проникать в ткани поджелудочной железы через гематопанкреатический барьер. Диагноз панкреонекроза является абсолютным показанием к назначению антибактериальных препаратов, создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне поражения со спектром действия относительно всех этиологически значимых возбудителей. При отечном панкреатите антибактериальная профилактика практически не показана [4,5]. Дифференцировать сразу, цель назначения антибиотиков при панкреонекрозе - профилактическую или лечебную, во многих случаях крайне сложно, учитывая высокий риск инфицирования некротической поджелудочной железы и сложности его документации клинико-лабораторными методами в реальном режиме времени. Развитие при панкреонекрозе нередко фатального сепсиса требует немедленного назначения антибактериальных средств с максимальным эффектом и минимальным побочным действием. Фактор эффективности должен доминировать по отношению к фактору стоимости. Препаратами выбора, как для профилактического, так и для лечебного применения, которые обладают хорошим проникновением в ткань поджелудочной железы, являются антибиотики, используемые в нашей клинике: Цефалоспорины III поколения (цефтазидим, цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон), цефалоспорины IV поколения (цефепим), фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин), карбапенемы (имипенем, меропенем), метронидазол. Оптимальным в комплексном лечении больных панкреонекрозом, по результатам собственных исследований, является раннее применение антибиотиков выбора: карбапенемов, фторхинолонов, цефалоспоринов III-IV поколения. Продолжительность антибактериальной терапии при панкреонекрозе определяется сроками полного регресса симптомов системной воспалительной реакции. Учитывая динамику патологического процесса при панкреонекрозе и характер оперативных вмешательств, для эффективной антибактериальной терапии следует предусматривать смены нескольких режимов. Клинические наблюдения показывают, что панкреонекроз является фактором риска развития грибковой суперинфекции, что определяет целесообразность включения антифунгальных средств (флуконазол) в программу лечения больных панкреонекрозом.

По различным материалам при панкреонекрозе считают эффективным проведение энтерального питания в ранние сроки заболевания через назоеюнальный зонд, установленный дистальнее связки Трейца эндоскопическим путем или во время операции. Однако в случае развития толерантности к энтеральному питанию (увеличение уровней амилаз- и липаземии, стойкий парез кишечника, диарея, аспирация) у больных панкреонекрозом показано проведение тотального парентерального питания с применением различных белковых препаратов.

В отношении принципов дифференцированного хирургического лечения стерильного панкреонекроза и его септических осложнений имеются принципиальные различия. Они касаются оптимальных сроков оперативного вмешательства, доступов, видов операций на поджелудочной железе, желчевыводящей системы, методов дренирующих операций забрюшинного пространства и брюшной полости. Следует отметить, что факт инфицирования некротических тканей является важным, но не единственным показанием к операции, особенно в ранние сроки заболевания. По современным данным существуют и применяются в нашей клинике различные методы дренирующих операций при панкреонекрозе, которые обеспечивают адекватные условия активного дренирования забрюшинного пространства и брюшной полости в зависимости от масштаба и характера поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и брюшной полости. Проводимые методы дренирующих операций включают определенные технические способы наружного дренирования различных отделов забрюшинной клетчатки и брюшной полости, что обязательно предполагает выбор определенных тактических повторных вмешательств.

Учитывая многокомпонентный характер лечебных мероприятий при остром панкреатите, на сегодняшний день важна достоверная оценка эффективности каждого из используемых методов лечения, основанная на критериях доказательных исследований в медицинской науке и в медицинской практике.

Исходя из вышеуказанных положений, необходимо отметить, что раннее интенсивное и комплексное лечение пациентов с острым панкреатитом позволило провести их консервативно в значительном количестве случаев по результатам работы последних 2-3х лет, с учетом применения доказанных на практике эффективных методов терапии, даже в случаях с поздней госпитализацией (позже 24 часов).

Литература

- 1 Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Нечитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. Киев. 1990. - 115с.
- 2 Нестеренко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Лаптев В.В. Панкреонекроз (клиника, диагностика, лечение). - М.,1994. – 110с.
- 3 Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев В.Ю. Острый панкреатит.- М:Медицина. - 1983. – 128с.
- 4 Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреатология. Санкт-Петербург. - 2000. – 165с.
- 5 Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы М:Медицина. - 1995. – 134с.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

С.Б. Аманов

Центральная городская больница, г. Степногорск

Мировая хирургическая общественность большое внимание к спайкам брюшной полости, которые возникали после операций и обнаруживались во время повторных оперативных вмешательств, связанных со спайками, а так же по другим причинам, начала уделять в начале 20 века. Одним из исследователей спаечного процесса брюшной полости был Пайр, который в 1914 году опубликовал около полторы сотни случаев спаек брюшной полости после различных оперативных вмешательств. И, он впервые затронул вопрос о необходимости профилактики развития спаек. В дальнейшем эту проблему изучали: Нобль,

Оппель, Дедерер, Блинов, и до настоящего времени вопрос о спаечной болезни не потерял своей актуальности. Спаечная болезнь брюшины, как проблема гастроэнтерологии продолжает привлекать пристальное внимание хирургов и гастроэнтерологов. Значимость ее растет в связи с постоянным увеличением числа и объема операций на органах брюшной полости. Спаечный процесс в брюшной полости развивается после оперативных вмешательств у 20 - 80 % больных. В 2-8 % из них развивается «спаечная болезнь» с характерным клинико-морфологическим симптомо-комплексом. Техническая революция в медицине, дала возможность более детально изучить вопросы патогенеза и диагностики спаечной болезни брюшной полости. Несмотря на повышенный интерес к этой проблеме, до настоящего времени продолжает просматриваться тенденция, даже среди ведущих клиник страны, придерживаться консервативной тактики лечения, а купировав болевой синдром, отказываются от дальнейшего обследования и планового оперативного лечения, считая его бесперспективным. Таких больных чаще всего оперируют только в случае возникновения острой спаечной кишечной непроходимости. Необходимость соблюдения диеты, ограничение физической нагрузки, ощущение дискомфорта, неоднократные госпитализации приводят к стойкой инвалидизации этих пациентов. Существенной особенностью спаечной болезни является устойчивость частоты заболевания на протяжении многих лет, несмотря на достижения медицины и рекомендуемые методы профилактики спаек. Известно также, что спаечная болезнь возникает не у всех оперированных больных или перенесших воспаление органов брюшной полости[1,3].

Спаечная болезнь брюшной полости является извращенной реакцией организма, проявляющаяся в чрезмерном образовании соединительной ткани в области хирургического вмешательства или воспаления. Среди ведущих причин высокой частоты возникновения и рецидива спаек (до 50% в первый год после операции) брюшной полости является отсутствие надежных медикаментозных препаратов, способных в послеоперационном периоде блокировать чрезмерное их образование. Спаечная болезнь проявляется целым комплексом симптомов с нарушением пассажа по кишечнику, нарушением пищеварения, вплоть до развития кахексии. Поэтому приоритетное значение в профилактике и лечении спаечной болезни органов брюшной полости придается методике проведения первого хирургического вмешательства, выборе метода профилактики спайкообразования в послеоперационном периоде, методам выведения больного из тяжелой интоксикации, раннему восстановлению функции органов после операции[2,4,5].

Таким образом, появление новых научных данных о патогенезе образования спаек, клинко-инструментальных методов диагностики, неудовлетворительные результаты хирургического лечения острой спаечной кишечной непроходимости, сложность коррекции пищеварения в послеоперационном периоде, особенно у больных перенесших обширные резекции кишечника, высокая послеоперационная летальность, а также необходимость профилактики спаек брюшной полости при выполнении хирургических вмешательств, делают проблему лечения спаечной болезни весьма актуальной и злободневной. Чрезвычайно важным вопросом в лечении острой послеоперационной кишечной непроходимости является профилактика образования спаек в брюшной полости и рецидивов этого грозного заболевания. В настоящее время ни один из существующих способов профилактики спаечной болезни брюшины не позволяет сколько-нибудь надежно предупредить образование спаек и развитие кишечной непроходимости. Это обстоятельство заставляет продолжать поиски других, более эффективных, методов борьбы со спаечным процессом брюшины после хирургических вмешательств на органах брюшной полости. Установлено, что больные, страдающие спаечной болезнью брюшной полости, проявляющейся болевыми приступами, рецидивирующей спаечной кишечной непроходимостью должны обследоваться и оперироваться в плановом порядке в условиях наименьших воспалительных изменений брюшины, кишечника, когда возможна коррекция нарушений в системе гомеостаза, снижение за счет этого риска оперативного лечения и как следствие снижение летальности и частоты рецидива спаек. В течение длительного

времени изучается проблема спаечной болезни брюшины и в результате получены ряд новых данных, позволивших предложить весьма эффективные методы профилактики спаек брюшины.

Известно, что в возникновении спаечной болезни первостепенная роль принадлежит воспалению брюшины, ее операционной травме и послеоперационному парезу кишечника. Поэтому, как выше отмечалось, что важнейшую и первоочередную роль в профилактике спайкообразования по настоящее время играет выраженность и распространенность воспалительного процесса в брюшной полости, а также техника и манера выполнения оперативного вмешательства. Профилактика спаечной болезни заключается в своевременном выполнении хирургического вмешательства при острых заболеваниях органов брюшной полости, без грубых действий, без остановления тампонов (существуют показания для установки тампонов - не остановленное кровотечение, при раскрытии гнойника в брюшной полости), используют трубки из арективных материалов.

После операции важнейшей задачей является стимулирование перистальтики кишечника под наблюдением хирурга. Без стимулирующих средств эффективная перистальтика кишечника при перитоните восстанавливается в течение 3-5 суток, что способствует образованию спаечного процесса брюшины в раннем послеоперационном периоде. При этом очень широко используется медикаментозная стимуляция кишок посредством перидурального катетера, ГБО, гипертонические клизмы совместно с прозеринном. Предотвращение возникновения спаек многие клиники пытаются достичь введением антикоагулянтов внутрибрюшинно, а так же новокаина, преднизолона с новокаином, фибринолизина с гидрокортизоном и поливинилпирролидоном и т.д. На многочисленных исследованиях с животными и на практике доказаны определенные положительные эффекты вышеуказанных методик. Однако все эти методы не надежны.

Актуальность и тяжесть в определении тактики ведения и лечения пациентов с диагностированным спаечным процессом различными дополнительными методами исследования (в основном рентгенография органов брюшной полости обзорная и с пассажем контраста) перед нами ставит трудную задачу в выборе консервативного или оперативного методов лечения спаечной болезни и ее проявлений, особенно у пациентов детского возраста. При постановке заключения об острой кишечной непроходимости неотложно проводиться оперативное лечение. Однако во многих случаях клиника со стороны брюшной полости требует однозначного динамического наблюдения с параллельным проведением консервативных патогенетических мероприятий и по показаниям дополнительных и контрольных методов исследования общего и локального статуса пациента. И в результате подобного подхода в тактике ведения пациентов со спаечным процессом в брюшной полости было достигнуто снижения уровня «ненужных» оперативных вмешательств (таблица) и купирование клиники консервативными мероприятиями.

Таблица - Спаечная кишечная непроходимость за период 2008-2010 гг.

Наименование/период	2008	2009	2010
госпитализированных с клиникой СКН	24	26	25
Из них оперировано	10	18	13
Хирургическая активность	54.1	69.2	52.0

В итоге длительность нахождения пациентов в стационаре сократилась, а начатые реабилитационные мероприятия продолжались на амбулаторном звене с периодическим осмотром и рекомендациями по профилактике осложнений спаечной болезни брюшной полости.

В результате данного анализа актуальность спайкообразования в брюшной полости и ее проявлений на протяжении жизнедеятельности пациента ставит практически две основополагающие задачи перед хирургами. Первая, это «какую?» тактику должен избрать

хирург при диагностике спаечного процесса-консервативную или оперативную. Вторая, это «как?» хирург должен провести оперативное вмешательство на органах брюшной полости.

Таким образом, всевозможная наименьшая агрессивность в отношении организма пациента и, в частности, в отношении тканей значительно снизит вероятность обширного спайкообразования и его проявлений в виде различных осложнений, несмотря на наличие в мировой практике множества методик борьбы с уже возникшими спайками в брюшной полости.

Литература

- 1 К.С.Симонян-Спаечная болезнь. Медицина. Москва.1966. с.29.
- 2 В.Г. Астапенко, Н.Н. Малиновский //Практическое руководство по хирургическим болезням. Минск. 1984.с.156.
- 3 В.С.Савельев-Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Москва.1976. с.144.
- 4 Ш.Н.Абдуллаев-Очерки по неотложной хирургии. Алма-Ата.1986г. с.135.
- 5 Ю.В.Хоронько, С.В.Савченко-Справочник по неотложной хирургии. Ростов.1999г. с.147.

МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ОТДЕЛЕНИЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Ю.А. Белоног

*КГП на ПХВ «Областная больница Акимата Северо-Казахстанской области,
г. Петропавловск*

Введение. Согласно отечественной и Российской литературе, внутрибольничная инфекция – это инфекция, возникшая в стационаре, которая отсутствовала у больного на момент госпитализации в манифестной форме или в инкубационном периоде. Заражение персонала в результате профессиональной деятельности в стационаре также относится к внутрибольничным инфекциям [1].

Определение внутрибольничной инфекции, предложенное Европейским региональным бюро ВОЗ, трактовалось как «любое клинически распознаваемое инфекционное заболевание, которое развивается у пациента в результате его поступления в больницу, обращения в неге за лечебной помощью или любое инфекционное заболевание сотрудника больницы, развившееся вследствие его работы в данном учреждении вне зависимости от времени появления симптомов заболевания, до или во время пребывания в больнице» [2].

Микробиологические особенности инфекций характеризуются динамическим изменением видовой структуры возбудителей. В каждом отдельном стационаре складывается своя конкретная эпидемиологическая ситуация. С ней связаны местные особенности этиологической структуры и биологических свойств возбудителей. Для предупреждения внутрибольничных инфекций и борьбы с ними большое внимание уделяют мониторингу за циркуляцией госпитальных штаммов в лечебном учреждении.

Особенностями распространения ВБИ в отделениях хирургического профиля являются наличие патологических, дополнительных входных ворот (раны), которые вне больниц не встречаются или имеют единичный характер, инвазивные методы диагностики и лечения, наличие зондов, дренажей, наличие сосудистых и уретральных катетеров, эндотрахеальная интубация при общем обезболивании на операции и другие. Все вышеперечисленное способствует особому распространению микроорганизмов в отделениях хирургического профиля.

Проведен анализ микробного пейзажа в отделении гинекологии. В 2009 году среди гинекологических больных наибольшее распространение получили *Escherichia coli*, которая выявлена у 47 больных, что составило 24,4±4,9% всех носителей. На втором месте выявлена *Enterococcus faecalis*, который высеян у 33 больных (17,1±4,1%). На третьем месте находился *Staphylococcus epidermidis*, который выявлен у 19 больных (9,8±3,1%). Все возбудители высеяны, в основном, при микробиологическом исследовании цервикального канала (97,9±9,9%, 97,0±9,8% и 89,5±9,5% соответственно).

Среди гинекологических больных в 2005 году по частоте встречаемости на первом месте находился *Staphylococcus epidermidis*, на втором месте *Escherichia coli*, на третьем месте *Staphylococcus haemolyticus*. В 2005 году *Staphylococcus epidermidis* выявлен у 21,1±4,6% больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, чаще высевался при исследовании уретры (40,2±6,3%). *Escherichia coli* высеяна у 20,9±4,6% больных, чаще высевался при исследовании уретры и С канала (37,4±6,1% и 30,5±5,5%). *Staphylococcus haemolyticus* чаще выявлена при микробиологическом исследовании уретры и высеяна у 15,6±4,0% больных с гнойно-воспалительными заболеваниями.

Среди гинекологических больных в 2002 году по частоте встречаемости на первом месте находился *Escherichia coli*, на втором месте *Staphylococcus epidermidis*, на третьем месте *Staphylococcus haemolyticus*. В 2002 году *Escherichia coli* выявлен у 29,0±4,5% больных с гнойно-воспалительными заболеваниями. *Staphylococcus epidermidis* высеян у 23,5±4,9% больных. *Staphylococcus haemolyticus* высеян у 15,1±3,9% больных с гнойно-воспалительными заболеваниями. Все микроорганизмы выявлены в большинстве случаев при микробиологическом исследовании цервикального канала, 95,7±9,8%, 91,1±5,9% и 86,1±9,3% соответственно.

Таким образом, специфическим для гинекологического отделения является тот факт, что микроорганизмы, в основном, высеваются при исследовании цервикального канала.

Весьма опасны в отношении развития ВБИ отделения реанимации и интенсивной терапии, поскольку для лечения тяжелых и ослабленных больных применяются различные процедуры и манипуляции, при чем в большом объеме.

В отделение реанимации в 2009 году наибольшее распространение отмечено *Pseudomonas aeruginosa* (14,8±3,8% всех носителей). Данный возбудитель чаще всего (31,3±5,6%) высевался из трахеостомы. На втором месте выявлен *Staphylococcus epidermidis*, который высеян у 8,3±2,9% больных. Данный возбудитель чаще всего высевался при микробиологическом исследовании из трахеостомы (33,3±5,8%). На третьем месте находился *Enterococcus faecalis*, который выявлен у 7,4±2,7% больных. Данные возбудители чаще всего высевались из дренажа (50,0±7,1%).

В 2005 году среди реанимационных больных наибольшее распространение получили *Candida albicans* у 13 больных, что составили 19,4±4,4% всех носителей. Данный возбудитель чаще всего (30,8±5,5%) высевался из мочи. На втором месте выявлен *Staphylococcus haemolyticus*, который высеян у 10 больных (14,9±3,9%). Данный возбудитель чаще всего высевался при микробиологическом исследовании трахеостомы (60,0±7,7%). На третьем месте находился *Pseudomonas aeruginosa*, который выявлен у 7 больных (10,4±3,2%), чаще всего данный возбудитель высевался при исследовании трахеостомы (57,1±7,6%).

Среди больных реанимационного отделения в 2002 году по частоте встречаемости на первом месте находился *Pseudomonas aeruginosa*, на втором месте *Staphylococcus epidermidis*, на третьем месте *Enterobacter cloacae*. В 2002 году *Pseudomonas aeruginosa* выявлен у 8 больных (28,6±3,5%) с гнойно-воспалительными заболеваниями, чаще (87,5±9,4%) высевался при исследовании ран. *Staphylococcus epidermidis* высеян у 5 больных (17,9±4,2%), возбудитель чаще высевался из мокроты и раны (40,0±6,3%). *Enterobacter cloacae* выявлен у 4 больных (14,3±3,8%), возбудитель в 100,0±10,0% случаев высевался из ран. Таким образом, у больных реанимационного отделения в основном преобладает условно патогенная микрофлора.

Особенностями урологического отделения является частая установка катетера Фоллея в мочевыводящие пути, которая зачастую приводит к восходящему инфицированию.

В 2009 году среди больных урологического отделения наибольшее распространение отмечено *Escherichia coli*, она выявлена у 67 больных, что составило (17,1±1,4%) всех носителей. Данный возбудитель чаще всего (95,5±9,8%) высевался из мочи. На втором месте выявлен *Staphylococcus epidermidis*, который высеян у 56 больных (14,3±3,8%). Данный возбудитель чаще всего (66,1±8,1%) высевался из мочи. На третьем месте по

встречаемости находился *Pseudomonas aeruginosa*, который выявлен у 42 больных ($10,7 \pm 3,3\%$), возбудитель высевался из мочи ($76,2 \pm 8,7\%$).

В 2005 году среди больных урологического отделения наибольшее распространение отмечено *Pseudomonas aeruginosa*, она выявлена у 36 больных, что составило ($14,9 \pm 3,9\%$) всех носителей. Данный возбудитель чаще всего ($66,7 \pm 8,2\%$) высевался из мочи. На втором месте выявлен *Escherichia coli*, который высеян у 34 больных ($14,1 \pm 3,8\%$). Данный возбудитель чаще всего ($88,2 \pm 9,4\%$) высевался из мочи. На третьем месте по встречаемости находился *Staphylococcus haemolyticus*, который выявлен у 31 больных ($12,9 \pm 3,6\%$), возбудитель высевался из мочи ($41,9 \pm 6,5\%$).

Среди больных урологического отделения в 2002 году по частоте встречаемости на первом месте находился *Pseudomonas aeruginosa*, на втором месте *Staphylococcus epidermidis*, на третьем месте *Escherichia coli*. В 2002 году *Pseudomonas aeruginosa* выявлен у 50 больных ($26,6 \pm 5,2\%$) с гнойно-воспалительными заболеваниями, чаще ($98 \pm 9,9\%$) высевался при исследовании мочи. *Staphylococcus epidermidis* высеян у 28 больных ($14,9 \pm 3,9\%$), чаще высевался из мочи ($67,9 \pm 8,2\%$). *Escherichia coli* чаще выявлена у 22 больных ($11,7 \pm 3,4\%$), возбудитель высевался из мочи ($90,9 \pm 9,5\%$).

Анализ данных свидетельствует об эффективности проводимых профилактических мероприятий в отделении урологии, как в 2002 году, так и в 2009 году среди микробного пейзажа отмечается значительное преобладание условно патогенных микроорганизмов.

Гнойно-септические инфекции зачастую развиваются в хирургическом отделении, что связано с наличием дополнительных входных ворот в виде раны (травматической или послеоперационной). Характер ГСИ зависит от состояния макроорганизма и видовой структуры возбудителя (микробного пейзажа отделения). Видовая структура микробного пейзажа хирургического отделения ННМЦ представлена на рисунке.

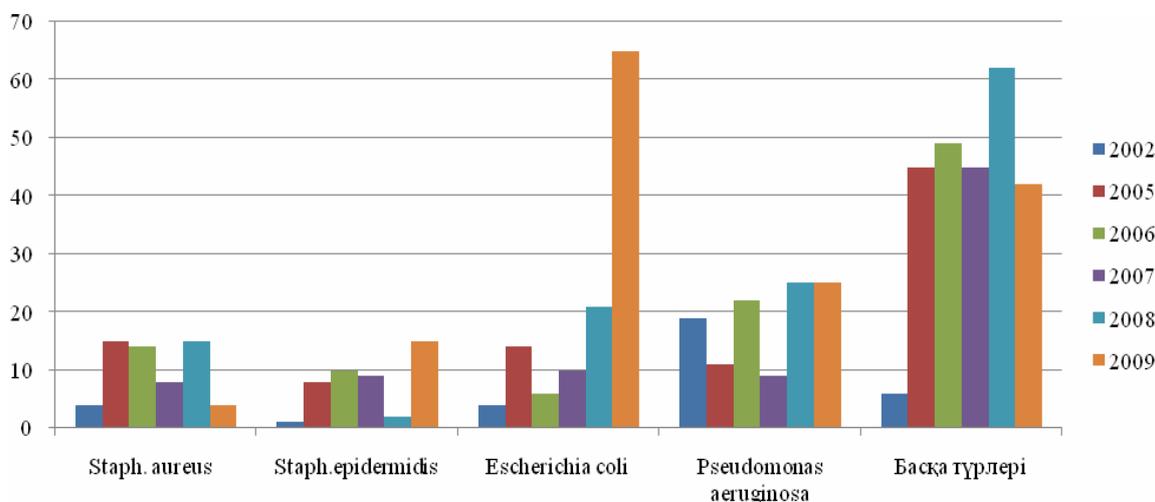


Рисунок - Микробный пейзаж отделения хирургии в исследуемые годы

В 2009 году в хирургическом отделении наибольшее распространение отмечено *Escherichia coli*, она выявлена у 65 больных, что составило ($40,4 \pm 6,4\%$) всех носителей. Данный возбудитель чаще всего ($78,5 \pm 8,9\%$) высевался из ран. На втором месте выявлена *Pseudomonas aeruginosa*, которая высеяна у 25 больного ($15,5 \pm 3,9\%$). Данный возбудитель чаще всего ($48,0 \pm 6,9\%$) высевался из ран. На третьем месте по встречаемости находился *Staphylococcus epidermidis*, который выявлен у 15 больных ($9,0 \pm 3,1\%$), возбудитель высевался из ран ($73,3 \pm 8,6\%$).

В 2005 году среди больных хирургического отделения наибольшее распространение отмечено *Staphylococcus aureus*, она выявлена у 15 больных, что составило ($16,1 \pm 4,0\%$) всех носителей. Данный возбудитель чаще всего ($86,7 \pm 9,3\%$) высевался из ран. На втором месте выявлен *Escherichia coli*, который высеян у 14 больных ($15,1 \pm 3,9\%$). Данный возбудитель

чаще всего (71,4±8,5%) высевался из ран. На третьем месте по встречаемости находился *Psuedomans aeruginosa*, который выявлен у 11 больных (11,8±3,4%), возбудитель высевался из дренажа (45,5±6,7%).

В 2002 году среди больных хирургического отделения по частоте встречаемости на первом месте находился *Psuedomans aeruginosa*, на втором месте *Staphylococcus aureus*, на третьем месте *Escherichia coli*. В 2002 году *Psuedomans aeruginosa* выявлен у 19 больных (38,8±6,2%) с гнойно-воспалительными заболеваниями, чаще (89,5±9,5%) высевался при исследовании ран. *Staphylococcus aureus* высеян у 4 больных (8,2±2,9%), который чаще высевался из ран (100±10%). *Escherichia coli* выявлена у 4 больных (8,2±2,9%), возбудитель высевался из ран (75±8,7%).

Таким образом, у больных хирургического отделения микроорганизмы чаще всего высеваются из ран.

Правила асептики и антисептики в операционных соблюдаются строго, и применение нестерильного белья или инструментария считается недопустимым. Если даже заражение больного наступило в период проведения хирургического вмешательства в операционной, доказать этот факт практически невозможно.

В операционном блоке в 2009 году наибольшее распространение отмечено *Escherichia coli* (47,1±6,9%). На втором месте выявлен *Pseudomonas aeruginosa*, который высеян у 13,2±3,6% больных. Данные возбудители чаще всего высевались из раны (75,0±8,7% и 88,9±9,4%) соответственно.

Среди больных операционные блок отделения в 2005 году по частоте встречаемости на первом месте находился *Escherichia coli*, на втором месте *Staphylococcus epidermidis*, на третьем месте *Staphylococcus haemolyticus*. В 2005 году *Escherichia coli* выявлен у 19 больных (26,8±5,2%), чаще (57,9±7,6%) высевался при исследовании раны. *Staphylococcus epidermidis* высеян у 14 больных (19,7±4,4%), возбудитель чаще высевался из раны (35,7±6,0%). *Staphylococcus haemolyticus* выявлен у 7 больных (9,9±3,1%), возбудитель в (71,4±8,5%) случаев высевался из раны.

В 2009 году среди отделений хирургического профиля выявлена следующая закономерность (таблица).

Таблица – Микробный пейзаж хирургических отделений в 2009 году

Наименование	Реанимация	Урология	Хирургия	Гинекология	Опер блок	Итого
<i>S. aureus</i>	1	15	7	4	1	28
<i>S.epidermidis</i>	9	56	15	19	1	100
<i>S. haemolyticus</i>	2	20	-	12	1	35
<i>Str.pyogenes</i>	1	12	1	6	-	20
<i>Escherichia coli</i>	3	67	65	47	32	214
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	16	42	25	-	9	92
<i>Enterococ.feacalis</i>	8	25	2	33	1	69
Баска түрлері	63	140	36	62	18	319
Всего	103	377	151	183	63	877

В 2009 году, среди отделений хирургического профиля преобладали следующие возбудители: *Escherichia coli* (24,4±4,9), *S.epidermidis* (11,4±3,4), *Pseudomonas aeruginosa* (10,5±3,2).

Таким образом, микробный пейзаж имеет свои особенности в зависимости от профиля отделений. Среди отделений хирургического профиля преобладали следующие возбудители: *Escherichia coli*, *S.epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *S. haemolyticus*,

Необходимо уловить тенденции эпидемического процесса, изменение видовой структуры микробного пейзажа, для оперативного внесения корректив в сложившуюся систему мер борьбы и профилактики. Выявление общих тенденций и закономерностей позволяет провести прогнозирование распространения ВБИ. Безусловно, предусмотреть

дальнейшую динамику ВБИ на длительное время невозможно, так как часто меняется микробный пейзаж стационаров, применяются новые виды антибиотиков, изменяются демографические показатели в городе, все это требует постоянного мониторинга микробного пейзажа стационаров.

Литература

- 1 А.Л.Котова Клиническая микробиология // Методические указания . – Алматы. – 2004. – 162с.
- 2 Фокин А.А., Галкин Д.В., Мищенко В.М. с соавт. Уроки эпидемиологических исследований нозокомиальных инфекций в России // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2008. - №1, Т10. – С.4-13.

К ВОПРОСУ ОРГАНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

А.А. Дубицкий

АО «Медицинский Университет Астана»

Скорая медицинская помощь занимает особое место в структуре организации медицинской помощи. Во многом от того как быстро и качественно больному или пострадавшему будет оказана экстренная квалифицированная медицинская помощь зависит прогноз заболевания и жизнь больного.

Имеющиеся на сегодняшний день организационные подходы не позволяют достоверно и комплексно провести анализ и оценку существующей системы в связи, с чем осуществление синтеза более совершенной системы оказания экстренной медицинской помощи остается невозможной.

В этой связи необходимо провести полноценную разработку наиболее проблемных вопросов и закрепить на законодательном уровне следующие базовые принципы и направления деятельности службы с учетом специфики догоспитального этапа:

1. Выбор оптимальной модели организационной структуры скорой медицинской помощи, ориентированной на врачебный вариант укомплектования выездных бригад и соответствующее оснащение.
2. Обеспечение мобильности.
3. Максимальное приближение помощи к больному.
4. Нормативная оснащенность выездных бригад специальным санитарным автотранспортом и современным портативным медицинским оборудованием и медикаментами.
5. Внедрение единых информационных технологий и создание единой информационной базы данных.
6. Эффективность лечебных воздействий и тактических подходов с применением современных научно-обоснованных медицинских технологий, стандартов и соблюдением требований этического и юридического характера.
7. Возврат к профилактике неотложных состояний.
8. Единая алгоритмизация действий врача (фельдшера) скорой медицинской помощи.
9. Осуществление безопасной транспортировки больных и пострадавших с протезированием нарушенных функций систем жизнеобеспечения в необходимых случаях.
10. Осуществление взаимодействия выездных бригад как внутриэтапного характера (с выездными бригадами других профилей и диспетчерской службой), так и со смежными медицинскими этапами (поликлиниками, приемными отделениями стационаров), и службой медицины катастроф.
11. Разделение функций в оказании медицинской помощи больным между станциями скорой медицинской помощи и поликлинической службой не только на основе определения места происшествия, но и тяжести повода вызова (приоритет).

12. Обеспечение медицинского персонала скорой медицинской помощи современными источниками и формами совершенствования профессиональных знаний с использованием комплексной системы информационной поддержки решений врача на базе кафедр скорой медицинской помощи, научно-практических центров и Республиканского научного центра неотложной медицинской помощи.

ЭФФЕКТИВНЫЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ УХОД: ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ

А.М. Исина

АО «Медицинский университет Астана»

В Казахстане в 2002 году Всемирная организация здравоохранения приступила к внедрению эффективных перинатальных технологий для улучшения помощи матерям и новорожденным в Казахстане, в рамках Стратегии ВОЗ «Обеспечению безопасной беременности» (ОББ). Данная инициатива включает в себя: основной базовый курс обучения по эффективной перинатальной помощи, последующее наблюдение и усилительные курсы, проведение оценки качества стационарной помощи матерям и новорожденным.

Европейским региональным бюро ВОЗ был разработан учебный пакет по эффективной перинатальной помощи, который был предназначен для обучения мультидисциплинарной команды родовспомогательных организаций (врачи акушеры-гинекологи, акушерки, врачи неонатологи, детские медицинские сестры).

Основной целью, которого является улучшение качества ухода за матерями и новорожденными путем улучшения и обновления медицинской практики, знаний, навыков медицинскими работниками всех уровней родовспомогательных учреждений. Курс эффективная перинатальная помощь включает вопросы по основному акушерскому и неонатальному уходу, вопросы инфекционного контроля, и некоторые аспекты специализированной помощи, касающиеся таких состояний как, преэклампсия, послеродовое кровотечение, перинатальная асфиксия.

Учебный курс предусматривает обучение медицинских специалистов родовспомогательных организаций с использованием интерактивного обучения, работы в малых группах, ролевых игр и пленарных сессий. Кроме того, курс включает в себя практическую часть. Базовый обучающий курс проводится в течение 8 дней и состоит из теоретической и практической частей. После 6 месяцев после окончания учебного курса, должен предусматриваться последующий визит для оценки достигнутого прогресса, укрепления навыков и проведения дополнительных практических занятий непосредственно на рабочих местах (в родовспомогательных учреждениях).

Казахстан прошел путь от пилотной модели обучения ЭПУ на рабочих местах до распространения достигнутого опыта в национальном масштабе за счет государственного финансирования. Следует отметить, что на начальном этапе была оказана техническая помощь международных организаций для проведения обучающих курсов ЭПУ на базе пилотных родильных домов. В дальнейшем, курс ЭПУ был введен в образовательную программу курсов усовершенствования медицинских работников. Дополнительно, с целью повышения количества обученных медработников были организованы непрерывные курсы в регионах для обучения на рабочих местах. В 2009-2010 гг. была разработана стратегия каскадного обучения на базе трех пилотных регионов: Актобе, Караганды и Южного Казахстана. Данная инициатива включала назначение координаторов ОББ на региональном, районном уровне и на уровне учреждения, а также проведение оценки потребностей в обучении и создание учебных центров в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

В дальнейшем, в каждом регионе были выбраны ключевые родильные дома, которые играли роль региональных учебных центров. Далее, группа международных и национальных экспертов провела обучение мультидисциплинарных команд медработников выбранных родильных домов. Практические навыки обученных медицинских работников были усилены в ходе последующих визитов международных экспертов. Кроме того, национальные эксперты проводили ежеквартальные визиты учреждений с целью проведения поддерживающего кураторства. Работа по разработке стратегии обучения состоялась благодаря финансовой и политической поддержки со стороны Министерства здравоохранения РК (МЗ РК) и региональных департаментов здравоохранения.

Достигнутый положительный опыт внедрения данной инициативы был использован МЗ РК для дальнейшего распространения результатов работы в масштабах всей страны в рамках Государственной Программы РК по развитию здравоохранения на 2011-2015 гг., все 16 регионов Республики Казахстан будут оснащены учебными центрами ЭПУ.

Кроме того, международная команда экспертов ВОЗ подготовила в Казахстане 20 национальных тренеров по эффективной перинатальной помощи. Которые в настоящее время проводят обучения специалистов в регионах.

ПРОБЛЕМЫ ПИТАНИЯ ВОДИТЕЛЕЙ ГОРОДСКИХ ПАССАЖИРСКИХ АВТОБУСОВ В ГОРОДЕ АСТАНА

*А.П. Ким, Н.И. Тулебаева, А.Ж. Шарбаков,
Р.К. Сулейменова, М. Мухамбетова
Департамент Комитета госсанэпиднадзора МЗ РК по г.Астана,
АО «Медицинский университет Астана»*

Роль рационального питания в поддержании здоровья и работоспособности человека общеизвестна. Для водителя правильно организованное питание имеет особо важное значение, так как при нарушении режима и качества питания нарушается психическая деятельность человека и быстро нарастает утомление.

Организация питания водителя зависит от особенностей его труда. Водитель обычно лишен возможности питаться в столовой своей автобазы и вынужден в обеденное время пользоваться случайной столовой, часто изменяя привычное время приема пищи. Особенности трудовой деятельности водителя не должны влиять на соблюдение правильных промежутков времени между отдельными приемами пищи. Перерывы между завтраками, обедом и ужином не должны превышать 4-5 часов. Длительные перерывы (более 7 часов) создают неблагоприятные условия для пищеварения вследствие неравномерной нагрузки на пищеварительный аппарат. Обильная еда способствует возникновению опасного для водителя за рулем состояния сонливости. По санитарным нормативам суточная калорийность пищевого рациона водителя (Работники механизированного труда и сферы обслуживания (в возрасте 40–60 лет), труд которых связан со значительными физическими усилиями в т.ч. водители транспорта) должны получать - женщины 2500–2850ккал и мужчины 2900–3300 ккал. При трехразовом питании ориентировочно должна распределяться следующим образом: в завтрак - 30 % суточной калорийности, в обед - 45-50 % и в ужин - 20-25 %. В условиях жаркого климата в летнее время, когда отмечается отсутствие аппетита, калорийность обеда должна быть уменьшена до 35-40 %, а ужина увеличена до 30 %.

Среди нозологических форм заболеваний у водителей распространение имеет заболевания желудочно-кишечного тракта и одна из причин - нерегулярное или неправильное питание.

Безопасная дорога, под которой подразумевается жизнь пешеходов и пассажиров автобусов, зависит от физического и психического здоровья водителей. На сегодня, город

Астану обслуживают 12 предприятий автоперевозчиков пассажиров, за последние 3 года автопарки города обновились новыми автобусами последнего поколения для комфортабельного и качественного обслуживания населения. Встает вопрос, а как же руководство автопредприятий решает вопрос питания водителей маршрутных автобусов?

Рейдовая проверка санитарных врачей показала, что из 19 пунктов питания, рассредоточенных на конечных остановках маршрутных автобусов города Астаны, ни одна не отвечает требованиям столичного уровня, как по архитектурному облику, так и по санитарным требованиям. Питание водителей и кондукторов осуществляется в приспособленных вагончиках или времянках, которые были ранее предназначены для диспетчерских пунктов и в последующем приобрели статус пункта горячего питания. Данные пункты питания не соответствуют санитарным требованиям по минимальному набору помещений, отсутствием централизованного водопровода и канализации, благоустройства территории.

В результате отсутствия набора помещений весь технологический процесс от разделки, обработки сырья, приготовления пищи и мойки посуды проводится в одном помещении, что является грубейшим нарушением СанПиН № 4.01.069.03 «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам общественного питания».

Естественно, говорить о качественном и калорийном питании не приходится, не говоря о безопасной пище. Ниже приводится меню двух пунктов питания на один день, хотя данный перечень приготовляемых блюд повторяются ежедневно.

*Конечная разворотная остановка автобусов маршрута № 106, район Мясокомбината.
ИП Сералиева:*

Завтрак

1. Выпечка (беляши, пирожки, чебуреки)
2. Чай, кофе

Обед

1. Суп, борщ
2. Лагман, плов, жаркое
3. Чай, компот

Конечная разворотная остановка автобусов маршрута № 102, ул.Мухтымкули, 2/4:

Завтрак

1. Выпечка (беляши, чебуреки, пирожки)
2. Чай, соки

Обед

1. Суп, борщ
2. Лагман, окорочка тушеные, котлеты, гуляш
3. Гарнир (картофель, макаронные изделия)
4. Чай, компот, соки.

Департаментом госсанэпиднадзора г.Астаны за нарушение санитарных правил и норм на индивидуальных предпринимателей закусочных составлено 12 протоколов, и вынесено 10 Постановлений о наложении административных взысканий.

В адрес руководства Департамента пассажирского транспорта и автомобильных дорог г.Астаны направлены предложения по организации питания, отдыха водителей и кондукторов на конечных маршрутных остановках автобусов г.Астаны, даны предложения разработать проекты и включить в план строительства типовых столовых, которые бы соответствовали нормативам и статусу столицы.

В статье приводятся данные об условиях питания водителей, их характеристика и влияние на здоровье водителей. Представлены особенности обеспечения и организации питания водителей в г.Астане и предложения по их улучшению.

Литература

- 1 СанПиН № 4.01.069.03 «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам общественного питания».
- 2 Итоги деятельности санитарно-эпидемиологической службы г.Астаны за 2010 год и задачах на 2011 год. Астана. ДГСЭН КГСЭН МЗ РК.2011г. 62с.

ОБ УЛУЧШЕНИИ УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОЧИХ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ ГОРОДА АСТАНА

А.П. Ким

Департамент Комитета госсанэпиднадзора МЗ РК по г.Астана

В годы Советского союза город Целиноград представлял регион сельскохозяйственного и промышленного производства, где производился выпуск противозерозионной сельскохозяйственной техники на крупных заводах «Целиноградсельмаш» и «Казахсельмаш». Численность работающих на заводе «Целиноградсельмаш» составляло 7000 рабочих, на заводе «Казахсельмаш» составляло 3500 рабочих, во вредных и неблагоприятных условиях труда работало практически до 35% работающих, это сварщики, крановщики, слесари- сборщики сельскохозяйственной техники, арматурщики, сверловщики и другие специальности. Завод «Целингидромаш» выпускал глубинные водяные насосы для горнодобывающей промышленности бывшего Союза, численность работающих на заводе было более 1000 человек. За охраной труда и техникой безопасности рабочих на крупных предприятиях города Целинограда осуществлялось штатными инспекторами по технике безопасности, контроль за санитарно-гигиеническим состоянием предприятий и условиями труда рабочих осуществлялось санитарными врачами городской санэпидстанции.

С провозглашением независимости Казахстана и переходом на рыночные отношения, особенностью промышленности г.Астаны наряду с отсутствием добывающих отраслей и сельскохозяйственного производства

(за исключением переработки) является большое число объектов малого, среднего и крупного бизнеса, обеспечивающих потребности мощной строительной индустрии города. В числе предприятий, это: по производству пластиковых, металлических, железобетонных конструкций, деревянных и комбинированных строительных конструкций, материалов для строительства и реконструкции улиц и автодорог. Технологии этих производств характеризуются довольно высоким уровнем вредных производственных факторов, в первую очередь химических и физических, что требует повышенного внимания к данным предприятиям со стороны санитарной службы столицы.

В г.Астане в настоящее время насчитывается более 1500 объектов промышленного назначения, с численностью работающих свыше 65000 человек, из них работает во вредных и неблагоприятных условиях труда свыше 21,7% и все они находятся на контроле ДГСЭН Комитета госсанэпиднадзора МЗ РК по г.Астана. В 2000 году численность работающих на промышленных объектах составляло 61127 человек, во вредных условиях труда работало более 28%.

Одним из приоритетных направлений санитарной службы столицы в области контроля за промышленными предприятиями, является последовательное снижение содержания вредных веществ в воздухе рабочей зоны, с доведением их в конечном итоге до ПДК, в первую очередь веществ 1 и 2 классов опасности.

К настоящему времени процент проб на содержание вредных химических веществ в воздухе рабочей зоны превышающих ПДК, невысок и имеет тенденцию к дальнейшему снижению.

Удельный вес проб на пары и газы в воздухе закрытых помещений промышленных предприятий г.Астаны за период 2003-2010 г.г. снизился на 3,4 %, на химические вещества 1 и 2 классов опасности на 2,7 %.

Удельный вес проб на пыль и аэрозоль в воздухе закрытых помещений промышленных предприятий г.Астаны за период с 2003 по 2010 г.г. снизился на 9,6 % и на вещества 1 и 2 классов опасности на 6,1%.

В результате внедрения новых технологических процессов, оборудования нового поколения в последние годы в целом отмечается тенденция к снижению уровней воздействия физических факторов на работающих в производственной сфере.

Удельный вес производственных объектов, в которых инструментально регистрировались превышения ПДУ шума, снизился с 46,7% в 2004г. до 7,7% в 2010г.; а удельный вес рабочих мест по этому показателю - с 21,1% в 2005г. до 4,9% в 2010г.

Удельный вес предприятий с превышением ПДУ вибрации, снизился с 10,0% в 2003г. до 3,4% в 2010г.; а удельный вес рабочих мест по этому показателю - с 25,0% в 2005г. до 0,8% в 2010г.

Удельный вес производственных объектов с превышением ПДУ электромагнитных полей (ЭМП), снизился с 46,7% в 2004г. до 7,7% в 2010г.; а удельный вес рабочих мест по этому показателю - с в 2005г. до в 2010г.

Снижение уровней вредных производственных факторов на рабочих местах промышленных предприятий произошло в результате не только объективного улучшения характеристик применяемого нового технологического оборудования, но и в результате целенаправленной работы по совершенствованию существующей стандартной производственной базы.

Для выполнения данной работы большое внимание санитарной службой столицы уделяется установлению взаимопонимания с хозяйствующими субъектами. Ежегодно, проводился общегородской семинар с руководителями малого и среднего бизнеса по вопросу «Общие санитарно-гигиенические требования к предприятиям промышленного назначения» с обсуждением широкого круга проблем, связанных с санитарно-гигиенической ситуацией на объектах, и путей их решения.

В течение последнего времени значительно улучшаются условия труда рабочих на целом ряде предприятий. С 2005 года на предприятиях ТОО «Цесна Астык» (мельничный комплекс, макаронный цех, комбикормовый цех), АО «Стройконструкция», КП «Целингидромаш» ТОО «Темеш АСМ» и других происходит поэтапная замена морально устаревшего технологического оборудования и перехода на более современные технологии. Введены в эксплуатацию ряд предприятий с использованием линий и оборудования нового поколения, обеспечивающих соблюдение санитарных норм шума на рабочих местах, даже в традиционно неблагоприятных в акустическом отношении отраслях обработки древесины (ТОО «Sheber.SC.KZ»), производства кровельных материалов (ТОО «Фирма Кровельный Центр»), зернопереработки (мельница ТОО «Цесна-Мак» с линией немецкого производства «Buhler»).

Руководителями предприятий совместно с санитарной службой города разрабатываются санитарно-оздоровительные планы, включающие комплексные мероприятия по проведению капитальных ремонтов цехов и других помещений, оборудованию или замене санитарно-технического оборудования, созданию условий быта, питания. В 2005 году введены оздоровительные комплексы на предприятиях АО ТЭЦ-2 «Астана Энергия», ТОО «Мехколонна 56», ТОО «Экатон плюс», ТОО «Корпорация Цесна Астык» и другим вопросам санитарно-гигиенического характера.

Наибольший удельный вес невыполненных мероприятий приходится на предприятия малого и среднего бизнеса, в связи с необходимостью больших материальных затрат на выполнение монтажа вентиляционных систем в сварочных, арматурных, деревообрабатывающих, покрасочных цехах и проведение технических противошумных мероприятий. В 2004-2005 годы наиболее масштабные мероприятия по реконструкции и оборудованию санитарно-технических систем, санитарно-бытовых помещений проведены в крупных предприятиях города ГКП «Зеленстрой», ТОО «Apple Citi Build», ОАО «Астана Моторс Лада», ТОО «Вектор», ПК «Целингидромаш» и другие.

Следует отметить, что в последние годы среди рабочих промышленных предприятий г.Астаны случаев профессиональных заболеваний и отравлений не регистрировалось.

Согласно санитарных предписаний ДГСЭН КГСЭН МЗ РК по г.Астана на промышленных предприятиях г.Астаны ежегодно проводятся мероприятия по улучшению условий труда и быта рабочих, санитарно-оздоровительные мероприятия и доведение вредных производственных факторов до гигиенических нормативов.

О ПОДГОТОВКЕ ОБЪЕКТОВ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА ГОРОДА АСТАНА К ОТОПИТЕЛЬНОМУ СЕЗОНУ

А.П. Ким, Н.И. Тулебаева

Департамент Комитета госсанэпиднадзора МЗ РК по г. Астана

Основные объекты теплового комплекса в городе Астане это: источники теплоснабжения - ТЭЦ-1, ТЭЦ-2 с суммарной выработкой тепловой энергии 1374 Гкал, 520 км тепловых сетей, 8 насосных станций, 3 Центральные тепловых распределительных пунктов. Для поддержания в технически исправном состоянии энергетических объектов эксплуатационными предприятиями проводятся мероприятия, направленные на текущий и капитальный ремонты действующего оборудования ТЭЦ-2. В тепловых магистральных сетях внедряются автоматизированные системы контроля давления и расхода сетевой воды. При реконструкции тепловых сетей применяется новые теплоизоляционные материалы. Для компенсации сложившегося дефицита тепловых мощностей в условиях кратковременных понижений температур наружного воздуха на ТЭЦ-1 будут поочередно вводиться три мазутных водогрейных котла общей мощностью 210 Гкал и с ограничением передачи тепловой энергии по соединительной магистрали от ТЭЦ-2 до ТЭЦ-1.

Кроме того, в зимний период происходит скачок потребления электрической энергии. При собственной выработке 240 МВт, город закупает из внешних источников до 240 МВт.

Для обеспечения возможности закупа электрической энергии с внешних источников АО «КЕГОК» осенью текущего года планирует заменить автотрансформатор 125 МВт на 250 МВт. Тем самым возможности городского кольца 110 кВ будут в пределах 700 МВт, с имеющейся максимальной нагрузкой на узле в зимний период 615 МВт.

По источникам теплоснабжения в текущем году в рамках подготовки к предстоящему отопительному сезону планируется:

На ТЭЦ-1: ввести в эксплуатацию тракт топливоподачи с вагоноопрокидывателем; провести пусконаладочные работы котлоагрегата №3; завершить строительство инженерных сетей.

На ТЭЦ-2: завершить строительство насосной станции первого подъема; построить водовод диаметром 800 мм, протяженностью 4,7 км от ТЭЦ-2 до насосно-фильтровальной станции; продолжить работы по строительству водогрейной котельной и золоотвала №2.

АО «Астана-Энергия» на 2011 год на выполнение «Программы капитальных ремонтов» оборудования АО «Астана-Энергия» запланировано 607561 тысяч тенге, освоено-46% или 279 млн. тенге.

Программой плановых капитальных ремонтов предусмотрены ремонты основного и вспомогательного оборудования теплоисточников: на ТЭЦ-1 выполнен расширенно-текущий ремонт котлоагрегатов станции №1,2, а также капитальный ремонт котлоагрегата станции №7.

По ТЭЦ-2 выполнен капитальный ремонт котлоагрегата станции №3 и текущий ремонт котлоагрегатов станции № 1,2,4,6 и теплоагрегатов станции №1,2,3,4. По инвестиционной программе АО «Астана-Энергия» на 2011 год запланировано 2 947 млн.тенге (средства заложенные в тарифе). Выполнение за 6 месяцев составляет-442 млн.тенге или 15%.

Месячная потребность мазута составляет 348 тонны, фактический запас составляет 9 177 тонн мазута; месячная потребность угля составляет 119 тыс. тонны, фактический запас составляет 182,8 тыс. тонн.

В 2013-14 году планируется ввод в эксплуатацию на ТЭЦ-2 турбины №5 с котлоагрегатом №7 - электрической мощностью 120 МВт и тепловой 185 Гкал.

На сегодняшний день продолжается строительство нового источника ТЭЦ-3. Определен Генеральный подрядчик по строительству первой очереди.

Подготовка к предстоящему отопительному сезону многоквартирного жилого фонда и объектов соцкультбыта на 1 октября т.г.: из 1903 домов с центральным теплоснабжением подготовлено-1888 (99,2%); объектов образования из 115 подготовлено - 115 объектов (100,0%); по объектам здравоохранения из 26 объектов подготовлено - 26 объектов (100,0%); по объектам культуры из 12 проведена подготовка - 12 объектов (100%).

Например, выполнение ремонтной программы АО «Астана-Теплотранзит» запланировано 197 млн.тенге (без НДС), освоено 93% или 183,21 млн.тенге, это ремонт 4405 погонных метров тепловых сетей.

На выполнение мероприятий Инвестиционной программы запланировано 410 000 тысяч тенге. Выполнение составляет 147 млн.тенге или 36%.

ГКП «Жылу» оказывает услуги по производству, передаче, распределению тепловой энергией и горячему водоснабжению 26 многоквартирным жилым домам и 3 социальным объектам автономными котельными.

Общее количество автономных котельных составляет 16 которые имеют 28 котлов, мощность котлов составляет 19,95 Гкал/час. За отопительный сезон 2010-2011г.г. израсходовано 5 335 тыс. литров дизельного топлива и выработано - 36,9 тыс.Гкал. Основной задачей в текущем году – перевод жилых домов с автономным отоплением (ГКП «Жылу») в микрорайоне «Самал» на централизованное теплоснабжение.

ГКП «Нысана» обслуживает зоны децентрализованного теплоснабжения в поселках Пригородный, ул. Дулатова (р-н Мясокомбината), Мичурина, Промышленный и Железнодорожный. На балансе предприятия находятся 5 котельных в которых установлены 28 котлов, за летний период проведены работы по очистке 15 котлов с ремонтом обмуровки. В настоящее время все пять обслуживаемых котельных подготовлены к отопительному сезону (100%).

Мероприятия по подготовке к отопительному сезону 2011-2012 годы на объектах энергетического комплекса, образования, здравоохранения, культуры и жилищного фонда ведутся в соответствии с графиком подготовки.

Кроме того в городе Астане функционируют 5 предприятий, поставляющих уголь для населения частного сектора, на 12.07.11г. запас составляет 4962 тонны угля, из них в ТОО «Энергоснаб» - 71 тонна, у ИП «Айткужинова» - 500 тонн угля, в ТОО «Магжан-2006» - 4225 тонн угля, в ТОО «СЭУС» - 166 тонн угля.

ДГСЭН Комитета госсанэпиднадзора МЗ РК по г.Астана ведет постоянный контроль и мониторинг за состоянием объектов энергетического комплекса города, в том числе и за состоянием уровня загрязнения атмосферного воздуха от них.

Таким образом, предприятия и организации города Астаны провели определенную работу по подготовке к зиме и способны обеспечить население теплом и горячей водой.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СОЦИАЛЬНО - ОРИЕНТИРОВАННОГО СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

С. М. Музбалакова

ГККП «Учебно-практический центр семейной медицины «Демеу» г. Астана

Семейная медицина, как самостоятельный институт ПМСП уходит своими корнями в глубокую древность. Еще в XIX - начале XX вв. в ряде европейских и азиатских государств существовали врачи, которые занимались общей практикой, т.е. лечили все заболевания, при этом, не ограничивая себя рамками определенных патологий или половой принадлежностью пациента [1,2,3].

Однако уже в те времена стремительное развитие медицинской науки все чаще вынуждало врачей специализироваться в какой-то конкретной области, например, принимать пациентов только с определенным типом заболеваний или проводить лишь некоторые виды клинических процедур. В конечном итоге, тенденция разделения труда в медицине, привела к тому, что на смену врачам общей практики, оказывавшим помощь всем членам семьи, пришли специалисты, специализирующиеся на работе с определенными слоями населения – детьми, подростками и взрослыми людьми.

Вполне естественно, что возникновение подобной системы было неизбежно, так как один врач уже не мог полноценно апеллировать тем огромным багажом знаний, который накопила медицинская наука за столетия своего существования.

Следует отметить, что предложенный в начале прошлого века институт узкопрофильных специалистов доказал свою состоятельность и на сегодняшний день является фундаментальной основой большинства национальных систем здравоохранения.

Правда, несмотря на это, уже к середине 60-х годов в США и Европе заговорили о возрождении профессии семейного врача и создании условий для укрепления престижа данной специализации в ряду других. В 1966 году Комитет по вопросам образования в области семейной медицины, наряду с другими авторитетными комиссиями опубликовал доклад, где рекомендовалось изменение соотношения числа врачей специализированной и общей практики в США, а также повышение качества подготовки специалистов в сфере семейной медицины.

Благодаря стараниям Виларда (председателя Комитет по вопросам образования в области семейной медицины) и его сторонников в 1969 году завершился процесс формирования Американского комитета общей практики, что фактически явилось официальным признанием общественности США этой медицинской специальности [3,4,5].

В Казахстане процесс возрождения института врачей общей практики начался гораздо позже. Это было обусловлено рядом объективных причин, в числе которых главенствующую роль играло нахождение республики в составе СССР.

Итак, в чем заключаются основные особенности работы врача общей практики центра семейной медицины «Демеу»? В первую очередь, врач данной специализации, по сути, является специалистом широкого профиля, т.к. ежедневно оказывает помощь пациентам, чей возраст варьируется от 0 до 80 лет и старше. Таким образом, совмещая функции целой группы медицинских специалистов. Также, находясь в постоянном контакте с представителями подшефных семей, врач имеет возможность прогнозировать и в дальнейшем проводить профилактическую работу по недопущению развития определенных заболеваний, вызванных генетической предрасположенностью пациентов или их социально-бытовыми условиями.

Сегодня многие медработники приходят к пониманию того, что больным кроме медицинской помощи нужна психологическая и социальная поддержка. Потому что в основе многих заболеваний лежат социально-психологические факторы, такие как семейные проблемы, безработица, неблагоприятные жилищные условия, наличие в семье

психически нездоровых людей, алкоголиков, трудных подростков, лиц с ограниченными возможностями или находящихся в состоянии депрессии.

Толчком к осознанию данного факта явились результаты работы, проводимой в центрах семейной медицины, врачами общей практики в тандеме с психологами и социальными работниками.

Бесспорно, главная задача работников ПМСП - избавить пациента от недуга «здесь и сейчас», недопустить рецидива заболевания или обеспечить экстренную госпитализацию. Однако необходимо помнить, что в основе многих заболеваний лежат пресловутые социально-психологические факторы, которые в будущем могут привести к повторному ухудшению состояния здоровья человека. Поэтому врачу важно иметь контакт со всей семьей, а не только с ее определенными представителями. Это позволяет точнее определить первоисточник возникновения заболевания. А выявив, постараться, в паре с представителями смежных специальностей (психологов, социальных работников и даже юристов), избавить пациента от первоисточника, ставшего причиной появления физического недуга.

Таким образом, специалисты могут влиять и на социальную ситуацию в стране, помогая людям разобраться, почему именно они оказались в тех или иных обстоятельствах и за счет чего они могут изменить жизнь к лучшему.

Подведем итог сказанному выше. Итак, врач общей практики или семейный врач – представитель первичного медицинского звена, оказывающий помощь пациентам всех возрастов, страдающих различными типами заболеваний. Семейный доктор, постоянно пребывает рядом со своими подшефными, благодаря чему имеет возможность проводить полноценную профилактическую работу внутри отдельно взятого социума. И, кроме того, что особенно важно семейный врач совместно с социальным работником или психологом, помогает пациенту понять истинную природу недомогания.

Литература

- 1 Вартанян Ф.Е., Рожецкая С.В. Особенности развития общей практики (семейной медицины) в Европе // *Здравоохранение.* – 2002. – № 6. – С. 28-34.
- 2 Вэллейс Р. История семейной медицины // *Лечащий врач.* – 2001. – № 1. – С. 1-6.
- 3 Герасименко Н.Ф., Александрова О.Ю., Андреева О.В. и др. Права граждан на охрану здоровья в системе медицинского страхования // *Главная мед. сестра.* – 2003. – № 9. – С. 57-62.
- 4 Грабер М.А., Лангернер М.А. Руководство по семейной медицине. – М., 2002.
- 5 Губачёв Ю.М., Макиенко В.В. Почему я выбираю семейного врача: Библиотека семейного врача. – СПб., 1999. – 23 с.
- 6 Денисов И.Н. Общая врачебная практика (семейная медицина): перспективы развития // *Здравоохранение.* – 2003. – № 12. – С. 15-22.

РОЛЬ КОМИССИИ ИНФЕКЦИОННОГО КОНТРОЛЯ В ПРЕДОТВРАЩЕНИИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

А.Ш. Мусина

Управление санитарно-эпидемиологического надзора

Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан, г.Астана

В соответствии действующих нормативных документов в лечебно-профилактических организациях работают Программы инфекционного контроля. Координирующая и организаторская роль при выполнении мероприятий в рамках указанной программы принадлежит Комиссии инфекционного контроля (далее - КИК).

Состав КИК утверждены приказами главных врачей лечебно-профилактических организаций (далее - ЛПО) Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан. Возглавляются КИК заместителями главных врачей по ЛПО. В состав КИК вовлечены руководители структурных подразделений, профильные специалисты, госпитальные эпидемиологи.

Согласно Программам инфекционного контроля в ЛПО проводятся мероприятия по следующим направлениям: оптимизация эпидемиологического надзора за внутрибольничными инфекциями (далее - ВБИ); совершенствование лабораторной диагностики и мониторинга возбудителей ВБИ; повышение эффективности дезинфекционных мероприятий -использование эффективных дезинфицирующих средств нового поколения, с широким спектром действия; повышение эффективности стерилизационных мероприятий -применение плазменных стерилизаторов для эндоскопического оборудования и изделий световолоконной оптики, современного стерилизационного и моечного оборудования «Getinge», применения для стерилизации комбинированного упаковочного материала с длительным сроком хранения стерильности; контроль эффективности стерилизации с использованием многопараметровых индикаторов критических показателей метода стерилизации IV класса (MVI) и VI класса (TST); обеспечение полного объема и своевременности изоляционно-ограничительных мероприятий в соответствии эпидситуации; разработка стратегии и тактики использования антибиотиков и химиопрепаратов - контроль их рационального использования; приведение в соответствие санитарным требованиям устройства и эксплуатации медицинских помещений; совершенствование профилактики ВБИ среди медицинского персонала - специфическая профилактика против ВГВ, гриппа, обследование на наличие инфекционных заболеваний, обеспечение средствами индивидуальной защиты при проведении манипуляций, обучение вопросам профилактики ВБИ.

В зданиях ЛПО компактно размещаются помещения различных классов чистоты, воздушная среда которых становится одним из распространителей возбудителей ВБИ. При этом особый надзор осуществляется за соблюдением нормируемых уровней бактериальной обсемененности воздуха помещений различного функционального назначения, технологически связанных между собой. Следует учесть и тот факт, что ежедневно проходят большие людские, технологические потоки и воздушная среда помещений становится одним из распространителей возбудителей ВБИ. Для обеспечения хорошего качества воздушной среды требуется внедрение современных технологий воздухоочистки, организация рационального воздухообмена, эффективной работы приточно-вытяжной системы вентиляции, кондиционирования воздуха.

Таким образом, организация и системное обеспечение деятельности Инфекционного контроля в лечебно-профилактических организациях как стационарного, так и поликлинического профилей, является неотъемлемой и значительной составляющей в деле обеспечения качества и безопасности оказываемой ими медицинской помощи.

ИНСТРУМЕНТЫ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ – МИРОВОЙ ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

*Ж.М. Распай
АО «Медицинский университет Астана»*

Успех любой организации частного, общественного или государственного сектора зависит от того, насколько правильно организация понимает свое назначение, хорошо представляет нужды и ожидания потребителей, рационально использует свои ресурсы для достижения требуемых результатов, т.е. насколько эффективно организация пользуется инструментами управления.

В мировой практике наиболее эффективными и популярными инструментами управления, как в сфере здравоохранения, так и в других сферах признаны классические инструменты управления. Так, по результатам многолетних исследований Bain & Company в тройку лидеров вошли следующие инструменты: стратегическое планирование, «миссия и видение», бенчмаркинг.

Первые два инструмента управления с успехом применяются в организациях здравоохранения нашей страны. Большие надежды на сегодняшний день возлагаются на бенчмаркинг.

Первые публикации, свидетельствующие о роли бенчмаркинга в повышении конкурентоспособности организаций здравоохранения появились ещё в 90-х годах XX столетия. Так, в 1995 году была основана Глобальная сеть бенчмаркинга. В эту сеть вошли центры бенчмаркинга из многих стран мира, что свидетельствует о переходе бенчмаркинга на институциональный этап. Тем самым достигается основная цель бенчмаркинга - эффективный обмен передовым опытом между различными субъектами хозяйствования. Это позволяет совершенствовать качество оказания медицинских услуг как на уровне отдельно взятых организаций, так и на уровне систем здравоохранения в целом.

Под бенчмаркингом понимают процесс анализа и сравнительной оценки способов и методов, применяемых организацией при осуществлении своих функций. Такая оценка может проводиться как внутри организации, так и посредством сопоставления ее деятельности и результатов с работой и показателями других предприятий.

Успешная реализация концепции бенчмаркинга – это вовлеченность руководства организации, понимание внутриорганизационных процессов, концентрация только на лучших примерах, непрерывный процесс улучшения своей деятельности, желание меняться и развиваться. После внедрения мероприятий все изменения становятся обычной практикой. Если организация заинтересована в дальнейшем развитии, то необходим постоянный мониторинг того, насколько успешно работают все её организационные и производственные системы и подсистемы. Как показывает опыт - процесс улучшения безграничен.

Литература

- 1 Jay FL Kay. Health care benchmarking//The Hong Kong Medical Diary.-2007.-No.2.-pp.22-27.
- 2 S. Wait, S. Nolte. Benchmarking health systems: trends, conceptual issues and future perspectives//Benchmarking: An International Journal. – 2005.-No.12 (5).-pp.436-448.

ПОЛОЖИТЕЛЬНАЯ РОЛЬ «УПРЕЖДАЮЩЕЙ АНАЛЬГЕЗИИ» ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ В ОФТАЛЬМОХИРУРГИИ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Ж.С. Сыздыков

РГП «Больница управления делами Президента Республики Казахстан», г. Астана

На современном этапе развития цивилизованного общества необходимо отметить значительное увеличение потока информации и нагрузки на зрительный анализатор. Причем, увеличение зрительной нагрузки наблюдается не только в группе лиц молодого возраста, вовлеченных в процесс обучения и освоения компьютерных технологий. Реалии современной жизни показывают, что данная нагрузка наблюдается во всех возрастных группах, а так же у лиц пожилого возраста старше 60 лет [1]. Как следствие этого, мы сталкиваемся с ростом патологии органа зрения все чаще и чаще. Анализ литературных данных последних лет показывает увеличение частоты заболеваний, вызванных чрезмерной зрительной нагрузкой [2]. Кроме того, мировая тенденция к увеличению

продолжительности жизни в развитых странах также приводит к увеличению частоты зрительной патологии в старшей возрастной группе, зачастую требующей оперативного лечения [3,4].

Нет необходимости доказывать, что любые методы оперативного лечения, в том числе и в офтальмологии, имеют свой срок оптимальной эффективности и приемлемый набор положительных качеств, включая, также, те или иные недостатки, которые, как правило, незначительны и редки в частоте своего проявления. Для любого общепринятого метода операции рано или поздно наступает момент его усовершенствования или вообще замены, так как процесс развития медицины невозможно остановить. Поиск новых, менее травматичных и максимально эффективных методов оперативного вмешательства является приоритетной задачей в работе ученых и практиков в различных областях медицины, включая офтальмохирургию [5].

В настоящее время для обеспечения анестезиологического пособия в офтальмохирургии у лиц пожилого возраста широко применяется метод проводниковой анестезии по Ван-Линтону (Лидокаин 2,0%, Бупивакаин 0,25%) в сочетании с ретробульбарной анестезией Бупивакаином 0,25%. Данный метод хорошо зарекомендовал себя в качестве «стандарта» при проведении вмешательств у лиц старше 60 лет [6]. Тем не менее, данный метод также не лишен некоторых недостатков. При проведении оперативного вмешательства на органе зрения в условиях местной проводниковой анестезии нередко возникает необходимость в дополнительном, интраоперационном применении наркотических анальгетиков и анестетиков [7].

Учитывая вышеизложенное, был внедрен в практику метод «упреждающей аналгезии» (УА), суть которого заключается в усовершенствовании процесса премедикации и введения ингибитора циклооксигеназы (кетопрофен 1 мг/кг внутримышечно) и производных имидазолина (Клонидин 2 мкг/кг внутримышечно). Действие клонидина проявляется не только гипотензивным эффектом, но и снижением внутриглазного давления (ВГД). Проведены исследования ВГД у 34 пациентов с применением УА и у 29 пациентов контрольной группы, без ее применения. Отмечено, что у тех пациентов, которым применялся предложенный метод в ходе оперативного вмешательства, наблюдались более стабильные показатели ВГД по сравнению с пациентами контрольной группы.

Клонидин также снижает потребность в анестетиках и анальгетиках, оказывает седативный эффект и устраняет чувство тревоги. При проведении общей анестезии клонидин поддерживает стабильность гемодинамики за счет снижения уровня катехоламинов, также увеличивает продолжительность регионарной анестезии, включая блокаду периферических нервов. В наших исследованиях у 34 пациентов с УА удалось подтвердить достоверность стабильных гемодинамических показателей в течение оперативного вмешательства без интраоперационного применения гипотензивных препаратов. Этот комплекс помогает предотвратить развитие итра- и послеоперационных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы, что особенно актуально для лиц пожилого возраста.

Кетонал, кеторол вызывают анальгетический, жаропонижающий и противовоспалительный эффект, обладают пролонгирующим действием. При экстракции катаракты с имплантацией окулярной линзы, препараты заменяют применение гормонов из-за имеющегося противовоспалительного эффекта. Учитывая то, что неспецифические противовоспалительные средства обладают эффектом снижения агрегации тромбоцитов и удлиняют время кровотечения, мы используем данные свойства у геронтологических пациентов для профилактики тромбоэмболии. Совместное применение местных анестетиков эфирного (новокаин) и амидного (бупивакаин и лидокаин) ряда способствует более быстрому началу анестезии и более продолжительному действию анестетиков.

Таким образом, вышеуказанные положительные качества внедренного метода УА позволяют усовершенствовать классическую схему анестезиологического пособия и диктуют необходимость проведения дальнейших исследований в данном направлении.

Литература

- 1 Туманова А.Л. Перспективные направления в борьбе со слепотой и слабовидением. глазной центр с эндоэкологической реабилитацией // Успехи современного естествознания, 2007 - № 6. - С. 105-108.
- 2 Ахмадеев Р.Р., Гирфатуллина Р.Р., Еникеев Д.А. Реакция зрительной системы на транзиторные экстремальные нагрузки. Психофизиологические аспекты // Медицинский вестник Башкортостана, 2009. - Т. 4. - № 2. - С. 176-177.
- 3 Егоров В.В., Федяшев Г.А., Смолякова Г.П. Геронтологические аспекты псевдоэксфолиативного синдрома в офтальмологии. Часть 1. клиническая связь псевдоэксфолиативного синдрома с процессами старения организма // Офтальмология, 2010 - Т. 7. - № 3. - С. 9-13.
- 4 Ворошилова И.И., Пархоменко Р.С., Ефанов В.Н. Ожидаемая продолжительность жизни, смертность и инвалидность в оценке качества жизни пожилых людей // Клиническая геронтология, 2009. - № 12. - С. 9-12.
- 5 Страшнов В. И., Мамедов А. Д., Шабут А. М. // Современные достижения и перспективы развития регионарных методов анестезии: Сборник докладов и тезисов Всероссийской науч.-практ. конф. с международным участием. - СПб., 2006. - С. 88-89.
- 6 Никола В. В., Маячкин Р. Б., Бондаренко А. В. // Регионарная анестезия и лечение боли: Тематический сборник. - М.; Тверь, 2004. - С. 80-85.
- 7 Современная офтальмология. Руководство для врачей/Под ред. В.Ф. Даниличева.-СПб.: Питер, 2000.- 606 с.

О РАЗВИТИИ ИНФОРМАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА САНЭПИДСЛУЖБЫ

*А.Ж. Шарбаков, Н.И. Тулебаева,
К.Т. Абдишева, С.К. Дилимбетов, Н.М. Баймуратов
АО «Медицинский университет Астана»*

Одним из направлений деятельности органов госсанэпиднадзора республики является обеспечение стабильного функционирования информационной системы санитарно-эпидемиологической службы. Использование информационных технологий позволяет обеспечивать стабильный обмен электронной информацией органов и организаций по всем направлениям деятельности санитарно-эпидемиологической службы.оборот электронной информации за 2010 год в целом по республике составил 54453 сообщений (в 2009г.- 54776, в 2008 году – 43845).

Функционирование электронной связи по органам госсанэпиднадзора остается традиционно стабильным и на высоком уровне. В органах госсанэпиднадзора областного, городского и районных уровней в 100,0% используется электронная почта, в 2009 г.- 99,5%, в 2008 году - 98,1% [1,2].

Ведется постоянная работа по сбору и обработке информации по программам отраслевой автоматизированной системы управления (ОАСУ) «Санэпидслужба» и текущим мониторингам санитарно-эпидемиологической ситуации.

Разработанные Комитетом ГСЭН МЗ РК прикладные программные средства санитарно-эпидемиологического мониторинга активно работают на местах: компьютерная программа «Отчет о деятельности санитарно-эпидемиологической службы РК за год» по ведомственной статистической форме № 18 внедрена в регионы для практического использования; компьютерная программа «Радиоэкологический мониторинг окружающей среды» прошла тестирование на базе отдела АСУ и СГМ НПЦ СЭЭ и М.

На объектах пилотной эксплуатации Системы мониторинга санитарно-эпидемиологической ситуации (СМСЭС) обеспечивалось стабильное функционирование каналов связи для бесперебойного обмена данными между участниками проекта, компьютерной техники, программного обеспечения, поддержание локальных вычислительных сетей.

Велась опытная эксплуатация СМСЭС по компонентам:

- «Учет инфекционных и паразитарных заболеваний» - обновлен перечень инфекционных и паразитарных заболеваний, исправлены ошибки в схемах реагирования на

группу заболеваний А.50-56,65, А30, А90-99; А15-19, Z21, J06, В80. Обновлен перечень заболеваний, по которым предоставляются внеочередные донесения, подготовлены ответы на запросы по прогнозированию заболеваний, проводились консультации по отработке системы поиска повторных экстренных извещений, по корректировке возрастных групп населения и т.д.;

- «Учет профилактических прививок и движение вакцин», «Санитарно-гигиенический контроль за объектами надзора», «Расчет и мониторинг качественных показателей» - по результатам рабочей встречи с представителем ЦИЗ подготовлены предложения по развитию и расширению функциональности СМСЭС;

- «Контроль за факторами среды обитания» - внесены справочные данные по объектам, видам и нормативам исследований по всем лабораториям центра, справочник закрыт и доступен для заполнения;

- «Анализ заболеваемости» - проведена проверка корректности формирования отчетов.

На уровне Департамента Комитета госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения Республики Казахстан по г. Астана проводилась работа по обработке полученных из лечебно-профилактических организаций (ЛПО) экстренных извещений о регистрации инфекционного заболевания с предварительным диагнозом. По экстренным извещениям с окончательным диагнозом в базу данных Системы заносились карты эпидемиологического обследования, при этом использовались 2000 экстренных извещений и 600 эпидкарт.

Кроме того, в республике осуществлялась пилотная эксплуатация компонентов «Система управления ресурсами» с целью тестирования ее на предмет взаимодействия с системой СМСЭС.

Таким образом, на сегодняшний день ведется большая работа в рамках формирования интегрированной информационной системы Таможенного союза. Из Роспотребнадзора РФ получена компьютерная программа «Учет свидетельств о государственной регистрации товаров и продукции», несколько специалистов прошли обучение по эксплуатации программы и начато ее внедрение в органах и организациях госсанэпиднадзора республики.

Литература

1 Санитарно-эпидемиологическая ситуация и деятельность государственной санитарно-эпидемиологической службы Республики Казахстан в 2010 году. Астана.2011г.382с.

2 Итоги деятельности санитарно-эпидемиологической службы г.Астаны за 2010 год и задачах на 2011 год. Астана. ДГСЭН КГСЭН МЗ РК.2011г. 62с.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ФУНГОЛОН ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИКОЗОВ

Ю.Н. Языков

Есильская центральная районная больница, Акмолинская область

Грибковые заболевания — актуальная проблема современной медицины. По различным оценкам, грибковым поражением ногтей — онихомикозом — страдает от 2 до 5% населения Европы, особенно люди пожилого и старческого возраста [1,2].

Возбудителями грибкового поражения ногтей являются дерматофиты, дрожжевые и плесневые грибы. Важнейшие факторы, влияющие на распространение этого заболевания, — климатические и социальные условия, особенности работы и тип используемой обуви (онихомикоз стоп встречается преимущественно у лиц, носящих закрытую обувь). К факторам риска возникновения онихомикоза относят механические повреждения ногтей, а также некоторые косметические манипуляции, в частности использование накладных акриловых ногтей [3].

В настоящее время в арсенале врача есть несколько противогрибковых препаратов — для местного применения и так называемых системных антимикотиков, которые

принимают внутрь. Одним из самых популярных лекарственных средств для лечения грибковых поражений стал препарат флуконазол, предлагаемый болгарской фармацевтической компанией «Балканфарма» под торговой маркой Фунголон.

Фунголон относится к оральным синтетическим бистриазоловым противогрибковым препаратам. Он обладает высокоспецифичным действием, ингибируя активность грибковых ферментов, зависящих от цитохрома P450. Останавливает превращение ланостерола грибковой клетки в мембранный липид эргостерол, в результате чего повышается проницаемость клеточной мембраны, нарушается ее рост и репликация. В отличие от кетоконазола Фунголон высокоизбирателен для цитохрома P450 грибов и не угнетает эти ферменты в органах млекопитающих после однократной пероральной дозы 150 мг. По сравнению с остальными производными, такими как итраконазол, клотримазол, эконазол и кетоконазол, Фунголон — самый слабый ингибитор зависящих от цитохрома P450 окислительных процессов в микросомах печени человека. Фунгистатическое действие Фунголона охватывает *Trichofyton*, *Microsporum*, *Cryptococcus neoformans*, *Candida spp.*, *Aspergillus flavus*, *Aspergillus fumigatus*, *Blastomyces dermatitidis*, *Coccidioides immitis*, *Histoplasma capsulatum*. Резистентность при применении Фунголона наблюдается очень редко.

Цель исследования: оценить эффективность препарата Фунголона при дерматомикозах.

Были выделены 2 группы пациентов с дерматомикозом. В первую группу (А – 7 человек) был предложен препарат леворин в дозировке 1200тыс/сут., а во вторую группу (Б – 5 человек) фунголона 1200.тыс./сут. Лечение длилось 2 недели во избежание развития рецидивов.

В первой (А) группе эффект лечения проявился на 14-16 сутки. Под влиянием фунголона лечебный эффект проявился во второй на 9-12 сутки от начала лечения.

Таким образом, Фунголон — эффективный противогрибковый препарат широкого спектра действия, который эффективен при лечении дерматомикозов и хорошо переносится.

Литература

- 1 Ариевич А.Н., Шецирули Л.Т. Патология ногтей. - Тбилиси, 2000 - С. 89-92.
- 2 Кулага В.В., Романенко И.М. Грибковые болезни и их осложнения: Руководство для врачей. - Издательство "МИА", 2010 с. 688
- 3 Федотов В.П., Святенко Т.В. // Дерматология. Косметология.- Днепропетровск, 2000. - Т. 1, № 3. - С. 196-197.

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РУКОПИСЕЙ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ



К публикации принимаются теоретические, обзорные, экспериментально-исследовательские работы, а также клинические материалы. Материалы принимаются на основании:

- заявки на имя главного редактора или при наличии сопроводительного письма от руководителя учреждения, на базе которого проводилась работа.
- для публикации научной статьи необходимо предоставить выписку из протокола заседания кафедры (подразделения) с рекомендацией статьи к печати либо рецензию научного руководителя.

Материалы для публикации должны быть выполнены в строгом соответствии со следующими правилами:

1. Структурное построение научных статей должно соответствовать принятому в журнале, с выделением следующих рубрик: введение, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы, литература. Для всех разделов, кроме «Обзоры» и «Реферативные сообщения», в конце статьи приводится краткая аннотация (резюме).

2. Текст статьи представляется в 2-х экземплярах, отпечатанных через полуторный (1,5) интервал, на стандартном листе формата А4, с полями сверху, снизу и справа по 2 см., слева - 3 см, набранная шрифтом 14 Times New Roman. Вместе с оригиналом статьи необходимо представить электронный вариант в виде отдельного файла с указанием ФИО первого автора (Касымов А.А.обзор.doc).

3. Объем научных статей не должен превышать 6 страниц, включая список использованной литературы (библиография), резюме. Реферативные сообщения - объемом 2 страницы печатного текста (с названием статьи на трех языках, без резюме, таблиц и ссылки на литературу). Обзоры – до 10 страниц (с названием статьи на трех языках, без резюме, с библиографией до 50 источников).

4. Название статьи оформляется заглавными буквами (выравнивание по центру), инициалы и фамилии авторов (инициалы перед фамилией), а также название учреждения, в котором выполнена работа, с указанием города, оформляются строчными буквами курсивом (выравнивание по правому краю).

В конце статьи на отдельном листе должна быть подпись каждого автора с указанием ФИО (полностью), ученой степени и звания, должности, города и учебного заведения, контактных телефонов (рабочий и мобильный), факса, e-mail.

Резюме представляется на русском, казахском и английском языках, с соответствующим переводом названия статьи, инициалов и фамилий авторов, и состоит из нескольких предложений (10-12 строк), отражающих суть проблемы, изложенной в статье.

5. Статья должна быть тщательно выверена автором. Корректурa авторам не высылается, сверка проводится по авторскому оригиналу, на электронном носителе (без вирусов), интервал 1,0, в формате MS Word 6.0 2003 for Windows.

6. Фотографии, диаграммы, рисунки сканируются и вносятся в текст по ходу статьи, не прерывая абзац. Таблицы не должны превышать объем в одну треть листа А4. Шрифт в таблицах 12. Таблицы должны быть озаглавлены и пронумерованы, если таковых больше одной.

7. Сокращение слов, имен, названий, кроме общепринятых, не допускается. Единицы измерения даются в системе СИ. Аббревиатуры расшифровываются после первого упоминания в тексте и остаются неизменными.

8. Рисунки – в формате Tiff с разрешением 300 dpi; графики – в формате Microsoft Excel; фотографии, слайды, изображения, снятые на бумагу, непосредственно с диагностической аппаратуры – форматом не более А4 (210x297 мм). Подписи к рисункам делаются с указанием номера рисунка; в подписи приводится объяснение всех кривых, букв, цифр и других условных обозначений.

9. Список литературы составляется в порядке появления ссылок по ходу статьи, по мере употребления в тексте. В статье ссылки на номер литературного источника вписываются в квадратные скобки. За правильность приведенных в списке данных литературы ответственность несут авторы. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

При описании статей из журналов указываются ФИО авторов, название статьи и название журнала, год, том, номер страницы. При описании статей из сборников указываются ФИО авторов, название статьи, название сборника, место и год издания, количество страниц. При описании монографии указываются ФИО авторов, название монографии, место издания, название издательства, год издания, количество страниц. При описании главы из монографии указываются ФИО авторов главы, название главы, ФИО авторов монографии, название монографии, место и год издания, количество страниц.

Количество источников в статье не должно превышать 20, в обзоре литературы – 50 (за прошедшие 5-10 лет).

10. В разделе «Материалы и методы» статьи обязательно указываются методы статистической обработки и детали их особенностей (программное обеспечение и т.д.).

11. Редколлегия оставляет за собой право на научное и литературное редактирование статьи. Решение о публикации научных статей принимается на основании положительных рекомендаций независимых экспертов, входящих в состав Редколлегии.

12. Представление в редакцию статей, направленных в другие издания или ранее опубликованных, не допускается.

13. Публикация статей в журнале не свидетельствует о том, что редколлегия разделяет положения, излагаемые автором. В необходимых случаях редколлегия оставляет за собой право высказать свои взгляды на проблему в виде комментария.

14. В научных публикациях должны строго соблюдаться авторские права. Включение себя без достаточных оснований в авторский коллектив является нарушением принципов профессиональной этики.

15. Согласно решению заседания Медицинского Центра УДП РК протокол №31 п.16 от 27 ноября 2010г. данный журнал будет размещаться в электронной версии на сайте: www.mcduprk.kz

16. Оплата за статью производится из расчета: 700 тенге за одну страницу. При оплате следует указать РНН и адрес автора. **Платежные реквизиты:** РГП «Центр внедрения современных медицинских технологий» Управления делами Президента Республики Казахстан», РНН 620300000517, БИН 080240012523, ИИК№KZ679261501119357001(р/счет), БИК KZKOKZKX, КБе 16, КНП 1916859, Акмолинский филиал, АО Казкоммерцбанк г. Астана.

17. Для пересылки материалов в редакцию можно использовать электронную почту.

18. **Адрес редакции:** 010000, г. Астана, ул. Бейбитшилик 51- каб. 508, 8 (7172) 539543; 87018876273, e-mail: tak1973@mail.ru

19. Статьи, оформление которых не соответствует требованиям, к публикации не принимаются.