

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМНОЙ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

СЕКЦИЯ 1. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

УДК: 618.2/3+618.39-053.8

Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, У.А. АЛТЫНБЕКОВА, И. ДОСМАИЛОВА
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра политики и управления здравоохранением

ПРОБЛЕМА РАННЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И АБОРТОВ СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ

Высокая распространенность искусственных абортов является основной проблемой репродуктивного здоровья, принимая во внимание последствия этой процедуры для фертильного здоровья и качества жизни на многие последующие годы. Особенно неблагоприятны аборт для девушек - подростков, для которых аборт, помимо серьезных осложнений в здоровье, создают большое количество проблем морального, социального, психологического плана.

К изменившимся социальным условиям, которые, в свою очередь, привели к изменениям в сексуальном поведении и во взаимоотношениях среди подростков и молодежи, можно отнести следующее: активизацию процесса урбанизации; раннее половое созревание при более позднем возрасте вступления в брак; стремительное распространение информации через СМИ среди приверженцев различных культурных ценностей; а также разрушение устоев расширенной и нуклеарной семьи. Все большее число молодых людей вступают в половую жизнь в раннем возрасте и не всегда предохраняются от беременности или инфекции.

По мнению специалистов, ситуацию можно улучшить активной профилактической работой среди школьников и молодежи и их информированием о методах контрацепции. Эта работа должна вестись параллельно с усилением нравственное воспитание подрастающего поколения, направленного на отказ от ранней половой жизни.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, ранняя беременность, аборт, девочки-подростки

Уровень популяционного здоровья подростков, которые составляют значительную часть в структуре населения и формируют ее культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал, во многом определяет состояние здоровья и развитие общества.

Высокая распространенность искусственных абортов является основной проблемой репродуктивного здоровья, принимая во внимание последствия этой процедуры для фертильного здоровья и качества жизни на многие последующие годы. Особенно неблагоприятны аборт для девушек - подростков, для которых аборт, помимо серьезных осложнений в здоровье, создают большое количество проблем морального, социального, психологического плана.

Подростковый возраст - это возраст, в течение которого завершается половое развитие, формируется гормональный статус, когда преобладает юношеский максимализм и психологические детские процессы сменяются поведением, характерным для взрослых. Подростки недостаточно внимательны к своему здоровью и не имеют сильной мотивации к формированию собственного здорового образа жизни [1].

К изменившимся социальным условиям, которые, в свою очередь, привели к изменениям в сексуальном поведении и во взаимоотношениях среди подростков и молодежи, можно отнести следующее: активизацию процесса урбанизации; раннее половое созревание при более позднем возрасте вступления в брак; стремительное распространение информации через СМИ среди приверженцев различных культурных ценностей; а также разрушение устоев расширенной и нуклеарной семьи. Все большее число молодых людей вступают в

половую жизнь в раннем возрасте и не всегда предохраняются от беременности или инфекции.

Такие изменения в поведении влекут за собой новые связанные со здоровьем проблемы. При этом наблюдается обострение не только существовавшей ранее проблемы – беременности и деторождения в слишком раннем возрасте девушек, выходящих замуж молодыми, – но и многих других проблем, возникающих вследствие незащищенных половых контактов. Речь идет о болезнях, травмах и гибели среди детей и молодых матерей, которые забеременели и родили ребенка слишком рано или перенесли аборт; бесплодии по причине инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и небезопасных абортов, а также инфекций, вызванной вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и возможной последующей смерти от СПИДа. Кроме того, материнство в подростковом возрасте, как правило, означает прекращение и процесса образования, профессиональной подготовки и сужение экономических возможностей для развития девушки-подростка вне дома. Зачастую матери-подростки не в состоянии адекватно растить ребенка и обычно лишены поддержки со стороны отца ребенка, который сам может быть подростком [2].

В 1950-х годах частота подростковых родов в США уже была высокой и с того времени снизилась, хотя количество родов вне брака возросло. Так, в 1990 году частота родов составляла 61,8, частота беременности — 116,9 на 1000 живорожденных. Частота подростковой беременности значительно снизилась в 1990-х годах. Этот спад отмечен во всех расовых группах, но подростки-афроамериканцы и подростки испанского происхождения сохраняют более высокую частоту по сравнению с американцами европейского и азиатского

происхождения. Институт Гутмахера приблизительно 25 % это спада отнёс на долю полового воздержания и 75 % — на эффективное применение средств контрацепции. Однако в 2006 году впервые за 14 лет частота подростковых родов возросла. Это могло бы подразумевать, что показатели частоты подростковой беременности также на подъёме, но отмеченный подъем может быть связан с другими источниками: например, с возможным уменьшением количества абортотворений или уменьшением количества выкидышей. В 2002 году в США отмечено 53 подростковых родов на 1000 женщин в возрасте 15 - 19 лет, наивысшее среди развитых стран. Если все беременности, включая те, которые закончились абортотворением или выкидышем, принять во внимание, то в 2000 году общая частота беременностей составила величину 75,4 на 1000 женщин-подростков [3].

Более 80% подростковой беременностей в США непреднамеренные. Приблизительно одна треть подростковой беременностей заканчивается абортотворением, одна треть - спонтанным выкидышем, одна треть - продолжается с сохранением ребёнка. Но эта тенденция уменьшается [4].

Основная тенденция в Европе с 1970 года состояла в уменьшении общего показателя плодovitости, в увеличении возраста, в котором женщины рожают в первый раз, в уменьшении количества родов среди подростков. Большинство континентальных стран Западной Европы имеют очень низкие показатели частоты подростковых родов. Это в разной степени связано с хорошим половым просвещением и высокими уровнями применения контрацептивов (в Нидерландах и Скандинавии), традиционными ценностями и социальным презрением (в Испании) или с тем и другим (в Италии и Швейцарии). В прошлом подростки-матери в Европе имели тенденцию к вступлению в брак, и, следовательно, воспринимались меньшей социальной проблемой. Некоторые страны, такие как Греция и Польша, сохраняют принятую модель к родам вступивших в брак матерей в конце их подросткового периода. Возможна широкая вариация показателей частоты подростковой беременности в пределах одной и той же страны. Так, в 2002 году в Великобритании частота подростковой беременности достигала 100,4 на 1000 молодых женщин в районе Ламбет Лондона, тогда как этот показатель был всего 20,2 на 1000 жителей в районе местной администрации Ратленд в Центральных графствах Мидлэндс. В Италии частота родов среди подростков в центральных областях всего 3,3 на 1000 женщин, а в Южной Италии равна 10,0 на 1000 [5].

Почти всегда частота подростковых родов связана с употреблением алкоголя и наркотиками.

По данным 13 наций Европейского союза, женщины, которые родили, будучи подростками, в два раза чаще будут жить в нищете, чем те, которые откладывают рождение ребёнка на возраст старше 20 лет.

В Италии и Испании регистрируется низкая частота подростковой беременности (в 2002 году в обеих странах — 6 родов на 1000 женщин в возрасте 15—19 лет), что возможно отнести к их традиционным ценностям и наложению общественного позора. Также эти страны имеют низкие показатели абортотворений (ниже, чем в Швеции и в других скандинавских странах), их показатели частоты подростковой беременности среди самых низких в Европе. Португалия, с другой стороны, имеет относительно высокий процент подростковой

беременности (в 2002 году - 17 родов на 1000 женщин в возрасте 15—19 лет) [6].

Скандинавские страны, такие, как Дания и Швеция, также имеют низкие показатели частоты подростковых родов (в 2002 году обе имели 7 родов на 1000 женщин в возрасте 15—19 лет). С другой стороны, частота родов в Норвегии несколько выше (в 2002 году - 11 родов на 1000 женщин в возрасте 15 - 19 лет [6]), а Исландия имеет частоту родов 19 на 1000 женщин в возрасте 15 - 19 (почти столько же в Великобритании). Эти страны имеют показатели частоты абортотворений, которые выше, чем таковые в Нидерландах.

Великобритания демонстрирует один из самых высоких показателей частоты родов в Европе, когда в 2006 году частота подростковых родов составила 26,4 на 1000 женщин в возрасте 15—19 лет, что несколько ниже показателя 27,9 родов в 2001 году. Эта страна также имеет более высокую частоту абортотворений, чем большинство европейских стран. Из молодых британцев, сообщивших о половом сношении в подростковом возрасте, 80% не применяли никакую форму контрацепции, а половина из лиц моложе 16 лет и одна треть в возрасте от 16 до 19 лет не пользовались никаким противозачаточным средством при первом половом сношении. 10% британских матерей - подростков состоят в браке [7].

Британское правительство и британская пресса рассматривают подростковую беременность как предмет заботы.

В 2002 году в Нидерландах отмечена низкая частота родов и абортотворений среди подростков (5 родов на 1000 женщин в возрасте 15 - 19 лет). Сравнивая со странами с более высокими показателями частоты подростковых родов, голландцы демонстрируют более высокий средний возраст первого полового сношения и более высокие уровни использования противозачаточных средств (включая «двойной голландский» метод применения гормональной контрацепции и презерватива) [8].

В России на 2010 год показатель составил около 50 беременностей в возрасте 15 - 19 лет на 1000 девушек.

Происходящие в последние десятилетия на территории Казахстана социально-экономические, политические и культурные преобразования сопровождались либерализацией сексуальной морали, определенным изменением нравственных приоритетов, личностных и общественных ценностей в обществе. Следствием этих преобразований явились социально детерминированные изменения стандарта репродуктивного поведения подростков и молодых людей на менее безопасный, ассоциированный с высоким риском абортотворений и инфекций, передаваемых половым путем [9].

Беременность у подростков создает тем более высокий риск для здоровья, чем они моложе (он особенно значителен для 13-16-летних). Такая беременность влияет на частоту невынашиваемости, поскольку в раннем возрасте она в 2,5 раза выше, чем у женщин детородного возраста. У них чаще развивается плацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности, токсикоз и анемия. При родах у подростков отмечается повышенный уровень материнской смертности [10].

По данным Министерства здравоохранения РК, в 2009 году из 360 тысяч родов по Казахстану 4 360 приходится на роды в возрасте с 15 до 18 лет. Количество зарегистрированных беременностей среди 15 - 18 летних превышало 8 тысяч, а число зарегистрированных

абортов у девочек-подростков этой возрастной группы более 4 тысяч. По данным Агентства по статистике РК, коэффициент рождаемости в возрастной категории 15 – 19 лет составляет по Казахстану 31%, в городе – 34%, в селе – 27%. Число случаев внебрачной рождаемости составило на начало 2009 года у несовершеннолетних девушек (на 100 000 рожениц) 23,5%.

Между тем, ранние роды негативно отражаются на здоровье несовершеннолетних мам и их детей. Такие дети зачастую рождаются ослабленными и с различной патологией [11].

По мнению специалистов, ситуацию можно улучшить активной профилактической работой среди школьников и молодежи и их информированием о методах контрацепции. Эта работа должна вестись параллельно с усилением нравственное воспитание подрастающего поколения, направленного на отказ от ранней половой жизни.

Уровень популяционного здоровья подростков, которые составляют значительную часть в структуре населения и формируют ее культурный, интеллектуальный, производственный и репродуктивный потенциал, во многом определяет состояние здоровья и развитие общества [12].

Репродуктивное здоровье определяется как состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или болезненности во всем, что касается репродуктивной системы, ее функций и процессов. Это определение было озвучено на Конференции по Народонаселению и Развитию в Каире в 1994 г.

Распространенность искусственных абортов является основной проблемой репродуктивного здоровья, принимая во внимание последствия этой процедуры для фертильного здоровья и качества жизни на многие последующие годы. Особенно неблагоприятны аборты для девушек - подростков, для которых аборты, помимо серьезных осложнений в здоровье, создают большое количество проблем морального, социального, психологического плана [13].

Основная масса молодых людей имеет полное представление о принятых в обществе нормах

моральных и культурных ценностей; они, как правило, знают, что от них хотят взрослые. Однако часто на первом месте оказываются личные запросы и примеры для подражания. В зависимости от своего возраста и уровня развития они не всегда способны предвидеть последствия своего поведения и принимать безопасные решения.

Происходящие в последние десятилетия на территории Казахстана социально-экономические, политические и культурные преобразования сопровождалась либерализацией сексуальной морали, определенным изменением нравственных приоритетов, личностных и общественных ценностей в обществе. Следствием этих преобразований явились социально детерминированные изменения стандарта репродуктивного поведения подростков и молодых людей на менее безопасный, ассоциированный с высоким риском абортов и инфекций, передаваемых половым путем.

Ежегодно в Казахстане регистрируется порядка 10 тысяч случаев подростковой беременности, из них 6 тысяч заканчивается абортами, остальные случаи - родами. Между тем, ранние роды негативно отражаются на здоровье несовершеннолетних мам и их детей. Такие дети зачастую рождаются ослабленными и с различной патологией.

Имеются мнения, что необходимо законодательно ввести запрет на проведение абортов и обучение подростков контрацепции. Однако запрет абортов не решит проблему нежелательной беременности, а может обострить ситуацию. В частности, привести к росту криминальных абортов и брошенных детей [14].

По мнению специалистов, ситуацию можно улучшить активной профилактической работой среди школьников и молодежи и их информированием о методах контрацепции. Эта работа должна вестись параллельно с усилением нравственное воспитание подрастающего поколения, направленного на отказ от ранней половой жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Конституция Республики Казахстан от 30 августа 1995 года с изменениями и дополнениями от 21.05.2007 г.
- 2 Закон Республики Казахстан «О правах ребенка в Республике Казахстан» № 345-II от 8 августа 2002 года
- 3 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения»
- 4 Доклад международной конференции по народонаселению и развитию. Каир 5-13 сентября 2004 года.
- 5 Кайгородова Л.А., Несвяченая Л.А., Хамошина М.Б. Оптимизация репродуктивного поведения подростков – резерв снижения материнской смертности юных женщин. Русский медицинский журнал. <http://www.rmi.ru>
- 6 Баранов, А.Н. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин / А.Н. Баранов, А.Л. Санников, Р.В. Банникова.– Архангельск: Изд-во АГМА, 1997.– 177 с.
- 7 Брюхина, Е.В. Особенности течения беременности, родов и послеродового периода в подростковом возрасте / Е.В. Брюхина, Е.Ю. Мазная, Л.Ф. Рыбалова // *Мать и дитя: материалы II Рос. Форума.*– М.: 2000.–С.21–22.
- 8 Mayor S «Pregnancy and childbirth are leading causes of death in teenage girls in developing countries». May 2004. *BMJ* 328 (7449): 1152. doi:10.1136/bmj.328.7449.1152-a. PMID 15142897
- 9 http://www.nationmaster.com/graph/peo_tee_bir_rat-people-teenage-birth-rate
- 10 <http://www.unicef-irc.org/cgi-bin/unicef/Lunga.sql?ProductID=328>
- 11 Births per 1000 women (15–19 years) — 2002 UNFPA, State of World Population 2003.
- 12 Treffers, P.E. Teenage pregnancy, a worldwide problem. *Nederlandstijdschriftvoorgeneeskunde*, 2003, 147(47), 2320-5.
- 13 Mehta, Suman, Groenen, Riet, &Roque, Francisco. United Nations Social and Economic Commission for Asia and the Pacific. (1998). *Adolescents in Changing Times: Issues and Perspectives for Adolescent Reproductive Health in The ESCAP Region*.
- 14 Wind, Rebecca. The Guttmacher Institute. «U.S. Teenage Pregnancy Rate Drops For 10th Straight Year», 2004.

Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, И. ДОСМАИЛОВА

С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы

ЕРТЕ ЖҮКТІЛІК ПЕН ЖАСТАР ЖӘНЕ ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДАҒЫ ТҮСІК ТАСТАУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Түйін: Жасанды түсік тастаудың көп таралуы репродуктивті денсаулықтың негізгі мәселесі болып табылады. Жасанды түсік жасау фертильді денсаулық өмір сапасы үшін зардап болып табылады. Жасанды түсік жасау әсіресе жасөспірім қыздар үшін қауіпті, денсаулықтың асқынуынан, сонымен қатар моральды, қоғамдық, психологиялық жағынан зардап шегеді.

Жастар мен жасөспірімдер ара-қатынасы мен сексуальды тәртібінің өзгеруіне алып келетін қоғамдық жағдайлар мыналар: урбанизация үрдісінің белсенуі, ерте жыныстық жетілу, ақпаратты БАҚ құралдары арқылы тез таралуы, үлкейген және нуклеарлы отбасылардың тұрақтылығының бұзылысы. Көп жастар ерте жаста жыныстық қатынасқа түсіп, жүктіліктен және инфекциядан сақтанбайды.

Мамандардың айтуы бойынша, жағдайды мектеп оқушылары мен жастар арасында белсенді алдын алу жұмыстарын жүргізу арқылы және сақтану әдістері жайлы ақпарат беру арқылы жақсартуға болады. Бұл жұмыс өсіп келе жатқан ұрпақты ерте жыныстық қатынасқа түсуден бас тартуға алып келетін тәрбиелі жұмыстармен қатар жүргізу қажет.

Түйінді сөздер: репродуктивті денсаулық, ерте жүктілік, түсік жасау, жасөспірім-қыздар.

B.S. TURDALIYEVA, G.E. AIMBETOVA, M.A. RAMAZANOVA, I. DOSMAILOVA

THE PROBLEM OF TEENAGE PREGNANCY AND ABORTION RATES AMONG ADOLESCENTS AND YOUNG PEOPLE

Resume: The high prevalence of induced abortion is a major problem of reproductive health, taking into account the effects of this procedure for reproductive health and quality of life for many years to come. Particularly unfavorable abortions for girls - teenagers, for whom abortion, in addition to serious health complications, create a lot of moral, social, psychological problems.

Changes in social conditions, which, in turn, led to changes in sexual behavior and relationships among adolescents and young people, include the following: activation of the urbanization process, early puberty at a later age of getting married, the rapid spread of information through the media of adherents of different cultural values, as well as the destruction of the foundations of the extended and nuclear family. A growing number of young people have sex at an early age and do not always protect themselves from pregnancy or infection.

According to experts, the situation can be improved by active preventive work among students and young people and informing them about contraception. This work should be conducted in parallel with the strengthening of the moral education of young people, aimed at rejection of early sexual experience.

Keywords: reproductive health, teenage pregnancy, abortion, teenage girls

УДК 616.438:616.133.210

Ж. АДИБАЕВ

Республиканская детская клиническая больница «Аксай» КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ЗА 2012-2013 ГОДЫ НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ «АКСАЙ» КАЗНМУ ИМ. С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

На сегодня одной из актуальных проблем является состояние здоровья детей, социальная значимость которого обусловлена необходимостью подготовки к профессиональной деятельности, созданию семьи.

Ключевые слова: педиатр, дети, госпитализация, заболеваемость, здоровье детей.

Состояние здоровья населения, его сохранение и укрепление занимают всё большее место в системе социального и экономического развития мирового сообщества. Особенно большую тревогу специалистов в последние годы вызывает заметно ухудшающееся здоровье детей и подростков. Это, в свою очередь, негативно отражается на готовности к школьному обучению, выполнению профессиональных обязанностей, формированию и реализации репродуктивного потенциала, состоянию демографических показателей и др. Республиканская детская клиническая больница «Аксай» является многопрофильным учреждением, оказывающим высокоспециализированную и специализированную на

республиканском уровне лечебно - диагностическую и консультативную медицинскую помощь детям Республики Казахстан в рамках ГОБМП и на платной основе детям РК и зарубежным гостям. Коечная мощность РДКБ «Аксай» - 380 коек, медицинское обслуживание проводится в 10 клинических отделениях.

Анализируя данные госпитализированных детей за 2012-2013 годы можно отметить, что в возрастной структуре пролеченных больных: дети до года составляют – 6%; от 1 года до 2 лет – 21%; с 3 до 7 лет – 36%; от 8 до 14 лет – 32%; 15-18 лет – 5%, без существенных изменений, в сравнении с 2012 годом (рисунок 1).

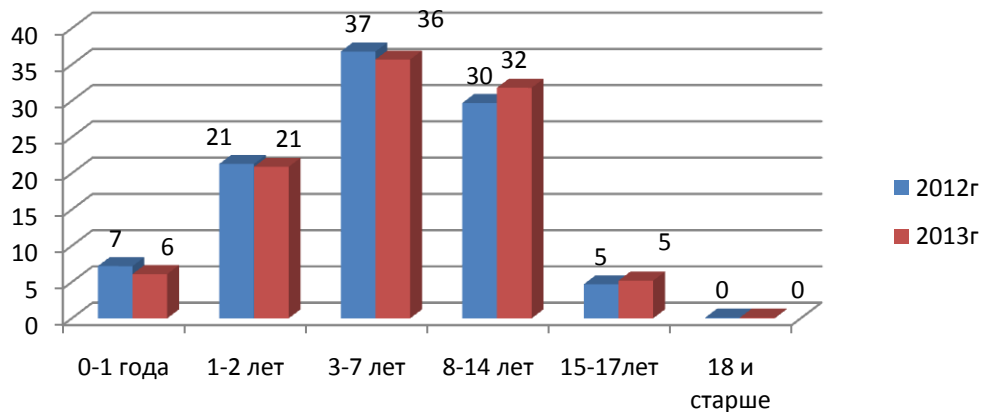


Рисунок 1 - Возрастная структура госпитализированных детей, %

При анализе территориальной структуры из 7458 поступивших больных, поступило

из сельской местности – 4069, что составило 55 % (Рисунок 2).

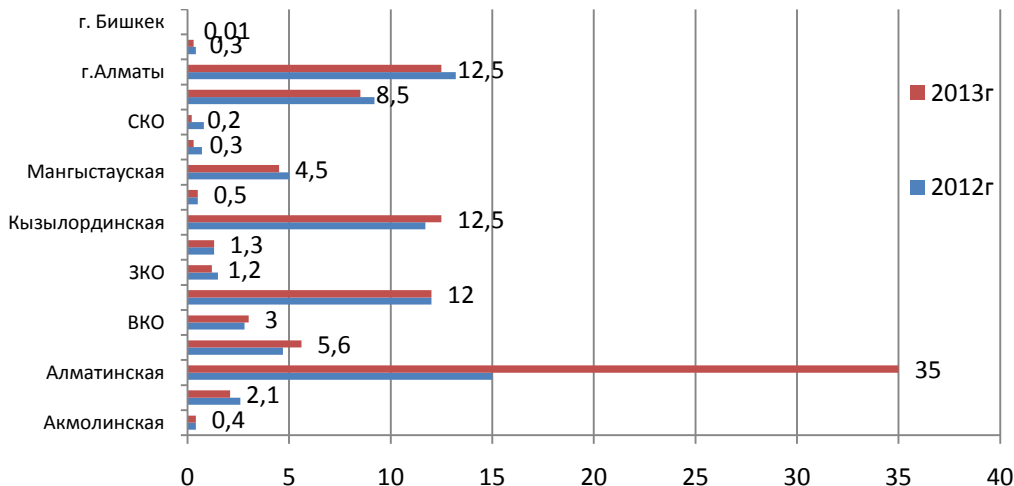


Рисунок 2 - Число пролеченных детей в разрезе областей за 2012-2013 г.г., %

Как видно из рисунка из числа пролеченных – больше всего детей было пролечено из следующих регионов: Алматинской области- 2611 больных (35%); г. Алматы – 854 больных (12,4 %); Кызылординской области - 714 больных (12%); ЮКО – 631 больных (8,4%); Жамбылской области - 898 больных (12%); Мангыстауской области - 333 (4,5%); Атырауской обл - 338 (4,5 %);

Меньше детей пролечено из северных областей: Акмолинской – 0,4%, Актюбинской – 2,1%, ВКО -3%, ЗКО – 1,2%, Карагандинской – 1,3%, Костанайской – 0,6%, Павлодарской – 0,3%; СКО - 0,2%, г. Астана – 0,4%, Бишкек – 0,02% (платные в урологии и ортопедию).

В 2013 г. поступило больных - 7426 (в 2012 г. – 6893), в отчетном году отмечается увеличение числа поступивших больных на 533 детей. Выписано в 2013 г. – на 666 больных больше - 7458 (2012 г. – 6792), из них: - выписано с выздоровлением – 91 (1,2 %) столь низкий процент объясняется тем, что в клинику поступают дети с тяжелой патологией и хроническим течением болезней.

- с улучшением – 7351 (99,5 %);
- без перемен – 8 (0,1 %), из них: с нефрологической патологией -3, с неврологической патологией – 2, с урологической - 1, с челюстно-лицевой патологией – 2, с ЛОР патологией -1.

Умерло в 2013 году - 8 детей, больничная летальность – 0,1%, (2012 г. – 4-0,05%).

Переводов больных в другие стационары в 2012- 2013 гг. не было, это объясняется тем, что в клинику поступают больные согласно утвержденному перечню нозологий, после согласования регионов с клиникой.

Средняя длительность пребывания больного на койке уменьшилась на 2 дня в сравнении с прошлым годом и составила – 11 койко-дней (в 2012 г. – 13, РП-9,6), выше среднего показателя в отделениях экстракорпоральной детоксикаций (31), общей хирургии (16), в ортопедии №2 и №1 (соответственно 14 и 13). Снижение данного показателя объясняется тем, что в клинику поступают дети, в основном обследованные, специалисты стали строго придерживаться протоколов диагностики и лечения.

Оперировано больных – 1627 больных (в 2012 г – 1497), число проведенных операций увеличилось на 108 за счет операций больных с ортопедической патологией,

ЧЛХ и ЛОР, при этом хирургическая активность на прежнем уровне - 40%, (в 2012 г. – 41 %), за счет увеличения общей госпитализации в стационар. Низкая хирургическая активность в отделениях ЭКД (10%), в ортопедии №2 и №1 (соответственно 22% и 25%).

Дооперационный период, как и в 2012 году составил – 4 дня.

Одним из основных показателей, характеризующих организацию работы стационара, его работоспособность - является показатель использования койки в году. По больнице койка работала -222 дня, в 2012 г.- 234 (при плане 320 дней), за счет:

- уменьшения сроков госпитализаций, указанных в протоколах диагностики и лечения;
- свернутых на ремонт неврологических коек (5дн), поздно развернутых и не заполненных общих хирургических коек (23дн);
- снижением показателя работы койки в урологическом отделении (204 дн).

Стабильно отработали ортопедические и неврологические койки, которые занимают 48 % всего коечного фонда, однако по этим отделениям отмечалось нерациональное использование коек, к примеру: отделение ортопедии №2 - 338, а отделение ортопедии №1 - 273.

Оборот койки увеличился до 20 раз (в 2012 г. – 18), низкий оборот койки в отделениях ЭКД (7 раз), общей хирургии -1 раз.

Процент выполнения койко-дней составил 73% (в 2012 г. – 78 %), отмечается выполнение койко – дней только в отделении ортопедии №2 - 112%, и по 98% и 95% неврологии №1,3.

Из состава пролеченных больных в среднем за два года лидирующие позиции занимают следующие нозологии: неврологические болезни занимают 30% всех нозологических форм; болезни костно-мышечной системы - 21%; врожденные аномалии, пороки развития деформации и хромосомные нарушения - 20%, болезни мочеполовой системы - 8%, в динамике с уменьшением на 3 % в сравнении с 2012 г болезни органов дыхания - 4,8%; болезни эндокринной системы - 3% и остальные нозологии с единичными процентными долями (рисунок 3).

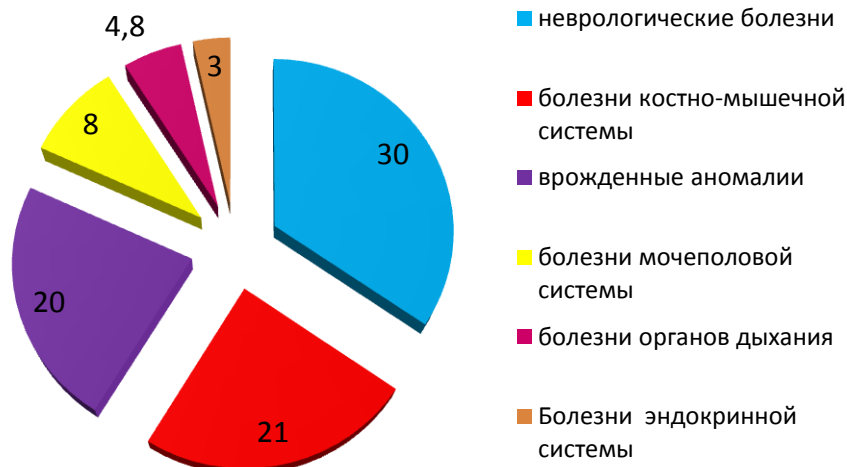


Рисунок 3 - Распределение пролеченных детей в разрезе нозологии, %

Сравнительный анализ за 2 года показал, что по-прежнему летальные исходы превалирует в отделении

экстракорпоральной детоксикаций-50% дети, умершие до 1 года, по- прежнему доминируют дети, умершие до 5

лет, с незначительным снижением на 12,5 %. Основными заболеваниями, приведшими к развитию тяжелых осложнений и повлекших за собой летальный исход были: острая почечная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, стойкая гиперплазия вилочковой железы плюс ВПР срединная расщелина неба, ВПР: атрезия двенадцатиперстной кишки, актиномикозная септицемия, несчастный случай, аспирация.

Проведенный анализ больничной летальности подтвердил, что сохраняется низкий уровень здоровья женщин фертильного возраста и высокий уровень заболеваемости детей раннего возраста, о недостаточном уровне проводимой ранней диагностики (скрининг беременных на предмет выявления врожденных патологий), нездоровом образе жизни родителей и неблагоприятной экологической ситуации в ряде регионов республики.

Таким образом, при анализе основных показателей отмечается не эффективность использования коечного фонда, простой койки и значительное снижение востребованности в некоторых профилях клиники. В условиях жесткой и агрессивной конкуренции,

необходимо принять срочные меры по приведению коечного фонда в соответствие с полученным госзаказом, расширить перечень нозологий по наиболее востребованным профилям (гепатология, эндокринология, нейрохирургия, офтальмология и др), создание Центров из существующих отделений, для внедрения научных и фундаментальных исследований, для подготовки врачей интернов и резидентов.

Разработка и внедрение Концепции развития РДКБ «Ақсай», связана с необходимостью качественного изменения оказания медицинской помощи детскому населению на основе внедрения системы эффективного внутрибольничного менеджмента. Университетская клиника «РДКБ Ақсай» – должна стать ведущим республиканским центром службы охраны детства, обеспечивающий преемственность оказания медицинской помощи на всех этапах ее оказания. Для эффективной реализации этой цели должен за ближайшие три года сделать качественный и количественный рывок в оказании высокотехнологичной медицинской помощи, как детям, так и взрослому населению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Максимова И.М., Афанасьева И.М., Радживин А.П. Диагностика микротерритории Нижнего Новгорода для выявления факторов риска развития экологозависимых заболеваний у детей //Паллиативная медицина и реабилитация. - 2006. - №2. - С. 20.
- 2 Галиева Г.Б. Совершенствование организации скорой медицинской помощи детскому населению (на примере г. Талдыкоргана): автореф....канд.мед. наук. – Алматы: 2003. -117 с.
- 3 Юрьев В.В. Пропедевтика детских болезней. Практикум. - М.: Литер, 2003. – С. 352.

Ж. АДИБАЕВ

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚҰМУ «Ақсай» Республикалық клиникалық балалар аруханасы

С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚҰМУ «АҚСАЙ» РЕСПУБЛИКАЛЫҚ КЛИНИКАЛЫҚ БАЛАЛАР АРУХАНАСЫНЫҢ МЫСАЛЫНДА 2012-2013 Ж.Ж. БАЛАЛАРДЫҢ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯЛАНҒАН АУРУШЫЛДЫҚТЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ – ӘЛЕУМЕТТІК САРАПТАМАСЫ

Түйін: Балалар денсаулығының әлеуметтік маңызы болашақ кәсіптік қызметінде және отбасын құруда бүгінгі күні ең маңызды мәселелердің бірі болып саналады.

Түйінді сөздер: педиатр, балалар, госпитализациялау, аурушылдық, балалар денсаулығы.

ZH. ADIBAYEV

Republican children's clinical hospital "Aksay" Asfendiyarov KazNMU

MEDICO-SOCIAL ASSESSMENT OF THE HOSPITALIZED INCIDENCE OF CHILDREN FOR 2012-2013 ON THE EXAMPLE OF REPUBLICAN CHILDREN'S CLINICAL HOSPITAL "AKSAY" OF KAZNMU OF S.D.ASFENDIYAROV

Resume: For today one of actual problems is the state of health of the children which social importance is caused by need of preparation for professional activity, to family creation.

Keywords: pediatrician, children, hospitalization, incidence, health of children.

Ж.А. КАЛМАТАЕВА, Е.К. БЕКБОТАЕВ, М.Д. БРИМЖАНОВА
 Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

ПАРАМЕТРЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ 2-4 ЛЕТ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ РАЗВИТИЯ

Впервые в Республике Казахстан в соответствии с международными рекомендациями проведено исследование качества жизни детей от 2 до 4 лет с врожденными пороками развития. Дана сравнительная характеристика качества жизни детей по полу среди городских и сельских детей в Алматинской и Кызылординской областях. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни человека, оценивая все составляющие здоровья: физическое, психическое и социальное благополучие.

Ключевые слова: дети дошкольного возраста, врожденные пороки развития, качество жизни, опросник PedsQL™ 4

Применение метода оценки качества жизни (КЖ) детей представляется исключительно важным для решения сложных вопросов в области детского здравоохранения. Использование метода оценки КЖ в педиатрии позволит комплексно решать спектр имеющихся проблем в здравоохранении, среди которых следует отметить высокую заболеваемость и инвалидность детского населения, рост нервно-психических нарушений и социальной дезадаптации и многое другое [1]. Инструменты исследования КЖ детей можно классифицировать по структуре и области применения, и в зависимости от области применения, опросники разделены на группы: общие (применяют как у условно здоровых, так и у больных детей) и специальные (для группы хронических заболеваний; специфичные для определенного заболевания или патологического состояния ребенка).

Приоритет данных о КЖ детского населения на основании оценок, как самого ребенка, так и родителей продемонстрирован в ряде отечественных, российских и зарубежных исследованиях [2-7]. Практика показывает, что в общественном здравоохранении применяют стандартизированные опросники оценки качества жизни и симптомов, апробированные в исследованиях и клинической практике и обладающие удовлетворительными психометрическими свойствами (надежность, валидность, чувствительность). Наиболее часто применяемых международных опросников в педиатрии является Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™ 4.0), который предназначен оценить КЖ как условно здоровых, так и имеющих различные заболевания детей.

Опросник имеет родительские и детские формы, и состоит из 21 вопроса, которые объединены в

следующие шкалы: физическое функционирование – ФФ (8 вопросов), эмоциональное функционирование – ЭФ (5 вопросов), социальное функционирование – СФ (5 вопросов), жизнь в школе или детском саду – ЖШ (3 вопроса).

Целью настоящего исследования явилось определение показателей качества жизни детей 2-4 лет с врожденными пороками развития с использованием русской версии международного общего опросника исследования КЖ PedsQL™ 4.0 для детей 2-4 лет (родительская форма).

В исследование были включены родители/опекуны детей в возрасте 2-4 лет в Алматинской и Кызылординской областях со следующими врожденными пороками развития: органов дыхания, органов пищеварения, системы кровообращения и сердца, мочеполовой системы, центральной нервной системы и другие врожденные аномалии (костно-суставной системы и мягких тканей) такие как: врожденный вывих бедра, косолапость и т.д.).

Всего было анкетировано 365 родителей/опекунов детей в возрасте 2-4 лет с хроническими инвалидизирующими заболеваниями с идентичным соотношением мальчиков (182) и девочек (183). При этом количество опрошенных городских жителей в 2,7 раза превышало сельских (соответственно 72,7% и 27,3%). Данные о распределении респондентов 2-4 лет по нозологиям показывают следующее (таблица 1): первые два ранговых мест по частоте занимают врожденные аномалии (пороки развития) центральной нервной системы (31,8±1,88%) и системы кровообращения и сердца (29,0±1,82%). В общей сложности их общий удельный вес составляет 60,8±1,44% от всех опрошенных.

Таблица 1 - Распределение респондентов с врожденными пороками развития по полу

Наименование врожденного порока развития	Пол и число и удельный вес больных					
	Мальчики		Девочки		Всего	
	Абс. число	Уд.вес, в % к «Итого»	Абс. число	Уд.вес, в % к «Итого»	Абс. число	Уд.вес, в % к «Итого»
Врожденные аномалии (пороки развития) органов дыхания	4	2,2	3	1,6	7	1,9
Врожденные аномалии (пороки развития) органов пищеварения	11	6,0	15	8,2	26	7,1
Врожденные аномалии (пороки развития) системы кровообращения и сердца	52	28,6	54	29,5	106	29,0
Врожденные аномалии (пороки развития) мочеполовой системы	6	3,3	7	3,8	13	3,6
Врожденные аномалии (пороки	70	38,5	46	25,1	116	31,8

развития) ЦНС						
Другие врожденные аномалии	39	21,4	58	31,7	97	26,6
Итого	182	100,0	183	100,0	365	100,0

Поскольку в медицинской статистике выборки меньше 30 наблюдений считаются малыми, а с увеличением объема выборки повышается точность результатов исследований [8], в исследование будут представлены параметры КЖ детей с двумя доминирующими нозологиями.

При оценке показателей КЖ детей 2-4 лет с врожденными пороками развития установлено, что в

Кызылординской области оказались ниже с высокой достоверностью ($p < 0,01$) по всем шкалам, чем у детей, проживающих в Алматинской области (рисунок 1). Наиболее выраженное снижение отмечено по шкалам ФФ (58,3) и РФ (63,7) и менее - по шкалам ЭФ (61,9) и СФ (70,9).

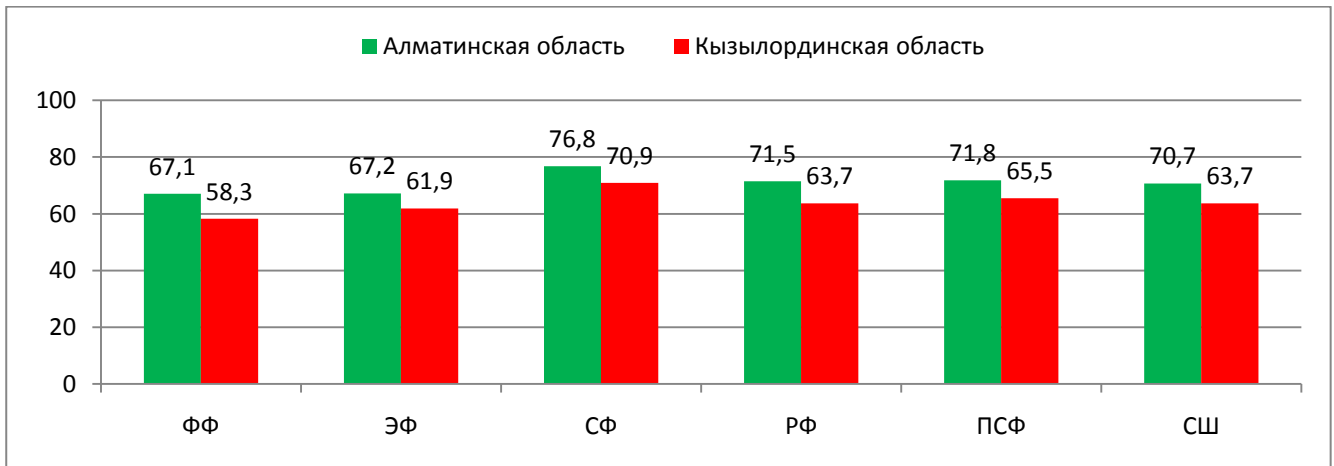


Рисунок 1 – Параметры КЖ детей 2-4 лет с врожденными пороками развития по регионам, в баллах

Незначительное отличие обнаружено при сравнительном анализе КЖ городских и сельских детей 2-4 лет показал (рисунок 2) по СШ и шкале ПСФ. Нужно отметить, что у городских детей более страдает

физическое (64,8), ролевое (65,3) и эмоциональное (65,2) функционирование. Статистически достоверность различий в КЖ городских и сельских жителей не значима ($p > 0,05$).

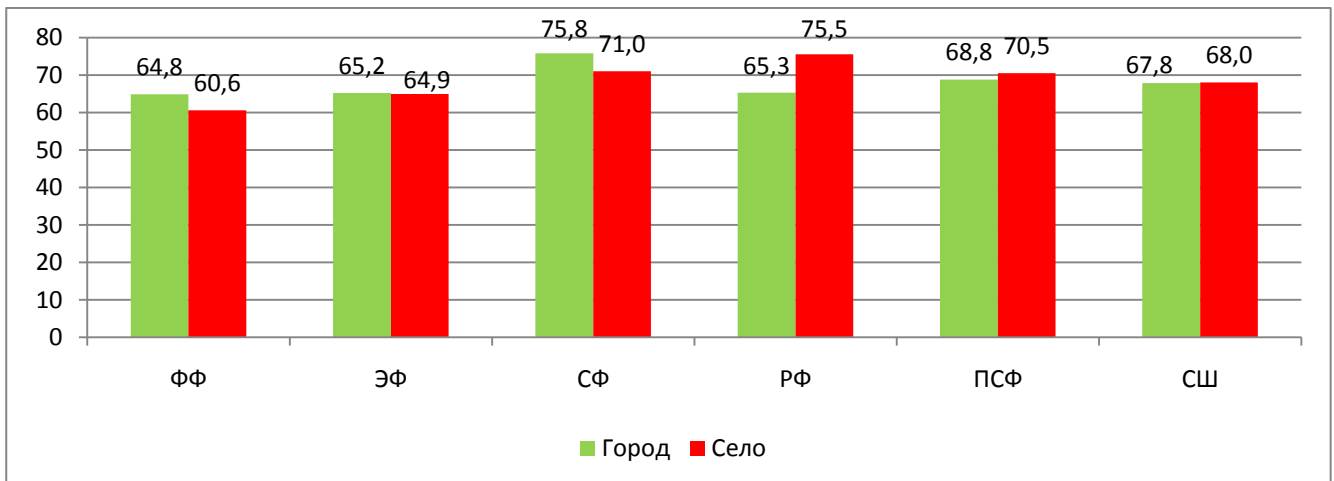


Рисунок 2 – Параметры КЖ городских и сельских детей 2-4 лет с врожденными пороками развития, в баллах

Как видно из рисунка 3, в разрезе половой принадлежности средние показатели КЖ девочек оказались выше, чем у мальчиков по всем шкалам, кроме ЭФ. По суммарной шкале КЖ девочек выше на 1,3 балла, а по шкале психосоциального функционирования на 1,1 балла. Статистически достоверность различий в качестве жизни мальчиков и девочек значима ($p < 0,05$).

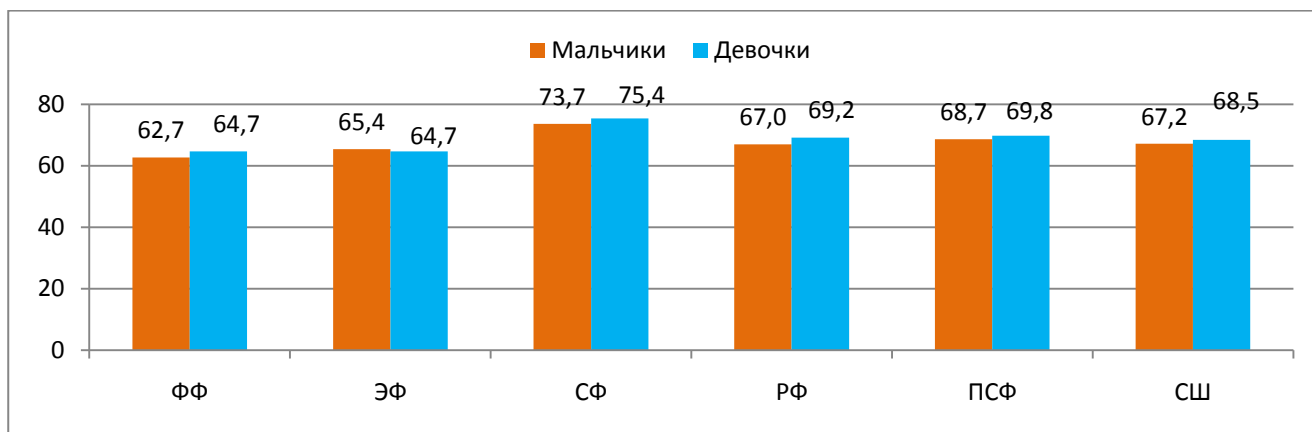


Рисунок 3 – Параметры КЖ мальчиков и девочек 2-4 лет с врожденными пороками развития, в баллах

По данным опроса, у детей с врожденными аномалиями (пороками развития) системы кровообращения и сердца наиболее страдает физическое и эмоциональное функционирование (таблица 2). При этом показатели КЖ по всем шкалам, кроме СФ выше по отношению детей, проживающих в Алматинской области. Соответственно показатель по суммарной шкале и шкала психосоциального функционирования у них был выше

(на 2,7 и на 3,1 балла). Различия в показателях КЖ детей исследуемых регионов достоверны ($p < 0.05$).

Установлено, что из всех анализируемых врожденных пороков самые низкие показатели КЖ выявлены у детей с врожденными аномалиями (пороками развития) центральной нервной системы: по СШ в Алматинской области - 57,7 баллов и в Кызылординской – 52,6, а по шкале ПСФ 58,7 и 56,2 балла соответственно.

Таблица 2 – Параметры КЖ детей 2-4 лет с врожденными пороками системы кровообращения и сердца и ЦНС в разрезе регионов

Наименование региона	ФФ	ЭФ	СФ	РФ	ПСФ	СШ
врожденные пороками системы кровообращения и сердца						
Алматинская	65,4	66,2	78,0	76,3	73,5	71,5
Кызылординская	64,1	61,7	79,3	70,1	70,4	68,8
врожденные пороки центральной нервной системы						
Алматинская	54,6	58,9	59,0	58,3	58,7	57,7
Кызылординская	41,6	53,9	51,5	63,3	56,2	52,6

Показатели шкалы ФФ оказались наиболее низкими у детей с данной патологией: в Алматинской области – 54,6 и в Кызылординской – 41,6. При этом показатели по всем шкалам, кроме РФ, ниже у детей с врожденными пороками развития центральной нервной системы Кызылординской области. Однако статистически различия в показателях КЖ детей с врожденными пороками развития центральной нервной системы Алматинской и Кызылординской областей не значимы ($p > 0.05$).

Сравнивая параметры КЖ детей 2-4 лет с двумя врожденными пороками развития можно отметить, что больше всего по всем шкалам страдает КЖ у детей с врожденными пороками развития ЦНС, и особенно физическая (48,7) его составляющая.

Таким образом, проведенное исследование детей в возрасте 2-4 года показало, что врожденные пороки развития с высокой достоверностью ($p < 0,01$) приводят к значительному снижению всех составляющих качества жизни, а именно физического, эмоционального, социального и ролевого функционирования ребенка. При этом показатели КЖ детей с врожденными пороками развития в Кызылординской области оказались ниже с высокой достоверностью по всем шкалам, чем у детей, проживающих в Алматинской области. Из исследованных групп заболеваний больше всего страдает качество жизни у детей с врожденными пороками развития ЦНС, в особенности показатель шкалы физического функционирования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / под редакцией академика РАМН Ю.Л. Шевченко. - М.: РАЕН, 2012. – 528 с.
- 2 Калматаева Ж.А., Бекботаев Е.К., Скаков А.Б., Омарова А.Э. Экспертная оценка влияния медико-социальных факторов на качество жизни детей // Медицина. – Алматы, 2013. - №10/136. – С.2-5.
- 3 Такирова А.Т. Оценка качества жизни детей-инвалидов и подростков с СД 1 типа в процессе реабилитации // Медицина и экология. – 2010. - № 3. – С. 88-93.
- 4 Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в педиатрии/ под редакцией академика РАМН Ю.Л. Шевченко. - М.: РАЕН, 2013. – 136 с.
- 5 Винярская И.В. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинской технологии (комплексное медико-социальное исследование): автореф. дисс. д-р. мед. – М., 2008. – 45с.
- 6 98. Varni J.W., Christine A.L., Burwinkle T.M. How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life?: An analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. // Health and Quality of Life Outcomes. – 2007. – Vol. 5. – P. 1-25.
- 7 Young N.L., Bradley C.S., Wakefield C.D. et al. Assessing relevance: children's role in developing a measure of quality of life // Qual. LifeRes. 2003; 12(7): 776.
- 8 Сухорученков Б.И. Анализ малой выборки. Прикладные статистические методы. - М.: Вузовская книга, 2010. - 384 с.

Ж.А. ҚАЛМАТАЕВА, Е.К. БЕКБОТАЕВ, М.Д. БІРІМЖАНОВА

ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі

ТУА БІТКЕН ДАМУ КЕМІСТІКТЕРІ БАР 2-4 ЖАС АРАЛЫҒЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ТҰРМЫС САПАСЫНЫҢ ПАРАМЕТРЛЕРІ.

Түйін: Қазақстан Республикасында тұңғыш рет халықаралық ұсыныстарға сай, туа біткен даму кемістіктері бар 2-4 жас аралығындағы балаларлардың тұрмыс сапасын зерттеу жұмыстары жүргізілді. Алматы мен Қызылорда облыстары бойынша қалалық және ауылды жерлерде тұратын балаларды жыныстық көрсеткіштері бойынша тұрмыс сапасын сипаттайтын салыстырмалы кесте құрастырылды. Денсаулыққа қатысты тұрмыс сапасын зерттеу, сыртқа пен емдеу шараларының, физикалық, психикалық және әлеуметтік жағдайларын сипаттайтын адамның тұрмыс сапасы көрсеткіштеріне қаншалықты әсерін зерделеуге мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: мектепке дейінгі жастағы балалар, туа біткен даму кемістіктері, өмір сүру сапасы, сауалнама PedsQL™ 4.

J.A. KALMATAEVA, E.K. BEKBOTAEV, M.D. BRIMZHANOVA

School of Public Health of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

QUALITY OF LIFE PARAMETERS CHILDREN 2-4 YEARS OLD WITH CONGENITAL MALFORMATIONS

Resume: First in the Republic of Kazakhstan in accordance with international recommendations investigated the quality of life of children from 2 to 4 years with congenital malformations. The comparative characteristic of the quality of life of children by sex among urban and rural children in regions of Almaty and Kyzylorda. Quality of life, health-related, allows you to explore the impact of disease and treatment on quality of life, appreciating all the components of health: physical, mental and social well-being.

Keywords: preschool children, congenital malformations, quality of life questionnaire PedsQL™ 4

ӘОЖ 616.33-002.44-006.6(07)

А.М. ОРМАНОВА, С.У. АБДРАЗАКОВА, Н.Б. АБИЫРОВА, А.Б. ДАУЛЕТЯРОВ

С.Ж Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДА АС ҚОРЫТУ МҮШЕЛЕРІ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Бұл мақалада біз студенттерге сауалнама жүргізу арқылы ас қорыту мүшелері ауруларының туындауына әкелетін қауіп факторларын анықтап, аталмыш ауру бойынша алдын-алу шараларын ұсындық. Соңғы жылдары студенттер арасында тыныс алу және ас қорыту мүшелерінің аурулары қарқынды өсіп келе жатқандығы белгілі болып отыр. Студенттердің өмірі олардың өздері өмір сүріп отырған қоғамның жағдайымен анықталады.

Түйінді сөздер: Алдын-алу шаралары, әлеуметтік сауалнама, студенттер, ас қорыту мүшелері ауруының таралуы, медициналық-әлеуметтік қауіп факторлары.

Қазақстан Республикасының президенті Н.Ә.Назарбаевтың «Қазақстан-2030 барша қазақстандықтардың табысы мен әл-ауқатының жақсаруы» халыққа жолдауында ұзақ мерзімді қабасымдықтарының бірі «Қазақстан азаматтарының денсаулығы, білімі және әл-ауқаты» деп танылды. Халықтың денсаулығы – дегеніміз республикамыздың әрбір аймағын стратегиялық дамыту болып табылады. Өйткені оның көрсеткіші әлеуметтік-экономикалық жағдайдың көрінісі [1]. Республика халқының денсаулығы әлеуметтік-экономикалық даму көрсеткіштерінің бірі болып табылады. Жалпы халықтың, оның ішінде ауылдық жерлердегі тұрғындардың, олардың жеке топтарының (әйелдер, мектепке дейінгі және мектеп жасындағы балалар) денсаулығына қатысты жағдай қоғамдық, сондай-ақ Республика үкіметінің үрейін тудырып отыр. Бұл халықтың денсаулығын сақтау және нығайту мәселелері бойынша көтеріп отырған мемлекет саясатынан байқалады. Үкіметтің маңызды құжаты «Қазақстан азаматтарының денсаулығы, білім және әл-ауқаты», «Қазақстан-2030» даму стратегиясы ұзақ мерзімдік басымдығы болып табылады. Ондағы негізгі аспект халықты сауықтыру және аурудың алдын алуды күшейту. Үкіметтің абыржуы Қазақстан Республикасы президентінің 2001 жылдың 30 желтоқсанындағы №751 Жарлығында 2002 жылды «Денсаулық жылы» деп белгілеуінен байқалады [2,3]. Қазақстан Республикасындағы жара ауруына жасалған талдаудың нәтижесі фармакологиялық нарыққа тиімділігі жоғары медикаменттердің шығуы Асқазан жарасы ауруын және он екі елі ішек жарасы ауруының бірден төмендеуіне септігін тигізгенін көрсетті, дегенмен соңғы 3-4 жылда олардың өсуге бет бұрғаны байқалады. Перфоративті жараға жасалған операциялар санының 2000 жылы 1991 жылмен салыстырғанда 2,2 есе фактіге негізделген өсімі белгілі болып отыр. Денсаулық сақтау ісі жөніндегі Қазақстан Республикасы агенттігінің статистикалық жинағында келтірілген мәліметтер жара аурулары жыл өткен сайын артып келе жатқандығын көрсетіп отыр. Республика бойынша жара ауруының алғаш көрінген жағдайлары 100 000 тұрғынның 127,4, қала тұрғындарының ішінде бұл көрсеткіш 157,9 құрады, ауылдық жерде 100 000 тұрғынның 83,6 құрайды [4]. Көрсетіліп отырған мәліметтер жара ауруларының республика тұрғындарының арасында өте көп таралғандығын дәлелдейді. Бұдан шығатын қорытынды ауруды емдеу мен оның асқынудың алдын алудың тиімді жолдарын іздеу және жетілдіру қажет. Әсіресе, денсаулық сақтаудың алғашқы буыны, яғни отбасылық-дәрігерлік емхана дәрігерлерінің тарапынан емдеу-профилактикалық іс-шараларын өткізудің маңызы зор болып табылмақ [2].

Зерттеу мақсаты. Студенттерде ас қорыту мүшелері ауруларының пайда болуына әсер ететін медициналық-әлеуметтік қауіп факторларын зерттеу және алдын алу бойынша шаралар ұсыну.

Зерттеу материалы ретінде студенттерге арналған сауалнама парағы қолданылды. Негізгі зерттеу аясында 220 адамға сауалнама жүргізілді.

Зерттеу нәтижелері: Асқорыту мүшелері ауруларының туындауына әкелетін қауіп факторларын анықтау мақсаты мен біз студенттер арасында сауалнама жүргіздік және де төмендегі бастым әліметтерге қол жеткіздік. Сауалнама респонденттердің паспорттік мәліметтеріне, негізгі бөлімге яғни, денсаулық

жағдайына, әлеуметтік жағдайы мен тамақтануына қатысты сауалдарды қамтыды.

Сауалнамамызға қатысқан респонденттерді оқу курсы бойынша алып қарастырғанымызда төменгі курс студенттері басым жауап берген. Пайызбен көрсететін болсақ 1 курс – 46%, 2 курс – 34%, 3 курс – 16%, 4 курс – 4% иеленген.

Оқу барысында үнемі стресске ұшырайсыз ба деген сауалымызға 60% студент оқу барысында күнделікті стресс алатындығын туралы айтса, 40% жоқ деп жауап берді. Стресс асқазан-ішек жолдары ауруларының негізгі себептерінің бірі болып табылады.

Бір күнде ыстық тағамды қаншалықты жиі қолдануға байланысты сұралған студенттердің 72% -1рет, 12% - көбінесе 2 рет, 16% -3рет деп жауап берді. Ыстық тағамды күніне 3 рет қолданатын студенттердің үлес салмағы 16% ғана құрады.

Фаст-фудты қолдану жиілігі бойынша сұрақта 67% мезгілмен қолданатындықтары, 24% ұнатпайтындықтары, ал 9% жиі қолданатындықтары анықталды. Мезгілмен қолданатындар уақыт өте келе жиі қолданатындар қатарына өтуі мүмкін, сол себепті студенттер арасында аталмыш аурулардың жиілеуі де тағы бір маңызды себептерінің бірі осы фаст-фуд тағамдарды көп қолдану болып табылады.

Университет асханасының тамақтану қолжетімділігіне байланысты сұраққа 61% респондент із қол жетімді, 25% жоқ қол жетімді емес деп жауап берсе, ал 14% жауап беруден қиналатындықтарын айтты.

Қорытынды: Жұмыс мақсатына жету барысында, зерттеу соңында біз келесідей шешім жасадық: медициналық-әлеуметтік зерттеу нәтижесінде 72% респонденттің күніне ыстық тағамды 1 рет ғана қабылдайтындығы анықталынды. Оқу барысында үнемі стресске ұшырайтындықтарын 60% растады. Шылым шегетіндердің пайызы 35% болса, ал ішімдікті пайдалану мәліметтері бойынша 37% ішімдік ішетіндіктер болып шықты. Фаст-фудты 67% студенттің мезгілмен қолданатындықтары анықталды. Ұйқының бұзылуы, жоғары тітіркенгіштік, жүрек айну, қызыл сияқты шағымдардың 40% жағдайда кездесетіндігі атап көрсетілді.

Зерттеу нәтижелері денсаулық сақтау саласындағы мамандардың аталмыш аурудың алдын алу және оны дер кезінде анықтауына мүмкіндік береді. Мемлекеттік стратегияны іске асырудың біден бір бағыты ас қорыту ауруларының алдын алу шараларын нәтижелі ұйымдастыру. Мақала қорытындысы бойынша ұсынатын алдын –алу шараларымыз:

1. Оқу орындарында тамақтану тәртібі, оның жиілігі, реттілігі бойынша лекциялар оқу, себебі асқазан мен он екі елі ішек жарасы ауруына анағұрлым бейім контингент студенттер болып табылады. Ас қорыту мүшелері ауруларын дер кезінде анықтау мақсатында студенттерге жыл сайын уақытылы профилактикалық медициналық тексеру жүргізу қажет. Аталмыш аурулар бойынша тіркелген студенттерге дер кезінде ем жүргізіп, созылмалы түрге өтуінің алдын алу.

2. Университет асханасының қолжетімділігін арттыру, бір апталық ас мәзірін дайындау. Университетте жүйелі түрде асқазан-ішек жолдарының аурулары бойынша алдын алу шараларын жүргізіп отыру қажет.

3. Асқазан ішек жолдары аурулары бойынша сауықтыру іс-шараларының кешенін өткізу, оның ішінде: қалпына келтіруге арналған ем-дом, аурудың

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Н.А. Агаджанян. Изучение образа жизни, состояния здоровья и успеваемости студентов при интенсификации образовательного процесса / Н.А. Агаджанян, Т.Ш. Миннибаев, А.Е. Северин и др. // Гигиена и санитария, 2005. - №3. – С. 49-51.
- 2 Г.Е. Аимбекова. Реализация проекта ВОЗ «Здоровые Университеты» в Казахстане / Г.Е. Аимбекова, Р.С. Колопкина, А.Г. Альжанова // Здоровоохранение РФ, 2002. – № 1. – С.7-8.
- 3 А.Ж. Ажмұханбетова/ Потребление алкоголя среди студентов медиков / А.Ж. Ажмұханбетова // Материалы II съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. – Астана: 2002. – С. 227-228.
- 4 Ю.Н. Беляева/ Некоторые эпидемиологические аспекты болезней органов пищеварения на региональном уровне//Материалы VII Международной (XVI Всероссийской) Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых учёных. – М.: 2012.

А.М. ОРМАНОВА, С.У. АБДРАЗАКОВА, Н.Б. АБИЫРОВА, А.Б. ДАУЛЕТЯРОВ

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ СРЕДИ СТУДЕНТОВ

Резюме: Болезни органов пищеварения (БОП) остаются актуальной проблемой клинической медицины, привлекают к себе внимание как практикующих врачей, так и организаторов здравоохранения. С социальных позиций студенчество можно рассматривать как специфическую группу, которая имеет свои отличия в образе жизни, свои ценности, установки, эталоны поведения. Проблема здоровья студентов в последние годы привлекает внимание ученых, врачей и педагогов, что обусловлено высокой их заболеваемостью и широким распространением факторов, оказывающих влияние на формирование здоровья студентов. С целью улучшения здоровья студентов нами была изучена факторы риска болезней органов пищеварения среди студентов.

Ключевые слова: Профилактические мероприятия, социальный опрос, студенты, распространенность заболеваний органов пищеварения, медико-социальные факторы риска.

A.M. ORMANOVA, S.U. ABDRAZAKOVA, N.B. ABIYROVA, A.B. DAULETIYAROV

PREVENTION OF DIGESTIVE DISEASES AMONG STUDENTS

Resume: Digestive diseases (TBD) remain an urgent problem of clinical medicine, have attracted attention as practitioners and policy-makers. Worldwide, there are an increasing number of people suffering from diseases of the gastrointestinal tract and hepatobiliary system. With social positions students can be seen as a specific group, which has its differences in lifestyles, values, attitudes, standards povedeniya. Problema health of students in recent years attracted the attention of scientists, doctors and teachers, due to their high incidence and the prevalence of factors, influence the formation of students' health. In order to improve the health of students, we studied risk factors for digestive diseases among students

Keywords: preventive measures, social survey, students, prevalence of diseases of the digestive system, medical and social risk factors.

Д.А. ОСПАНОВА, М.А. РАМАЗАНОВА

Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

Важнейшее значение для обоснования потребности лиц старшего возраста в медико-социальной помощи имеют показатели заболеваемости по данным обращаемости в лечебно-профилактические организации. Для лиц старшего возраста характерна обратная, тесная зависимость между их возрастом и уровнем заболеваемости по обращаемости в лечебно-профилактические организации.

Ключевые слова: заболеваемость по обращаемости, лица старшего возраста, амбулаторно-поликлинические организации

На фоне демографического старения Казахстана возрастает актуальность исследования социальной активности пожилых людей. Особый интерес в этом плане представляет поиск путей активизации их социального поведения в связи с осознанием изменившейся роли пожилых людей, которые в настоящее время стали более активны [1, 2].

Старение характеризуется снижением активности многих физиологических функций, ведущих к увеличению вероятности смерти. Известно, что возраст является одним из основных факторов риска развития значительного числа патологических состояний, особенно сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний [3].

Важнейшее значение для обоснования потребности лиц старшего возраста в медико-социальной помощи имеют показатели заболеваемости по данным обращаемости в лечебно-профилактические организации [4].

Разработка гарантируемых объема и структуры медицинской помощи лицам старшего возраста базируется на возрастных показателях заболеваемости, так как в формировании именно их величин аккумулируется воздействие адаптационно-биологических, экологических, медико-социальных, здравоохраненческих и многих других элементов среды жизненного обитания.

Материалы настоящего исследования показывают, что средний уровень заболеваемости по обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации, без заболеваний зубов и полости рта, за трехлетний период наблюдения составляет 1307,0±6,8 случая на 1000 лиц старшего возраста (таблица 1). У женщин (1334,8‰) отмечается более высокий уровень заболеваемости по обращаемости в лечебно-профилактические организации, в сравнении с мужчинами (1273,9‰).

Таблица 1 - Среднегодовая заболеваемость по обращаемости лиц старшего возраста по классам болезней (на 1000 человек)

№ п/п	Классы болезней	Шифр по МКБ X	Показатель среднегодовая заболеваемость по обращаемости		
			муж	жен	ОП
I	Инфекционные и паразитарные болезни	A00-B99	11,9	14,7	13,4
II	Новообразования	C00-D48	12,9	20,4	17,1
IV	Болезни эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета	E00-E90	23,1	48,9	37,2
V	Психические расстройства	F00-F99	19,6	22,7	21,3
VI	Болезни нервной системы и органов чувств	G00-G99	124,7	121,6	123,0
IX	Болезни органов кровообращения	I00-I99	379,1	412,7	397,7
X	Болезни органов дыхания	J00-J99	242,1	213,4	226,3
XI	Болезни органов пищеварения	K00-K93	120,9	134,6	128,5
XII	Болезни кожи и подкожной клетчатки	L00-L99	35,3	34,9	35,1

XIII	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	M00-M99	170,5	166,4	168,2
XIV	Болезни мочеполовой системы	W00-W99	44,0	44,2	44,1
XIX	Травмы и отравления	S00-T98	73,7	66,3	69,6
	Прочие		16,1	34,0	26,0
	Всего		1273,9	1334,8	1307,5
	В том числе острые		295,6	373,6	338,6
	хронические		978,3	961,2	968,9
	на 1000 всего населения		141,3	388,1	269,4

Для лиц старшего возраста характерна обратная, тесная зависимость между их возрастом и уровнем заболеваемости по обращаемости в лечебно-профилактические организации.

Уровень заболеваемости по обращаемости изучаемого контингента болезнями системы кровообращения составляет 397,7%, доля которых в структуре заболеваемости составляет 29,8%. Максимальный уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения среди лиц старшего возраста достигает в старческом возрасте (445,0%). По мере нарастания возраста увеличивается число обращений по поводу атеросклероза, ишемической болезни сердца, цереброваскулярных болезней и снижается по поводу гипертонической болезни.

Возрастно-половые особенности заболеваемости по обращаемости болезнями системы кровообращения лиц старшего возраста (на 1000 человек соответствующего пола и возраста) 60,0% всей заболеваемости по обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации по поводу сердечно-сосудистых заболеваний приходится на ишемическую болезнь. Сравнительно высоки также показатели обращаемости по поводу цереброваскулярных болезней и атеросклероза (соответственно 76,5% и 45,1%).

При анализе повозрастных показателей заболеваемости по обращаемости в амбулаторно-поликлинические

организации лиц старшего возраста, установлено существование между уровнем заболеваемости и возрастом обратной связи сильной степени ($r=-0,83$) (рисунок 1). Хотя, уровни заболеваемости выше у женщин, по отдельным возрастным группам статистически достоверное преимущество ($t>3$) отмечается у мужчин. Среди мужчин наибольшая величина показателя заболеваемости приходится на возрастную группу 70-74 года (1516,1%) с заметным снижением его в возрастной группе 75-79 лет (1270,4%). Среди женщин пик заболеваемости приходится на возрастную группу 60-64 года (1509%) в старческом возрасте отмечается резкое снижение величины данного показателя до 685,2% в возрастной группе 80 лет и старше.

Доля населения старше 60 лет, не обратившихся за медицинской помощью в течение года, составляет 34,2%, в том числе среди мужчин – 34,5%, среди женщин - 33,9%. Следует отметить, что наше исследование не выявило значительных различий в обращаемости лиц старшего возраста в зависимости от пола. В течение года за медицинской помощью обращаются 66,3% мужчин старшего возраста и 64,1% женщин соответствующего возраста. Лица старческого возраста реже обращаются за медицинской помощью по сравнению с лицами пожилого возраста (59,1% против 65,9%).

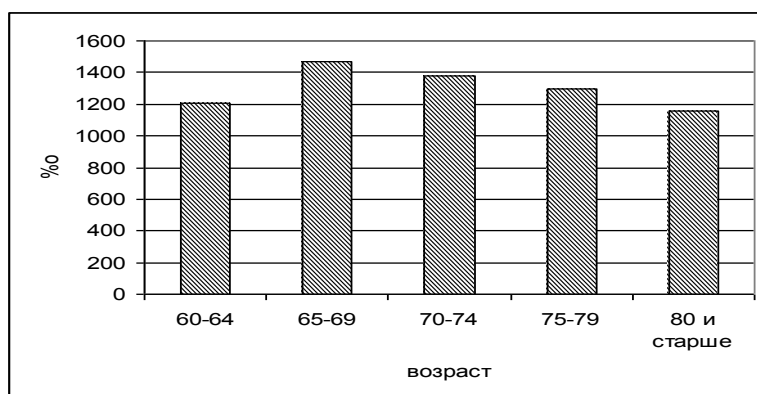


Рисунок 1 - Динамика возрастных показателей заболеваемости по обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации лиц старшего возраста (на 1000 человек соответствующего возраста)

Значительная часть лиц старшего возраста (30,3%) обращается в лечебно-профилактические организации течение года по поводу одного заболевания. Относительно велика доля лиц старшего возраста, обратившихся за медицинской помощью по поводу 2-х заболеваний (18,7%). Далее резко уменьшается

удельный вес лиц, обратившихся по поводу 3-х и более заболеваний

Снижение обращаемости в старших возрастных группах происходит, а основном за счет острых заболеваний. Установлено, что в структуре обращаемости на острую патологию приходится 25,9%. Женщины чаще мужчин обращаются по поводу острых заболеваний. Число

острых заболеваний на 1000 лиц старшего возраста соответствующего возраста снижается с 338,6 в возрастной группе 60-64 года до 97,9 в возрастной группе 80 лет и старше. Эта закономерность одинаково проявляется как среди мужчин, так и среди женщин.

Наиболее высокий уровень хронических заболеваний по обращаемости отмечается у лиц старшего возраста в возрастной группе 70-74 года (3236,6 на 1000 человек). Между заболеваемостью по обращаемости хроническими болезнями лиц старшего возраста и увеличением их возраста у мужчин существует прямая сильная связь ($R=0,7$), у женщин - обратная средняя связь ($R=-0,49$). Следует подчеркнуть, что распространенность хронических заболеваний в пожилом возрасте выше у женщин, а в старческом возрасте - у мужчин.

В структуре хронической патологии изучаемого контингента первое место занимают болезни органов кровообращения (40,1%), второе - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (13,7%). Последующие места занимают болезни органов пищеварения (13,3%), нервной системы и органов чувств (8,9%), органов дыхания (8,3%). Указанные 5 классов болезней составляют 84,3% всей выявленной накопленной хронической патологии.

При анализе показателей заболеваемости хроническими болезнями среди лиц старшего возраста разного пола

ранговые места различных болезней оказались иными. У мужчин первые 5 мест занимают болезни системы кровообращения (1078,7‰), костно-мышечной системы и соединительной ткани (434,1‰), органов пищеварения (355,3‰), органов дыхания (306,4‰), нервной системы и органов чувств (238,3‰). У женщин ведущие места в заболеваемости хроническими болезнями занимают те же 5 классов, что и среди мужчин.

Методика исследования позволит дополнить данные о хронической заболеваемости по обращаемости сведениями, полученными при анализе случаев госпитализации, инвалидности, диспансеризации и вызовов скорой медицинской помощи, т.е. хроническими болезнями, по поводу которых не было зарегистрировано обращений за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические организации города в изучаемый период времени, что позволит внести соответствующие поправки в уровень и структуру заболеваемости лиц старшего возраста. Полученные сведения об уровне и структуре заболеваемости лиц старшего возраста и ее показателях по возрастнополовым группам будут являться важным фактором формирующим потребность этого контингента населения в медико-социальной помощи.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Хавинсон В.Х. Старение эпифиза / В.Х. Хавинсон, А.Г. Голубев // Усп. Геронтол., 2002. – № 9. – С. 67–72.
- 2 Хавинсон В.Х. Пептидная регуляция репаративных процессов в органах иммунной системы при ускоренном старении / В.Х. Хавинсон, Н.С. Линькова, И.М. Кветной и др. // Научные ведомости БелГУ. Серия Медицина. Фармация, 2010. – № 12/1, № 22 (93). – С. 57–61.
- 3 Charansonney OL. Physical activity and aging: a life-long story // Discov Med, 2011. – N 12 (64). – P. 177-185.
- 4 Руководство по научно-методологическому обеспечению медико-социологических исследований. – Алматы: 2003. – 64с.

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРДЫҢ АМБУЛАТОРЛЫ-ЕМХАНАЛЫҚ ҰЙЫМДАРҒА ӨЗДІГІНЕН КЕЛЕУІ БОЙЫНША АУРУШЫЛДЫҒЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІГІ

Д.А. ОСПАНОВА, М.А. РАМАЗАНОВА

*Алматы мемлекеттік дәрігерлерді жетілдіру институты
С.Ж. Асфендиярова атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті*

Түйін: Егде жастағы адамдардың медико-әлеуметтік көмекке мұқтаждығын негіздеуде емдеу-профилактикалық ұйымдарға аурушылдық көрсеткіштері бойынша өздігінен келудің маңызы зор. Егде жастағы адамдар үшін емдік-профилактикалық ұйымдарға өздігінен келуі бойынша аурушылдық көрсеткіші мен олардың жасының арасында кері, тығыз байланыс тән.

Түйінді сөздер: аурушылдық, егде жастағы адамдар, амбулаторлы-емханалық ұйымдар.

D.A. OSPANOVA, M.A. RAMAZANOVA

*Almaty State Institute of Advanced Medical
Asfendiyarov Kazakh National Medical University
MEDICAL SERVICES FOR THE ELDERLY IN OUTPATIENT CLINICS*

In modern world is gradually increasing proportion of older people in the population. The growing share of elderly and senile age leads to the need for special attention to health and medical care of the most vulnerable to the health-cial point of view, a group of citizens.

High level of health and social needs of particular diseases of the elderly pushing tasks differentiated approach to advancing the health and social-service aimed at achieving and maintaining the optimum level of health and functional activity of persons of retirement age with the formation of a special system of assistance to the population of gerontology or without it. Development of the health care system the older population is carried out both by improving treatment and prevention-cal assistance in the overall network of medical institutions at all levels and by creating special medical institutions geriatric profile

Keywords: morbidity level, the elderly, the outpatient organization

А.С. РАКИШЕВА, А.Я. АБУБАКИРОВ

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Установлены факторы, оказывающие влияние на процесс распространения туберкулеза, в том числе: уровень жизни, интенсивность миграции, наличие лекарственной устойчивости, рецидивов заболевания, сопутствующей патологии, а также эффективность организации и проведения противотуберкулезных мероприятий фтизиатрической службой и организациями ПМСП.

Ключевые слова: туберкулез, туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью, рецидивы, пенитенциарные учреждения, ПМСП.

Несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении, туберкулез продолжает оставаться серьезной проблемой общественного здравоохранения не только в Казахстане, а также во многих странах мира. При этом предполагается, что туберкулез останется до 2020 года одним из 10 самых тяжелых заболеваний в мире. Ведущими факторами, препятствующими ликвидации туберкулеза в мире, являются: высокая распространенность туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ МЛУ), миграционные процессы, эпидемия туберкулеза в местах заключения, рост числа ВИЧ-инфицированных, что способствует распространению сочетанной инфекции ВИЧ/туберкулез [1].

Однако необходимо отметить, что в целом в мире, в том числе и в Казахстане, в последние годы наблюдается стабилизация и даже снижение показателя заболеваемости туберкулезом [2,3,4]. Но, несмотря на улучшение эпидемиологических показателей, проблема туберкулеза в стране остается по-прежнему актуальной. Напряженность эпидемической ситуации по туберкулезу поддерживается наличием «резервуара» хронических больных, социально-уязвимых групп населения, подверженных риску инфицирования и заболевания, внутренних и внешних миграционных процессов, нелегальных мигрантов из соседних стран.

Остается еще много нерешенных проблем, основной из которых является высокий уровень распространения ТБ МЛУ. К основным причинам развития ТБ МЛУ относятся: несоблюдение принципа непосредственно контролируемого лечения (НКЛ) туберкулеза в прежние годы и в настоящее время, перерывы в лечении туберкулеза вследствие побочных эффектов на противотуберкулезные препараты, отсутствие централизованной стратегии по контролю за больными хроническим туберкулезом, недостаточное соблюдение мер инфекционного контроля в противотуберкулезных стационарах.

Выявление большего числа больных с ТБ МЛУ также связано с внедрением во всех регионах страны ускоренных высокоспецифичных молекулярно-генетических методов ВАСТЕК MGIT-960, Hain-test, G-Xpert и соответственно, улучшением диагностики. Так, метод G-Xpert позволяет в течение двух часов диагностировать не только наличие в патологическом материале микобактерий туберкулеза, но и устойчивости к рифампицину, что является показателем наличия ТБ МЛУ.

Проблема борьбы с туберкулезом остается актуальной и в пенитенциарной системе, однако с момента внедрения стратегии ВОЗ в учреждениях уголовно-исполнительной системы наметились позитивные сдвиги, выражающиеся

в снижении показателя заболеваемости туберкулезом осужденных за последние 12 лет более чем в 4,5 раз, а смертности – в 7 раз.

Тем не менее, эпидемиологические показатели остаются достаточно высокими и превышают заболеваемость населения в 11 раз. Несмотря на достигнутые успехи в борьбе с туберкулезом в исправительных учреждениях, еще много нерешенных проблем, в числе которых: недостаточная оснащенность медицинским оборудованием и аппаратурой, перерывы в лечении, связанные с проведением следственных действий. Не достигнута полная преемственность между ведомственной службой и гражданским здравоохранением. Отмечена высокая текучесть медицинских кадров в закрытых учреждениях, вызванная неудовлетворительными условиями труда, высокой опасностью заражения туберкулезом, отменой льгот, недостаточной денежной компенсацией труда, не престижностью профессии «тюремного» врача. Особенно актуальна нерешенная проблема содержания и лечения хронических больных. Вызывают тревогу участвовавшие случаи заболевания туберкулезом медицинских работников и сотрудников пенитенциарных учреждений. Все эти вопросы требуют решений, которые возможны при тесном взаимодействии всех служб и ведомств, дополнительном финансировании, медико-социальной поддержке уязвимых групп.

Сеть организаций первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) играет важную роль в диагностике и контроле лечения больных туберкулезом, так как больные при первых признаках заболевания, обращаются к врачам общей сети. Участвуя в выявлении больных туберкулезом, медицинские работники ПМСП способствуют снижению бремени туберкулеза, так как не выявленный и не получающий лечения больной активным туберкулезом может заразить за год до 10-15 человек.

Одним из показателей эпидемиологического благополучия населения является количество рецидивов туберкулеза легких. Удельный вес рецидивов у больных, перенесших активный туберкулез по стране, не только высок, но и имеет тенденцию к росту, что зависит от ряда факторов. При анализе причин развития рецидивов у 101 больного установлено, что основными факторами развития риска рецидивов явились: лекарственная устойчивость (69,8%), социальная незащищенность (59,8%), алкоголизм (54,4%), контакт с больным туберкулезом (17,97%), нахождение в местах лишения свободы (10,6%), мигранты (10,6%), сопутствующий сахарный диабет (9,8%), послеродовой период (4,7%), наркомания (3,4%), работа в учреждениях уголовно-

исполнительной системы (0,4%). У больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, пролеченных в режиме DOTS-Plus, причиной развития рецидивов были: короткая интенсивная фаза лечения (28%), повторный тесный контакт (24%), оперативное вмешательство на поддерживающей фазе лечения,

пропуски приема ПВР на поддерживающей фазе, тяжелые условия труда, неудовлетворительные условия жизни пациентов после завершения лечения. Таким образом, учет факторов, влияющих на распространение туберкулеза, усилит эффект противотуберкулезных мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Gupta R. Туберкулез как большая проблема мирового здравоохранения в XXI веке. Перспективы ВОЗ // Проблемы туберкулеза и болезней органов дыхания, 2005. – № 7. – С. 53-54.
- 2 Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан. 2012.
- 3 Абилдаев Т.Ш., Берикова Э.А., Баймуханова К.Х. Анализ текущей ситуации по туберкулезу в Казахстане // Фтизиопульмонология, 2013. – № 2(23). – С. 58.
- 4 Абилдаев Т.Ш. Результаты и пути дальнейшей реализации Национальной Программы борьбы с туберкулезом в Казахстане // Фтизиопульмонология, 2011. – № 2(19). – С. 6-9.

А.С. РАКИШЕВА, А.Я. АБУБАКИРОВ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ШАРАЛАРДЫҢ ТИІМДІЛІГІНЕ ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАР

Түйін: Туберкулез үрдісінің таралуына көптген факторлар әсер етеді; соның ішінде өмір деңгейі, көңіл-қону қарқыны қосымша аурулардың болуы, көп дәріге төзімділік, аурудың қайталануы, сол сияқты, фтизиатриялық және біріншілік медико-санитарлық көмек көрсету мекемелерінің туберкулезге қарсы шараларының жүргізілуі мен ұйымдастыруының тиімділігіне байланысты.

Түйінді сөздер: туберкулез, көпшілік туберкулездың дәрілік төзімділігі, аурудың қайта қайталануы, пенитенциарлы мекемелер, БМСК

A.S. RAKISHEVA, A.J. ABUBAKIROV

Asfendiarov Kazakh national medical university

THE FACTORS IN INFLUENCING EFFICIENCY OF ANTITUBERCULAR ACTIONS

Resume: Process of distribution of tuberculosis is influenced by a set of actors, including a standard of living, intensity of migration, existence of accompanying pathology, multiple medicinal stability, disease currency, and also efficiency of the organization and carrying out antitubercular actions by phthisiology service and establishments of primary medical and sanitary care.

Keywords: tuberculosis, multidrug resistance, relapse, prisons, PMC.

УДК 616.831.9-002.115-08-039.71-053.2

У.А. АЛТЫНБЕКОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, Э.Н. ТУЛЕУБАЕВА, А.А. ТАНИРБЕРГЕНОВ, Н. МЕНДАЛИЕВ

Кафедра политики и управления здравоохранением КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СЕРОЗНЫХ МЕНИНГИТОВ В МИРЕ

В статье описана современная ситуация по серозному менингиту в мире, а в особенности в Африке в так называемом «поясе менингита».

Ключевые слова: серозный менингит, эпидемиология серозного менингита, африканский менингитный пояс.

Менингококковая инфекция широко распространена во многих странах мира и относится к числу наиболее тяжелых инфекционных заболеваний. Ежегодно регистрируется 3-10 случаев менингококкового менингита на 100 000 населения. В Европе у 2/3 инфицированных менингококки вызывают менингит. У 10 % пациентов заболевание заканчивается смертельно,

а примерно у 20 % вызывает серьезные повреждения. Летальность составляет 6,1% (примерно 141 случай на 100 тысяч). В Европе большинство случаев заболевания приходится на зимние месяцы (36%), а наименьшее - летом (17%).[1,2]

В течение 2012 года в Казахстане в сравнении с аналогичным периодом 2011 года отмечено снижение заболеваемости менингококковой инфекцией на 16%, но, тем не менее, показатель смертности при менингите колеблется от 10 до 20% в различных регионах. С начала года только в Южно-Казахстанской области зарегистрировано 73 случая серозного менингита, основное количество заболеваний приходится на июнь – июль.[3,4].

Энтеровирусная инфекция остается малоконтролируемой в практике здравоохранения и занимает одно из ведущих мест среди инфекционных заболеваний, протекающих с поражением ЦНС. Одной из основных особенностей этих инфекций является вирусоносительство, постоянно обуславливающее возникновение спорадических форм и массовых заболеваний, которое, как и заболеваемость, наблюдается не только среди детей младшего и старшего возраста, но и среди взрослых. [5].

По данным исследователей Французского института исследования развивающихся стран совместно с Седьмым парижским университетом в западных странах бактериальный менингит встречается примерно у 3 человек на 100000 жителей. Вирусный менингит является более распространённым, он встречается 10,9 раз на 100000 жителей. В Бразилии показатель заболеваемости бактериального менингита выше (45,8 случаев на 100000 жителей). В Африке, к югу от Сахары, в так называемом «поясе менингита» случаются крупные эпидемии менингококкового менингита (до 500 случаев на 100000 жителей). Они возникают в областях с низкой эффективностью оказания медицинской помощи. В последние несколько десятилетий частота встречаемости болезни во всём мире значительно возросла. Менингиты сегодня занимают 10 место среди причин смертности от инфекционных заболеваний.[2,6]

Есть некоторые признаки того, что эпидемии менингококковой инфекции стали более частыми в Африке в последние годы, хотя трудно утверждать, что это истинное увеличение заболеваемости, а не следствие улучшения статистической отчетности. Появление ВИЧ-инфекции в Африке не оказало большого влияние на заболеваемость менингококковой инфекцией, как это было в случае с инвазивной пневмококковой инфекцией. Территориальные границы африканского менингитного пояса, простирающегося через Сахель и суб-Сахель из Гамбии на западе до Эфиопии и Судана на востоке, впервые были определены Лаписони в 1963 году и сохраняются по сей день.[6] Тем не менее, в течение последнего десятилетия, вспышки менингококковой инфекции были зарегистрированы в районах, прилегающих к классическому менингитному поясу, а также в нескольких странах Восточной Африки и южной части Африки. Эти вспышки подтвердили некоторые эпидемиологические особенности эпидемий менингитного пояса, таких как сезонность, хотя они редко были столь крупными. Эти наблюдения показывают, что пояс менингита расширяется, возможно, в связи с уменьшением осадков и абсолютной влажности

в субтропиках, прилегающих к поясу менингита и на юге Африки. В странах пояса с лесами и саваннами, склонность к вспышкам сохраняется лишь на севере, в более засушливых регионах, отмечают наблюдатели, такие как Горн (1908).[8]

Объяснение существования африканского менингитного пояса сейчас яснее, чем это было 100 лет назад. Молесворд с коллегами в 2003 сопоставили распределение недавних и более ранних вспышек с числом экологических показателей. Была обнаружена связь с абсолютной влажностью, типом почвенно-растительного покрова, концентрацией пыли и численностью населения. Используя типы почвенно-растительного покрова и показатели абсолютной влажности в качестве основных переменных, была построена модель, которая позволяет прогнозировать зоны с высоким риском эпидемий, и они совпадают с областями, в которых уже были зафиксированы эпидемии. Модель также позволила определить области с возможным увеличением риска, в том числе, значительные площади в восточной и южной Африке. [9] Абсолютная влажность, которая была определена ранее в качестве детерминанты эпидемии такими учеными как Вэдди (1957 год), является наиболее важной переменной и в новой модели, но как абсолютная влажность влияет на эпидемии до сих пор неясно.[10].

Характерной чертой первых эпидемий менингококковой инфекции в Западной Африке было то, что они почти всегда начинались в середине засушливого сезона, быстро достигали пика к концу этого периода, а затем резко спадали с пришествием дождей только для того, чтобы вновь начаться в соседних районах в засушливый сезон на следующий год. Эта закономерность сохранялась почти без исключений, но до сих пор нет объяснения этой удивительной особенности. Вспышки наблюдаются в то время года, когда абсолютная влажность воздуха низкая и жарко, пыльные ветра дуют из Сахары. Опираясь на предположения предыдущих авторов, мы предполагаем, что сезонность, наблюдаемая в частоте случаев заболеваемости менингококковой инфекции, отражает изменение в соотношении случаев заболевания носоглотки у носителей, как правило, в диапазоне от 1-100, а не изменения в общей заболеваемости. Возможно, отражает ослабление иммунитета в разгар сухого сезона. Как это может быть связано - неясно, но изучение природы частиц, присутствующих в ветряной пыли и то, как они могут влиять на защитную способность человека, заслуживает дальнейшего изучения.

Возможно, африканская эпидемия была вызвана несколькими событиями с участием двух микроорганизмов и окружающей среды, воздействующих одновременно, но то, что сочетание данных обстоятельств непременно вызывает эпидемии, и до сих пор нет системы, позволяющей точно предсказать время и место эпидемии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Амвросьева Т.В., Поклонская Н.В., Богуш З.Ф. Специфические клинические, эпидемиологические закономерности и лабораторная диагностика энтеровирусной инфекции в Республике Беларусь. //Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – М: 2005. –№2. – С.101.
- 2 Всемирная Организация Здравоохранения. //Информационный бюллетень. 2012. – №141.
- 3 Постановление Министерства Здравоохранения Республики Казахстан от 25.04.2008г. «О мерах по профилактике энтеровирусной инфекции» – Астана: 2008.
- 4 Тутаева Е.Н. «Совершенствование диагностики серозных менингитов». – Алматы: 2013. – С.6.
- 5 Альмишева А.Ш. «Эпидемиологические и экологические аспекты серозных менингитов энтеровирусной природы». Дис. к. м. н. 2009.
- 6 Сейбил В.Б., Малышкина Л.П. Энтеровирусы в XX и XXI веке// Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. – М: 2005. – №4. – С.30 – 31.
- 7 Lapeyssonnie L. La méningitecérebrospinale en Afrique.// Bulletin of the World Health Organization. – № 28. – P. 3–114.
- 8 Horn A.E. Report on an investigation of cerebro-spinal fever in the northern territories of the Gold Coast in 1908. //Journal of Tropical Medicine and Hygiene. – №11. – P.358–365.
- 9 Molesworth AM, Thomson MC, Connor SJ et al. Where is the meningitis belt? Defining an area at risk of epidemic meningitis in Africa// Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2002. – №96. – P 242–249.
- 10 Waddy B.B. African epidemic cerebrospinal meningitis. Journal of Tropical Medicine and Hygiene. 1960. – P. 179–189, 218–223.

У.А. АЛТЫНБЕКОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, Э.Н. ТУЛЕУБАЕВА, А. А. ТАНИРБЕРГЕНОВА, Н.А. МЕНДАЛИЕВ

*С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ
Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы*

ӘЛЕМДЕГІ СЕРОЗДЫ МЕНИНГИТ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫНЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУЫ

Түйін: Мақалада серозды менингиттің қазіргі тандағы жағдайы баяндалған ,айрықша Африка еліне менингиттің ортасы болып табылғанына көңіл бөлінген.

Түйінді сөздер: серозды менингит, серозды менингиттің эпидемиологиясы, Африкалық менингиттің ортасы.

**E.N. TYLEYBAYEVA, Y.A. ALTYNBEKOVA, M.A. RAMAZANOVA,
A.A. TANIRBERGENOVA, N.A. MENDALIYEV**

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EPIDEMIOLOGY OF SEROUS MENINGITIDES IN THE WORLD

Resume: The article described the current situation on the serous meningitis in the world, and especially in Africa, the so-called "meningitis belt".

Meningococcal disease is widespread in many countries of the world and is among the most serious infectious diseases. Recorded annually 3-10 meningococcal meningitis cases per 100 000 population. In Europe, two thirds of infected meningococci cause meningitis. In 10% of patients, the disease ends fatally, and about 20% of causing serious damage. Mortality was 6.1% (approximately 141 cases per 100 thousand). In Europe, the majority of cases occurring in the winter months (36%), and the lowest - in the summer (17%).

Keywords: serous meningitis, the epidemiology of serous meningitis, the African meningitis belt.

Р.С. МАЙТБАСОВА, Б.Х.ХАБИЖАНОВ, С.Е.КАЙНАЗАРОВА, М.Н.ШАРИПОВА, С.Н.НУРТАЗАЕВА, Ж.Ж.НУРГАЛИЕВА
Научный Центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК, г. Алматы

СТРУКТУРА ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ, УМЕРШИХ В ВОЗРАСТЕ ДО 5 ЛЕТ

В статье дана структура врожденных пороков развития детей, умерших в возрасте до 5 лет в Алматинской области за 2009-2011 годы, а также возрастные особенности смертности от ВПР.

Ключевые слова: дети, врожденные пороки развития.

В развитых странах мира врожденные пороки развития (ВПР) относятся к числу наиболее часто встречающихся патологий у новорожденных и детей первого года жизни, одновременно они являются одной из основных причин перинатальной и ранней детской смертности [1,2,3]. Многие из них, если не умирают без лечения, то становятся инвалидами с детства и воспитание их ложится тяжким бременем не только на плечи родителей, но и государства [1,2].

По данным ВОЗ, в мире ежегодно среди живорожденных дети с ВПР составляют 4-6%, а это составляет 30-40%. **Установлено, что 50% детей с ВПР и более можно сохранить жизнь при своевременной диагностике и хирургической коррекции врожденного дефекта.**

Все указанное выше подчеркивает актуальность проблемы ВПР у новорожденных, своевременной диагностики и коррекции.

Цель: Изучить смертность детей от 0 до 5 лет от врожденных пороков развития в Алматинской области за 2009-2011 годы для разработки программы укрепления здоровья детского населения в регионе.

Материал и методы. Проведена экспертная оценка смертности детей от 0 до 5 лет по специально разработанной карте. Анализу подвергнуты медицинские документы (ф.112, ф.026, ф.096, ф.097/у, ф.106-2у-07, ф.013/у) 1850 случаев смертей по Алматинской области за три года.

Результаты и обсуждение. В целом, от врожденных аномалий/пороков развития в возрасте от 0 до 5 лет в 2009 году умерло 119 детей, что составило 18,9% от всех умерших от 0 до 5 лет; в 2010 г. умерло 109 (17,9%), в 2011 г. – 129 (21,0%).

Врожденные пороки развития, несовместимые с жизнью, и как причина смерти у детей 0-5 лет были представлены преимущественно пороками сердца (ВПС) и сосудов, что имело тенденцию к росту с 52,9% в 2009 г. до 67,4% в 2011 г. После них по частоте стояли пороки развития центральной нервной системы (ЦНС) (19,3%, 23,8% и 19,3% соответственно).

Пороки развития бронхов и легких, как причина смерти детей, наблюдались в 5,88%, 8,26% и 7,75% случаях соответственно, органов пищеварения - в 11,76, 7,34% и 3,10%, почек и мочевыделительной системы - в 2,52%, 0,91% и 0,77% случаев и другие пороки в единичных случаях (за три года в 1,12% случаев).

Основными причинами смерти в раннем неонатальном периоде явились также несовместимые с жизнью

врожденные пороки сердца и сосудов - 47,1% в 2009 г., 64,4% в 2011 г. Пороки развития органов дыхания, как причина смерти в 2010 г. составила 19,4%. Среди причин смертности от ВПР пороки центральной нервной системы наиболее часто наблюдались в 2009 г. и составили 17,0%. Пороки органов пищеварения явились причиной смерти новорожденных в раннем неонатальном периоде ежегодно около 8,7% случаев. Пороки других локализаций встречались в единичных случаях (2,9%).

Врожденные аномалии (пороки) сердца были самой частой причиной смерти в позднем неонатальном периоде (48,1%).

В структуре ВПР, явившихся причиной смерти детей до года в большинстве также были пороки развития сердца и сосудов, имевшие тенденцию к росту с 59,5% в 2009 г. до 71,3% в 2011 г. На втором месте были пороки развития центральной нервной системы (19,1%, 14,3% и 19,2%) и на третьем месте были пороки органов пищеварения (12,8%, 11,4% и 1,9%). ВПР органов дыхания, почек и мочевыделительной системы, а также другой локализации встречались редко.

Основная масса детей от ВПР погибали в течение первого года жизни. За анализируемый период удельный вес смертности от ВПР составил 82,6%, а из них (37,5%) умерли в первые 168 часов после рождения, что свидетельствует о высокой частоте встречаемости пороков, несовместимых с жизнью. В целом увеличение удельного веса пороков развития в структуре неонатальной и младенческой смертности в республике обусловлено относительным снижением смертности новорожденных от инфекций и родовых травм [6].

После первого года жизни частота и смертность детей от ВПР резко снизились, и удельный вес составил в области 17,36%.

Основной причиной высоких показателей смертности от ВПС является низкое качество медицинских услуг в кардиологии и кардиохирургии за счет поздней их диагностики. Наравне с этим стоят низкая квалификация врачей общей практики в ведении больных с ВПС, низкий уровень эхокардиографической диагностики ВПС во внутриутробном периоде, отсутствие высококвалифицированной специализированной помощи беременным из групп риска. Наряду с ними, нередко встречались случаи отсутствия медицинского наблюдения беременных среди незаконно мигрирующих из соседних стран.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шабалов Н.П. Неонатология. – СПб: Спец. Литература, 2010. – Т.1. - 436 с.
- 2 Хабижанов Б.Х., Хамзин С.Х. // Педиатрия - Алматы: 2012 – Т 1.
- 3 Кулешов Н.П., Макаров О.В., Макарова В.П. и др. Диагностика и профилактика врожденной патологии // Рос.мед.журн. 2001. - №1. - С.28-30.
- 4 Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г. Сердечно-сосудистая хирургия 2003 // Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения. – М.: Изд. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2004. – 110 с.
- 5 Белозеров Ю.М. Детская кардиология. – М.: МЕД-пресс-информ, 2004. - 600 с.
- 6 Демикова Н.С., Лапина А.С., Путинцев А.Н., Шмелева Н.Н. Информационно-справочная система по врожденным порокам развития в медицинской практике и образовании. // Врач и информационные технологии, 2007. - №6. – С.33-36.

Р.С. МАЙТБАСОВА, Б.Х.ХАБИЖАНОВ, М.Н.ШАРИПОВА, С.Н.НҰРТАЗАЕВА, С.Е.ҚАЙНАЗАРОВА, Ж.Ж.НҰРҒАЛИЕВА
Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы, ҚР ДМ, Алматы қ.

5-ЖАСҚА ДЕЙІНГІ ӨЛГЕН БАЛАЛАРДАҒЫ ІШТЕН БІТКЕН ДАМУ АҚАУЛАРЫНЫҢ ҚҰРАМЫ

Түйін: Мақалада 2009-2011 жылдардағы Алматы облысы бойынша 5 жасқа дейінгі өлген балалардағы іштен біткен даму ақауларының құрамы және өлімнің жас ерекшеліктері берілген.

Түйінді сөздер: балалар, туа пайда болған ақаулары.

R.S.MAYTBASOVA, B.H.HABIZHANOV, M.N.SHARIPOVA, S.N.NURTAZAEVA, S.E.KAYNAZAROVA, ZH.ZH.NURGALIEVA.
Scientific Center of Pediatrics and Pediatric Surgery, Almaty

THE STRUCTURE OF CONGENITAL MALFORMATIONS OF CHILDREN DYING BEFORE THE AGE OF 5 YEARS

Resume: The article presents the structure of congenital malformations of children dying before the age of 5 years in the Almaty region in 2009-2011, and age characteristics of mortality from congenital malformations.

Keywords: children, congenital malformations.

УДК 612.45

В. К. ҚУАНЫШЕВА
Абай атындағы ҚазҰПУ

КУРЧАТОВ ҚАЛАСЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖАҒДАЙЫ МЕН МӘСЕЛЕЛЕРІ

Мақалада ядролық сынақтар халықтың денсаулығына орасан зор зиян тигізгендігін және де сынақ полигонының халыққа қаншалықты әсер еткенін, одан шеккен зардаптың көлемін, Курчатов қаласы мен Курчатов қаласы өңірінің қоршаған ортасы мен табиғи генофондына, адамдардың геніне, тұрмысына, күнделікті өміріне соның ішінде әсіресе денсаулығына қайғы-қасірет пен қатерлі із қалдырғандығын көреміз.

Түйінді сөздер: полигон, радиация, халық, денсаулық.

Ғылымның жетістігі адамзат баласын ұшан-теңіз жетістіктерге жеткізді. Бақыт пен берекеге бөледі. Алайда, қай ғасырда да соғыс құралдарын ойлап шығару, жаңа түрін жетілдіру бәсекесі тоқтаған жоқ. Садақтан басталған соғыс қаруы атом бомбасына келіп жетті. Соның нәтижесінде Қазақстан ХХ ғасырда ядролық қаруды игеру секілді тарихи оқиғаның күесі болды. Ол ұлы державалар үшін қуаныш болса, қазақ халқы үшін қасірет еді. Ядролық жарылыстар – Қазақтың ХХ ғасырдағы ең ауыр трагедиясы деп айтуымызға болады. Қазақ жерінде ракеталық-космосты, ядролық полигондар, урандық рудниктер, өндірістік қалдықтар мен радиация және өте күрделі экологиялық жағдайлар болды. Атомның шикізатын өндіру мен өңдеу, ядролық

оқтұмсықтарды дайындап сынау, ракеталық қондырғыларды сынақтан өткізу және оның артық кемін құрту, жою жұмыстары жүргізілді.[1] Бұл дағдарыс бүкіл Қазақстан территориясы мен екі жылдың ішінде медиен далада пайда болған Курчатов қаласы мен Курчатов қаласы өңірінің қоршаған ортасы мен табиғи генофондына, адамдардың геніне, тұрмысына, күнделікті өміріне соның ішінде әсіресе денсаулығына қайғы-қасірет пен қатерлі із қалдырды.

Семейдегі Радиациялық-экологиялық ғылыми орталықтың және басқа да ғылыми деректерге сүйенсек, сынақ тоқталғанға дейін жалпы Кеңестер Одағында 670-тей ядролық жарылыс жасалған. Мұның 95 пайызы Семей атом полигонында өткізіліпті. Алғашқы сынақ 1949

жылдың тамызынан бастап жер үстінде, ауада жүргізіліп келген. 1951 жылы әскери сынақты жүргізуші топтар, радиацияның адам денсаулығына әсерін бақылайтын арнайы медициналық зерттеулер жүргізетін топ құрып, бақылау жүргізіп отырған. Бұл зерттеулердің нәтижесі және зиянды зардаптары туралы көпшілік халыққа жария етіліп, хабарланбады. Жарылыстардың орын алуы жергілікті тұрғындардың өмір сүру аймағын күйзеліске ұшыратып, қиын-қыстау күндер кештірді. Сынақ 1964-1965 жылдардан бастап қана жерасты шахталарына көшірілген. Бұған қосымша кейбір термоядролық қарулардың сыналғандығы туралы деректер де бар. Жетпісінші жылдарға дейін зарядтар салынған штольнялар мен скважиналардың түптері мен шығар ауыздары дұрыстап бетон қақпақтармен жабылмалты да. Соның салдарынан улы инертті газдар, ауыр металдар, басқа да радиациялық заттар жер бетіне жайылған. Мұны мамандардың өздері де жоққа шығармайды. Сынақ кезінде бөлініп шығар зиянды ауыр металл изотоптарының ең қауіптілері – «Стронций-90», «Плутоний-238», «Цезий-137», тағы басқалары. Мәселен, стронцийдің ұсақ микробөлшекке айналып, қоршаған ортаға зиянсыз күйге енуі үшін 56 жыл керек екен. Ал цезийге – 30, плутонийге – 2100 жыл қажет. Бір ғана жарылыс өткізуде осындай он мыңдаған изотоптар мен қосындылардың пайда болатынын ескерсек, барлық сынақтан кейінгі жеріміздің, ел-жұртымыздың денсаулығын ойлап көріңіз. Осыншама сынақты қойнына тығып жатқан қара жер қойнауының әлі алда не әкелерін кім білсін?! Бұл жақта сирек те болса өтетін жер сілкінісінің өзі күдікті мың еселей түседі. Радиацияның жағдайды нашарлату факторлары өте көп. Бұрынғы полигон деген жоқ және болмайды да! Радионуклидтер жер асты суларымен топырақ бетіне шығады. Желмен көтеріліп, ұзақ жерге дейін жетеді. Радиоактивті ластану жел болған кезде 1000 есеге артады. Шаң-тозаңды жел болған кезде радиацияның көтерілуі бірнеше есеге артып кетеді. [2]

Қазақстан үшін ғалымдар қалашығына баланатын Курчатова қаласына биыл 66 жыл толып отыр. Осы 66 жыл ішінде қаланың қалыптасуы күрделі жолдан өтті. Соның ішінде баса назар аударатын нәрсе қала халқының денсаулық мәселесі. Қала тұрғындарының денсаулық жағдайын сараласақ 1949 жылдан бері 60 жылдан астам уақыт өтсе де, әлі күнге дейін оның зардабы біткен жоқ! 20 жылдан бері сынақ жүргізілмесе де жарылыс зардабы жалғасуда. Сәбилердің шетінеу көрсеткіштері, олардың науқас болып тууы, қатерлі ісікпен (рак) ауыратындар, асқазан, ішек ісігінен қайтыс болатындар саны жыл сайын көбеюде. Жастар арасында да денсаулығы нашарлар қатары артып келеді. Жүрек-қан тамырлары ауруларына, жүйке дертіне ұшырау, өзіне өзі қол жұмсау, шаштың түсуі, тері аурулары жиіледі. Ғалымдардың болжамы бойынша Семей полигоны әсерінен барлық тұқым қуалау ақаулары болашақта, ұрпақ алмасқан кезде неғұрлым толық көрінген. Ғалымдары мен дәрігерлердің пікірінше, сәуле алған ата-анадан туған екінші ұрпақ денсаулығы, бірінші ұрпақтың яғни тікелей сәуле алған балалардың денсаулығынан едәуір төмен, бұл сәуле алудың генетикалық зардаптары. Уақытына жетпей босану, салмағы аз, әлсіз, балалардың тууы, туа біткен анемия және мезгілінен ерте қартаю көрсеткіштері өсіп, әйелдердің бедеулігі екі есе жоғарылады. [3]

Дәрігерлердің айтуынша, қазір мұндағы әрбір жас балада қан жетімсіздігі, жүйке ауытқушылық, көз ауруы сияқты ауыр дерттерге шалдығушылық факторлары байқалады.

Медициналық тексеруден өткенде 1083 адамның 500-ден астамының денсаулығында түрлі ауытқушылықтар анықталған. Орта мектептің 800 оқушысын тексеруден өткізгенде, төрт жүзден астамынан қатерлі ісіктің белгілері байқалған. Әр үш баланың бірі көз жанары ауруымен ауырады. Жетілуінде әртүрлі ауытқулар, тәндік және естік кемшіліктер әрқилы сәбилер дүниеге ерекше көп келуде. Радиациялық сәуле алу кесірінен бұрын естіп-білмеген сұмдықтарды көру пешенемізге жазылыпты. Мәселен, Курчатова қаласына қарасты ауылда бір әйел босанып, қол-аяғы жоқ, басында екі көзі мен аузы ғана бар мутагенді жан иесін дүниеге әкелген. Мұндай бір қолы, бір аяғы жоқ, не аяқ-қолы істемейтін, не саңырау, мылқау болып туған кемтар балалар жиі кездеседі. [5] Мамандардың айтуынша, соны бәрі нақ қысқа мерзімді және қалдықты радиацияның кесірінен болатын генетикалық мутациямен байланысты. Адамдар ғана емес, жер де азап шегуде. Жылма-жыл радионуклидтердің жинала беруі жердің құнарлығын азайтады. Жерде орасан зор микроэлементтер: темір, мыс, магний және басқа металдар әртүрлі дәнді дақылдар адам организміне сіңеді.

Ядролық сынақтардың салдары мен зардабы біздің болашағымыз – балаларымыздың денсаулығын зақымдауда. Қазақстандықтардың туған кезде полигон дегеннің не екенін білмейтін әлі талай ұрпағы өздерінің денсаулығында ядролық сынақтардың ауыр салдарының азабын тартатын болады. Тұжырымдай келгенде, Қазақстан басшылығы халықтың қалауы мен тілегіне сүйене отырып, Семей ядролық сынақ алаңының үнін өшіруі, ядролық қарудан өз еркімен бас тартуы біздің елімізге дүниежүзілік қоғамдастықтың оң көзқарасын қалыптастыруға бірден-бір себеп болған маңызды саяси шешім еді.

Атом қаруын сынау елімізге, халқымызға үлкен қайғы-қасірет әкелді. Оның зардаптарынан әлі күнге арыла алмай келеміз. Адамдардың, әсіресе, жастарымыздың асылып өлуі, жүрегі тоқтап, үн-түнсіз ажал құшағына берілуі, аналарымыздың қаны аздығы, аққан ауруларының белең алуы неліктен? Мұның бәрі – экология. Осы ажал аждаһасына жол ашып жатқан да өзіміз. Біздің барлығымыз ядролық қарусыз әлемнің қауіпсіз болуына ұмтылатын уақыт жетті. Біз осы сынның барлығын келер ұрпақтың еншісіне қалдыра алмаймыз. Біздің әрқайсымыз бүгінде неғұрлым қауіпсіз әлем орнату үшін өзінің қолынан келетіннің бәрін жасауға тиіспіз. Ядролық қару қайтадан адамдарды қырып-жойып, табиғатты талқандаудың құралына қандай жағдайда да айналмауы тиіс. [4]

Жарты ғасырға жуық қолданыста болған «Семипалатинск-21» Ядролық сынақ алаңы шын мәнінде нені ишаралайды? Иә, ол КСРО мен АҚШ-тың жасырын түрдегі соғысқа дайындығын және күш сынасуын білдіретін бірегей нысан. Бәріміз білеміз, үшінші әлемдік соғыстың ықтималдылығы сезіле бастаған сонау ызғарлы жылдары екі алып держава жаппай қарулануға көшті. 1989 жылға дейін кеңестік тоталитарлық жүйе ядролық сынақтың зардаптары туралы пікірталасқа жол бермеді. Тек қайта құрумен айшықталған Горбачевтің ашық саясатынан кейін Невада-Семей антиядролық қозғалысы өз мақсатын нақты жариялай алды. Қозғалысқа Қазақстан Республикасының Президенті Нұрсұлтан Назарбаев, ақын Олжас Сүлейменов сынды қазақ халқының біртуар азаматтары қолдау көрсетіп, сынақ алаңы 1991 жылы жабылды. Бірақ бұған дейін Семей

халқына ұзақ та шырғалаң жарты ғасырға созылған ядролық дәуірді бастан кешуге тура келді Семей өңірінде соңғы ядролық сынақ 1989 жылғы қазанның 19-ы күні болды. Елбасының күш салуымен, халықтың қарсы тұруымен және ядролық сынақтарды тоқтату үшін ақын Олжас Сүлейменов басқарған «Невада-Семей» қозғалысының белсенді қызметінің арқасында 1989 жылы Семей полигонында жоспарланған 18 ядролық сынақтың 11-і тоқтатылды! 1991 жылы тамыздың 29-ы күнгі Елбасы Нұрсұлтан Назарбаевтың Жарлығымен Семей сынақ аймағы жабылды. Бұл әлем бойынша атом қаруын ауыздықтауға жасалған алғашқы қадам болды! Ол – еліміз тәуелсіздік алмай тұрған кездің өзінде Елбасының жасаған тарихи шешімі! Осындай Жарлық шығару азаматтық позицияны ұстанып, алдағы кезеңге көрегендік жасап, ел үшін

тәуекелге бару қажеттігін, ержүректік керек екенін көрсетеді. Қазақстан өзінің тәуелсіздігінің алғашқы күнінен бастап сыртқы саясатының бейбіт жолын таңдап алды. Ядролық сынақтар тоқтатылды. Енді қазақ даласы қорқынышты жер асты дүмпулерінен тітіркенбейтін болды. Ядролық қаруларды сынау қазақ халқының ХХ-ғасырда басына тиген қауіп. Ядролық сынақтар халықтың денсаулығына орасан зор зиян тигізді. Сондықтан сынақ полигонының халыққа қаншалықты әсер еткенін, одан шеккен зардаптың көлемін анықтап, қандай ортада өмір сүріп отыр, қандай ауамен дем алып жатыр, қандай су ішіп отыр, қандай тағамдар қолданып отырғандығын күнделікті өмір тарихының зерттеулерімен анықтаудың маңызы зор.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Часников И.Я Эхо ядерных взрывов. – Алматы: 2008. – 172 с.
- 2 Бықай. Ф Полигонның зардабы. – Алматы: Егемен Қазақстан, 2009. - №32.
- 3 Бектурганов Б. Экология и репродуктивное здоровье женщин Казахстана// Сборник докладов и выступлений Международной научной-практической конференции. – Алматы: 2011.
- 4 Назарбаев Н.А. На пороге XXI века. – Алматы: Өнер, 2006. – 285с.
- 5 Байқадиұлы.С Сынақ алаңының зардабы.-Семей: Семей таңы, 2009. - №5. – С.8.

В. К. КУАНЫШЕВА

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. КУРЧАТОВА

Резюме: В статье освещаются вопросы вредного воздействия на генетику людей, повседневную жизнь и особенно здоровье населения, вызванных ядерными испытаниями на полигонах города Курчатова и его окрестностях.

Ключевые слова: полигон, радиация, народ, здравоохранения

V. K. KUANYSHOVA

CURRENT STATE AND PROBLEMS OF PUBLIC HEALTH OF KURCHATOV CITY

Resume: The article covers the harmful effects on the genetics of people, everyday life and especially the health of the population, caused by the nuclear tests at the test sites of the city of Kurchatov and the surrounding area.

Keywords: polygon, radiation, people, health

УДК 614.77+614.778

Н.К. КУЛДАНБАЕВ^{1,4}, Р.Д. ФОГТ², А. АРНОЛДУССЕН³, Т.Н. СЫДЫКБАЕВ¹,
Т.И. ОКЛАНД³, О. ЭЙЛЕРТСЕН^{3*}, А.А. ШАРШЕНОВА⁴

¹Общественный фонд «Реласкоп» (г. Бишкек), ²Факультет химии Университета Осло, ³Норвежский институт леса и ландшафта (г. Ос, Норвегия), Норвежская лесная группа (г. Осло), ⁴Научно-производственное объединение «Профилактическая медицина» (г. Бишкек)

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПОЧВ НАЦИОНАЛЬНОГО ПАРКА ЗААМИН (ДЖИЗАКСКАЯ ОБЛ., РЕСПУБЛИКА УЗБЕКИСТАН)

В работе дана эколого-гигиеническая оценка почв Национального Парка Заамин (Зааминский район, Джизакская область, Республика Узбекистан), которая является частью системы мониторинга окружающей среды, установленной вокруг Ферганской долины в рамках проекта TEMP-SA (2004-2010). Проведено экологическое и почвенное описание местности согласно международной классификации почв (WSRR, 2006), изучено содержание тяжелых металлов (ТМ) в почве. Средние значения концентраций As, Zn, Ni и Cu в почве по А, Б и С горизонтам превышали их транслокационные ПДК. На основе величины суммарного показателя загрязнения почвы заключено, что исследуемая территория может быть классифицирована как умеренно опасная.

Ключевые слова: мониторинг окружающей среды, ICP-Forests, почва, почвенное описание, суммарный показатель загрязнения почвы, тяжелые металлы.

Введение. На продукты питания растительного происхождения приходится 90-95%. Через растительную пищу в организм человека может поступать до 70-90% различных токсических веществ [8, 9]. Поэтому качество почвы является объектом повышенного внимания ученых [17, 19, 28, 36, 37, 42]. При этом содержание вредных химических веществ в объектах окружающей среды с каждым годом неуклонно растет. Согласно данным Л.В. Мосина и соавт. (1985), концентрация свинца в почве с начала прошлого столетия к концу 80-х годов возросла с 6 мг/кг до 140 мг/кг. В почвах крупных мегаполисов, как например Москва, концентрация свинца в почве в отдельных районах достигает 990 мг/кг и более, что превышает ПДК в 32 мг/кг в 30 раз и почти в 100 раз кларковое содержание этого элемента [4].

Особую значимость исследованию почвы на содержание различных токсикантов придает тот факт, что почва является биокосным телом для ее микробного населения. Согласно С.В. Шарковой (2007), почвенные микроорганизмы, будучи основными редуцентами, активно участвующими в процессах деструкции органического вещества, в первую очередь и в наибольшей степени претерпевают изменения, происходящие в почве под действием негативных факторов среды. При этом нарушается функционирование микробной компоненты и как следствие, образование микробных ядов, токсичность которых чрезвычайно высока [18].

Систематический контроль качества и свойств почвы позволяет выявлять изменения плодородия почвы, устанавливать возможное увеличение уровней загрязнителей, в том числе в результате неправильного землепользования. Это также дает возможность фермерам и управленцам на основе научных знаний использовать рекомендации по устойчивому управлению природными ресурсами и восстановлению плодородия почвы [1, 3, 5-7, 10, 13].

Целью настоящего исследования явилась эколого-гигиеническая оценка почв, отобранных с территории можжевельных лесов в районе поселка Заамин (Джизакская обл., Республика Узбекистан). Территория парка является зоной рекреации, используется для выращивания сельхозпродуктов, выпаса скота и другой бытовой деятельности.

Материалы и методы.

Географическое положение.

Зааминский Национальный Парк расположен на территории одноименного района Джизакской области в юго-восточной части Республики Узбекистан, общая площадь парка составляет 24110 га. Западная часть парка (водораздел рек Башкунгир и Гуралаш) имеет общую границу с Бахмальским лесным хозяйством. Северная граница парка идет по юго-восточному горному хребту Малгузар и достигает ущелья Чоржанги. С юга граница парка идет в северное направление и далее продолжается до реки Жетисуу, которая входит в реку Заамин и достигает села Дугоба. Южная часть парка имеет общую границу с Республикой Таджикистан по Туркестанскому горному хребту. На востоке территория парка проходит через водораздел рек Усмони, Урюкли и Шарилдок. Территория парка включает несколько деревень, самыми крупными из них являются Жетикечу, Карангисай, Тогтерак и Урюкли [11].

Тип леса и статус парка.

Зааминский Национальный Парк является охраняемой территорией. Цель создания парка - защита, восстановление уникального природного можжевельного леса и развития рекреационной зоны. Площадь парка, покрытая естественным лесом, составляет 12130 га, 16783 га предназначены для посадки различных зеленых насаждений и 7327 га земли составляют открытые участки. Территория парка разделена на 3 зоны: охраняемая зона, рекреационная зона и буферная зона. Тип леса относится к горным можжевельным лесам, растущим от подгорного района к субальпийским лугам. Леса парка представлены 3 видами можжевельника: *Juniperus (J.) turkestanica*, *J. seravschanica* и *J. semiglobosa*. Вид *J. seravschanica* более часто встречается в ксерофитных условиях [11].

На южных склонах произрастают единичные деревья на высоте до 2500 м над у.м. *J. semiglobosa* встречается на северных склонах на высоте до 2500 м над у.м. В нижней части этой зоны *J. seravschanica* растет довольно часто. *J. turkestanica* растет на высоте до 3000 м над у.м. на северных склонах и выше 3300 м над у.м. – на южных склонах. На высоте 3000-3700 м над у.м. *J. turkestanica* формирует стелющийся вид дерева [11].

Геология, топография и четвертичные отложения

Территория Национального Парка Заамин относится к Туркестанской зоне Средне-Заравшанского района Южной Тянь-Шанской провинции. Его ландшафты представлены во всех Средне-Заравшанских районах. Геологическая структура парка определяется его расположением на северном склоне Туркестанского хребта, который простирается в широтном направлении почти на 340 км и представляет собой один из крупных антиклинальных складок Памир-Алая, который был образован в Палеогене. На территории парка можно встретить растянутые трансформированные палеозойские сланцы, песчаники, известняк, редко – отложения мезозоя и кайнозоя. Район потенциально сейсмически активен.

Высокие горы характеризуются структурно тектоническим рельефом. Поверхность сильно расчленена, где преобладают скалы с крутыми склонами, которые изрезаны узкими и глубокими ущельями горных рек.

Структурно обнаженный рельеф средних гор характеризуется более сглаженными формами. Довольно высокие горные хребты разделены ущельями рек, водораздел которых изрезан небольшими речками. Форма рельефа долины рек определяется деятельностью самих рек: они расширены, их склоны разглажены и террасированы. Покрытые лесом склоны препятствуют формированию грязевых потоков [11].

Климат.

Климат парка континентальный, но при этом подвержен влиянию гор Туркестанского хребта на юге, юго-востоке и открытой северной части. Значения температуры воздуха днем и ночью сильно колеблются. Относительная влажность воздуха низкая, осадки выпадают преимущественно в зимний период. Изменчивость топографии является причиной неравного распределения солнечной энергии и атмосферных осадков. Количество годовых осадков колеблется от 450 до 560 мм, в отдельные годы достигает 800 мм. Средняя годовая температура воздуха в 2008 г. составила +18 °С,

максимальная - +32 °С в летнее время и минимальная - - 25 °С в зимнее время [11].

Установка мониторинговых площадок и отбор проб почвы

Мониторинговые площадки устанавливались по стандартной методике, которая была разработана в 1985 г. по программе ICP-Forests под эгидой Конвенции по трансграничному загрязнению воздуха на большие расстояния ЕЭК ООН [20, 27, 29, 31-34]. Пробы почвы были отобраны в июне 2008 г. Погода в день отбора была сухая и солнечная. Общее количество отобранных проб составило 113 штук: 40 проб отобрано с А горизонта почвенного профиля, 46 проб – с Б и 27 проб – с С горизонта.

Химический анализ почвы.

Химический анализ проб почвы проводился в Центральной лаборатории Министерства природных ресурсов КР с помощью атомно-эмиссионной спектроскопии по стандартным методам [21-26; 35, 36]. Исследовались ТМ, относящиеся к I, II, III класса опасности по степени воздействия на организм человека согласно ГОСТу 12.1.007-76 «Классификация и общие требования безопасности» (таблица 1).

Образцы проб разлагались в царской водке, и далее раствор сканировался на содержание 29 химических элементов. Предел обнаружения прибора для Hg равнялся 0,5 мг/кг, что составляет ПДУ ртути в почве для населенных пунктов.

Таблица 1 - Классификация тяжелых металлов по степени опасности воздействия

Класс опасности	Степень опасности	Тяжелые металлы
I	чрезвычайно опасные вещества	ртуть
II	высокоопасные вещества	свинец, сурьма, мышьяк, кадмий, кобальт, стронций,
III	умеренно опасные вещества	барий, медь, никель, хром, цинк

Гигиеническая оценка почв

Для гигиенической оценки почв, используемых для выращивания сельскохозяйственных растений, проводилось сравнение транслокационного показателя вредности, являющегося важнейшим показателем при обосновании ПДК химических веществ в почве. Это обусловлено тем, что, во-первых, с продуктами питания растительного происхождения в организм человека поступает в среднем 70% вредных химических веществ. Во-вторых, уровень транслокации определяет уровень накопления токсикантов в продуктах питания, влияет на их качество. Существующая разница допустимых уровней содержания химических веществ по различным показателям вредности и основные положения

дифференциальной оценки степени опасности загрязненных почв позволяют также дать рекомендации по практическому использованию загрязненных территорий [12, 15, 16, 41].

Оценка уровня химического загрязнения почв как индикаторов неблагоприятного воздействия на здоровье населения проводилась по показателям, разработанным при сопряженных геохимических и геогигиенических исследованиях окружающей среды городов. Такими показателями являются: коэффициент концентрации химического вещества (K_c), который определяется отношением его реального содержания в почве (С) к фоновому (C_ϕ):

$$K_c = C/C_\phi; (1)$$

и суммарный показатель загрязнения (Z_c). Суммарный показатель загрязнения равен сумме коэффициентов

концентраций химических элементов и выражается следующей формулой:

$$Z_c = \sum_{j=1}^n K_c; (2)$$

где n - число суммируемых элементов.

Результаты и обсуждение.

Материнская порода мониторингового участка Заамин относится к известняку. Почвы изучаемой местности происходят из материалов процесса выветривания известняка и склоновых движений. Доминирующим типом почвы участка Заамин является *Umbrisol* (темные гумусовые почвы, в которых органические вещества накопились в верхних минеральных слоях), также здесь установлены типы почв *umbric Leptosols* (темная аллювиальная почва над скальными породами, которые являются чрезвычайно щебенистыми и каменистыми) и *Leptic Cambisols*. В русле высохшей реки обнаружен тип почвы *umbric Leptosols* –В целом А и Б слои почвы декарбонизированы, однако С слой реагировал с HCL.

Интересной особенностью изучаемой местности являлся тот факт, что развитие почвенного профиля под большими деревьями не сильно отличилось от такового открытых участков, при этом материнская порода (С слой) почвы располагался ближе к поверхности. На территории национального парка Заамин выпас скота запрещен, поэтому признаков сильной эрозии почвы антропогенного характера не установлено. На мониторинговом участке №10 обнаружены следы диких животных - кабанов.

Экспозиция склонов различна, в месте установки мониторинговых плотов имеется 2 водных объекта – 1 небольшая река и 1 речей.

Пробные площадки 3 и 4 были расположены в русле высохшей реки. Участки 5, 6 и 10 были установлены в

открытых местностях, в то время как 7, 8 плоты, наоборот, внутри плотного леса. Плот №9 был установлен на крутом и очень влажном склоне, №10 – на крутом сухом склоне, при этом на данном участке отсутствовал А слой почвы и был определен только В-В слой на известняковой материнской породе. Участок №2 также не имел А слоя почвы и его В-В профиль располагался на сланце.

Мониторинговой участок Заамин, по сравнению с участком Гауян, имел намного меньшее разнообразие весенней растительности.

Содержание тяжелых металлов в почве.

Как было отмечено выше, коренные породы изучаемой местности в целом представлены вторичными осадочными минералами. Количество твердых следовых элементов (тип А), таких как хром, ванадий, стронций, иттрий, было меньше в сравнении с их содержанием в земной коре, установленных на других мониторинговых участках проекта TEMP-СА. Тем не менее, содержание Cd, Cu, Cr, Zn Ni и Co было относительно выше их фоновых концентраций, обычно определяемых в почве: их значения находились между нормальными максимальными уровнями и максимальными допустимыми уровнями, принятыми в различных странах для лесных почв [30]. Так среднее значение концентрации хрома в пробах почв участка Заамин было чуть выше установленной ПДУ (таблица 2).

Средние значения As равнялись 13,76±0,58 мг/кг, 15,21±0,65 мг/кг и 14,24±0,91 мг/кг, соответственно, для А, Б и С горизонтов. Эти величины превысили в 6,5-7,5 раз ПДК мышьяка.

Для цинка средние концентрации в пробах почв составили 122,52±4,22 мг/кг, 143,56±9,32 мг/кг и 114,85±9,88 мг/кг (p<0,05) для А, Б и С горизонтов, соответственно, которые превысили транслокационную ПДК в 5-6 раз – это наиболее высокие показатели содержания цинка в пробах почв из мониторинговых участков проекта TEMP-СА.

Средние значения концентраций никеля в пробах почв участка Заамин равнялись 45,95±2,36 мг/кг (А),

52,54±1,77 мг/кг (Б) и 43,21±2,27 мг/кг (С) (p<0,001), которые превысили ПДК в 6-8 раз.

По меди средние величины в пробах почв для изучаемой местности составили 37,87±1,15 мг/кг, 48,49±3,76 мг/кг и 39,49±5,32 мг/кг, соответственно, для А, Б и С горизонтов, т.е. превышение ПДК составило от 11 до 14 раз.

Следует отметить, что хотя средние значения по мышьяку, цинку, никелю и меди превысили их транслокационные ПДК, однако они находились в пределах ПДУ: исключение составил Cr для проб с Б горизонтов. Уровни содержания остальных тяжелых металлов были значительно меньше их ПДК.

Также в качестве исключения можно отметить содержание свинца в пробах почв участка Заамин, для которого установлены относительно невысокие концентрации по сравнению с таковыми других участков проекта TEMP-СА: 13,44±0,53 мг/кг (А), 13,35±0,66 мг/кг (Б), 11,38±0,42 мг/кг (С) - p<0,01.

Использование в геохимии методов корреляционного анализа позволяет изучить особенности генезиса геохимических образований и состава исследуемой местности [14, 30].

Результаты настоящих исследований установили наличие сильной корреляционной связи содержания алюминия и железа с 5 следовыми элементами из 18 рассмотренных (таблица 3).

Как обычно, мягкие металлы (тип Б) – Pb, Cd и As, и твердые элементы (тип А), например, Sr, слабо коррелировали (r<0,3). Мягкие металлы с высокой валентностью, наоборот, имели отрицательную корреляционную связь с твердыми элементами - Ca, Mg и Sr.

Такие трансграничные элементы как, Co, Zn, V, Cr и La показали наличие большого количества корреляционных связей. Более типичные мягкие элементы (Pb, Mo, Cd, As) и твердые элементы (Ba, Sr) слабо коррелировали со следовыми элементами. Исключение было установлено для Ni (r>0,7).

Таблица 2 - Содержание тяжелых металлов I-III классов опасности в почве можжевельного леса мониторингового участка Заамин

ТМ	ПДК ₁	ПДУ ₂	C _ф ³	K _{c=C/C_ф}	Почва, мг/кг (горизонты, кол-во проб)			min	max
					А (n=40)	В (n=46)	С (n=27)		
As	2		6	2,5	13,76±0,58	15,21±0,65	14,24±0,91	10	28
Pb	35	100	4,1	3,3	13,44±0,53**	13,35±0,66**	11,38±0,42**	10	30
Zn	23	300	50	2,9	122,52±4,22	143,56±9,32* **	114,85±9,88***	63	325
Cd	2	3	0,2	8	1,28±0,05	1,56±0,10	1,78±0,24	1	6
Co	25	50	8	2,6	16,97±0,34*	20,47±0,60*	16,12±0,63*	11	33
Ni	6,7	100	40	1,3	45,95±2,36*	52,54±1,77*	43,21±2,27*	27	111
Cu	3,5	100	20	2,4	37,87±1,15**	48,49±3,76**	39,49±5,32***	20	132

Cr		100	100	1	93,13±3,18*	100,93±3,17*	81,19±5,29*	47	163
Zc				24					

Примечания: ¹транслокационное ПДК (http://www.gidrogel.ru/ecol/hv_met.htm);
²http://www.eusoils.jrc.it/esdb_archive/eusoils_docs/esb_rr/n04_land_information_systems/5_7.doc; ³средние мировые концентрации элементов в незагрязненных почвах (Allaway, 1968); * - p<0,001; ** - p<0,01; *** - p<0,05.

Таблица 3 - Химические элементы в пробах почвы участка можжевельного леса Заамин с сильной корреляционной связью (r>0,7)

Элементы	Число корреляций	Коррелирующий элемент	Коэффициент корреляции
Pb	0	-	-
Mo	-	-	-
Cd	2	Zn	0,724
As	0	-	-
Cu	4	V	0,892
Co	8	Be	0,893
Ni	2	Cr	0,768
Zn	6	Cu	0,874
V	5	Cu	0,892
Ti	2	La	0,880
Cr	7	La	0,787
Sc	5	Be	0,874
Y	5	La	0,917
La	6	Y	9,917
Zr	2	Sr	0,713
Ba	3	V	0,763
Sr	1	Zr	0,713
Be	7	Co	0,893

Примечание: элементы отсортированы в порядке уменьшения их валентности от Б типа сверху к А типу внизу. Количество проб почвы – 113 шт.

Согласно В.В. Добровольскому (1998), общий уровень концентрации химических элементов обусловлен их содержанием в почвообразующих породах, которые, в свою очередь, сходны по геохимическому составу с коренными. На основе результатов сравнительного анализа содержания тяжелых металлов в А, Б и С горизонтов почвы участка Заамин, а также корреляционного анализа различных групп элементов можно заключить, что все исследованные элементы в целом имеют природу от прилегающих материнских пород.

Суммарный показатель загрязнения (Z_c) почвы для изучаемой местности составил 24 отн. ед. Эта величина позволяет классифицировать территорию участка Заамин как умеренно опасную. Такая почва может быть использована под любые сельскохозяйственные культуры. Тем не менее, на таких почвах необходимо проведение мероприятий по снижению уровня содержания тяжелых металлов, а также действий по снижению их доступности для растений, например, путем внесения органических удобрений, гипсования и т.п. Дополнительно, при установлении концентраций тяжелых металлов в сельхозпродукции значительно

превышающих ПДК, необходимо данную партию продуктов смешивать с таковыми, которые выращена на полях, где уровни токсических веществ значительно ниже установленных норм.

Благодарность

Исследования выполнены в рамках проекта TEMP-SA (2004-2010) при финансовой помощи МИД Норвегии. Химические анализы были проведены в Центральной лаборатории Министерства природных ресурсов КР: авторы благодарят г-на Д.В. Айтбаева, г-жу А.И. Князькову и других сотрудников лаборатории за помощь.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дмитриев М.Т., Казнина Н.И., Клименко Г.А. Загрязнение почв и растительности тяжелыми металлами. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 95 с.
- 2 Добровольский В.В. Основы биогеохимии. - М.: Высшая школа, 1998. – 413 с.
- 3 Королева Ю.В., Пухлова И.А. Новые данные о биоконцентрировании ТМ на территории Балтийского региона. // Вестник БФУ им. И. Канта. – 2012. - №1. - С. 99-106.
- 4 Лепнева О.М. Влияние антропогенных факторов на химическое состояние почв города (на примере г. Москвы). Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. – М: МГУ, 1987. - 22 с.
- 5 Ляпкало А.А., Гальченко С.В. Эколого-гигиенические аспекты загрязнения почвы Рязани тяжелыми металлами. // Гигиена и санитария, 2005. - №1. – С. 8-11.
- 6 Мамытов А.М. Вопросы классификации систематики и провинциальности почв Киргизии. // Почвы Киргизской ССР. – Фрунзе: 1974. – С. 41-56.
- 7 Мамытов А.М. Почвенные ресурсы и вопросы земельного кадастра Кыргызской Республики. – Бишкек: Кыргызстан, 1996. – 240 с.
- 8 Мосина Л.В., Довлетярова Э.А., Ефремова С.Ю., Норвосурэн Ж.. Экологическая опасность загрязнения почвы тяжелыми металлами (на примере свинца). // Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского, 2012. - №29. - С. 383-386.
- 9 Мосина Л.В., Паракин В.В., Грачева Н.М., Бочкова Т.И. и др. Влияние антропогенных факторов на накопление тяжелых металлов в почвах некоторых насаждений ЛОД ТСХА. // Лесные экосистемы и вопросы моделирования. - М.: Изд-во МСХА, 1985. - С. 42-44.
- 10 Мудрый И.В. Эколого-гигиеническая оценка микробиологических процессов в почве при загрязнении анионными поверхностно-активными веществами и тяжелыми металлами. // Гигиена и санитария. 2002. - №1. – С. 22-25.
- 11 Назаров А., Фахрутдинова М. Некоторые генетические особенности горных почв Чаткальского и Зааминского заповедников. // Проблемы почвоведения и агрохимии в хлопководстве. Труды ТашГУ, Ташкент. – 1985. – С. 68-76.
- 12 Неверова О.А. Биогеохимическая оценка городских почв (на примере Кемерово). // Гигиена и санитария. – 2004. - №2. – С. 18-21.
- 13 Отмахов В.И., Петрова Е.В., Пушкарева Т.Н., Островерхова Г.П. Атомно-эмиссионная методика анализа грибов на содержание тяжелых металлов и использование ее для целей экомониторинга. // Известия ТПУ. - 2004. - №6. - С. 44-48.
- 14 Родикова А.В. Особенности элементного состава черноземов Ширинской степи. // Современные проблемы геохимии: Материалы конференции молодых ученых. – Иркутск: Изд-во УРАН Ин-т географии им. В.Б.Сочавы СО РАН, 2009.–С. 182-186.
- 15 Романенко Н.А., Крятов И.А., Тонкопий Н.И. Методология оценки качества почвы для социально-гигиенического мониторинга. // Гигиена и санитария. – 2004. - №5. – С. 17-18.
- 16 Стандарт ГОСТ 12.1.007-76 «Классификация и общие требования безопасности»: Москва, Стандартиформ, 2007. - 7 с.
- 17 Степанова Л.П., Мышкин А.И., Коренькова Е.А. Оценка состояния природной среды для выявления зон экологического неблагополучия. // Вестник ОрелГАУ. - 2009. - №4. – С.50-52.
- 18 Шаркова С.Ю., Надежкина Е.В. Воздействие ТМ на почвенную микрофлору. // Плодородие. – 2007. - № 8. – С. 40.
- 19 Allaway W.H. 1968. Agronomic controls over the environmental cycling of trace elements. *Advan. Agronomy* 29: 235-74.
- 20 ICP Forests 2006. II. Crown condition assessments. Manual on methods and criteria for harmonized sampling, assessments, monitoring and analysis of the effect of air pollution on forests. Part II. Visual assessment of crown condition. http://www.icp-forests.org/N8f/Chapt2_compl06.N8f.
- 21 ISO10390 1994. Soil quality - Determination of pH. International standard. 5 pp.
- 22 ISO10694 1995. Soil quality - Determination of organic and total carbon after dry combustion (elementary analysis). International standard. 7 pp.
- 23 ISO11048 1995. Soil quality - Determination of water-soluble and acid-soluble sulphate. International standard. 18 pp.
- 24 ISO11261 1995. Soil quality - Soil quality - Determination of total nitrogen - Modified Kjeldahl method. International standard. 4 pp.
- 25 ISO11465 1993. Soil quality - Determination of dry matter and water content on a mass basis - Gravimetric method. International standard. 3 pp.
- 26 ISO13536 1995. Soil quality-Determination of the potential CEC and exchangeable cations using barium chloride solution buffered at pH=8.1. International standard. 7 pp.
- 27 Krogstad T. 1992. Methods for soil analysis (In Norwegian). NLH report no. 6. Institutt for Jordfag, Ås-NLH, ISSN 0803-1304. 32 pp.
- 28 Lacatusu R. 1998. Appraising levels of soil contamination and pollution with heavy metals. In: Heineke H.J., Eckelmann W., Thomasson A.J., Jones R.J.A., Montanarella L., Buckley B. (Eds). ESB Research Report no. 4: Land Information Systems: Developments for planning the sustainable use of land resources. EUR 17729 EN. 546 pp. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. Pp. 393-402.
- 29 Lawesson J., Eilertsen O., Diekmann M. et al. A concept for vegetation studies and monitoring in the Nordic countries. In: Tema Nord. – 2000. - Vol. 517. – P. 1-125.
- 30 Naturvårdsverket 1997. Bakgrundshalter i mark. Rapport 4640. Stockholm.
- 31 Økland R.H., Eilertsen O. 1993. Vegetation-environment relationships of boreal coniferous forests in the Solhomfjell area, Gjerstad, S Norway. *Sommerfeltia* 16: 1-254.
- 32 Økland T. 1990. Vegetational and ecological monitoring of boreal forests in Norway. I. Rausjomarka in Akershus county, SE Norway. *Sommerfeltia* 10: 1-52.
- 33 Økland T. 1996. Vegetation-environment relationships of boreal spruce forest in ten monitoring reference areas in Norway. *Sommerfeltia* 22: 1-349.

- 34 Oksanen J., Minchin P.R. 1997. Instability of ordination results under changes in input data order: explanations and remedies. *J. Veg. Sci.* 8: 447-454.
- 35 Olsen S.R. 1953. Estimation of available phosphorus in soils by extraction with sodium bicarbonate. U. S. Department of Agriculture. Circular 939.
- 36 Olsen S.R., Sommers L.E. 1982. Phosphorus. In: Page A.L., Miller R.H., Keeney D.R. (Eds.). *Methods of Soil analysis, Part 2. Chemical and microbiological properties. Agronomy Monograph no. 9 (2nd edition) ASA-SSSA, S. Segoe., Madison, WI 53711, USA, pp.403-430.*
- 37 Tabatabai M. A. 1982. Sulfur. In: Page, A. L., Miller, R. H., Keeney. D. R. (Eds.). *Methods of Soil Analysis, Part 2, Chemical and microbiological properties. Agronomy Monograph no. 9 (2nd ed.) ASA-SSSA, S. Segoe., Madison, WI 53711, USA, pp. 501-538.*
- 38 Taylor S.R., McLennan S.M. 1985. *The Continental Crust: its Composition and Evolution.* Blackwell Scientific Publications (Oxford). Geoscience texts. 312 pp.
- 39 Taylor S.R. 1964. Abundance of chemical elements in the continental crust; a new table. *Geochimica et Cosmochimica Acta* 28(8): 1,273-1,285. doi: 10.1016/0016-7037(64)90129-2.
www.eawarn.ru/pub/AnnualReport/Annual_ReportWebHome2001/2001anrep05.htm.
- 40 www.gidrogel.ru/ecol/hv_met.htm.
- 41 World reference base for soil resources 2006. Sales and Marketing Group. Information Division of the Food and Agriculture Organization of the United Nations. Viale delle Terme di Caracalla, 00100 Rome, Italy.-2006.-145 pp.

**NURBEK K. KULDANBAEV^{1,4}, ROLF D. VOGT², ARNOLD ARNOLDUSSEN³, TALANT N. SYDYKBAEV¹, TONJE ØKLAND³,
ODD EILERTSEN^{3†}, AINASH A. SHARSHENOVA⁴**

¹Public Foundation «Relascope» (Bishkek, the Kyrgyz Republic (KR)), ²Department of chemistry, University of Oslo, ³Norwegian Forest and Landscape Institute (Ås, Norway), Norwegian Forestry Group (Oslo, Norway), ⁴Scientific and Production Center for Preventive Medicine (Bishkek, the KR)

ECOLOGICAL AND HYGIENIC ASSESSMENT OF SOILS OF ZAAMIN NATIONAL PARK (DJIZAK OBLAST, THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN)

Resume: The ecological and hygienic assessment of soils of the Territory of Zaamin National Park (Zaamin district, Djizak Oblast, the Republic of Uzbekistan) is presented in the article. This site is a part of the environmental monitoring system established around Fergana Valley as a part of the TEMP-CA project (2004-2010). The ecological and soil descriptions of the site in accordance with the international soil classification (WSRR, 2006) have been conducted and the content of heavy metals (HM) in soils was studied. The average concentrations of As, Zn, Ni and Cu in soil samples on A, B and C horizons exceeded their translocation MPC. The study area can be classified as moderately hazardous according to the value of the total index of soil contamination.

Keywords: environmental monitoring, ICP-Forests, soil, soil description, the total index of soil contamination, heavy metals.

УДК 618.17+615.477.87 (574)

Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, А.Д. КЫЗАЕВА, Г.Т. КАШАФУТДИНОВА

*КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра «Политика и управление здравоохранением»*

О.С. ЛИТВИНЕНКО

Родильный дом №5 г.Алматы

М.Б. БАЙБОСИНОВА

Поликлиника ветеранов ВОВ г.Алматы

ОХРАНА РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ В КАЗАХСТАНЕ

Охват контрацепцией является интегрированным показателем работы служб планирования семьи и доступа к товарам репродуктивного здоровья, что неразрывно связано с достижением Пятой Цели Тысячелетия. К сожалению, охват контрацепцией в Казахстане значительно ниже аналогичных показателей в странах Европейского региона ВОЗ и некоторых других стран, и составляет по данным МЗ РК не более 40%. Для улучшения работы служб планирования семьи, уменьшения числа незапланированных беременностей и увеличения охвата контрацепцией необходимо обеспечить безусловный доступ к товарам и услугам репродуктивного здоровья для женщин, повысить информированность женщин по вопросам планирования семьи, привлечь внимание к данной проблеме общественных и международных организаций, СМИ и пр.

Ключевые слова: охват контрацепцией, планирование семьи, цели тысячелетия, репродуктивное здоровье

Введение. Подписав Декларацию Тысячелетия ООН в сентябре 2000г, 191 страна мира, в числе которых Казахстан, приняли на себя ответственность к 2015 году решить 11 поставленных задач и достигнуть конкретных индикаторов 8 глобальных целей. И если в достижении Цели тысячелетия №5, касающейся материнской смертности, Казахстан уже добился определенных успехов, снизив данный показатель в 2,8 раза 10 лет (48,6 в 2001 г и 17,4 в 2011 гг.) [1], то в вопросе обеспечения всеобщего доступа к услугам и товарам репродуктивного здоровья, все еще много нерешенных проблем. Прежде всего это связано с низким процентом охвата контрацепцией женщин фертильного возраста, в особенности в некоторых регионах РК [2], что в свою очередь обусловлено слабой информированностью женщин по вопросам контрацепции, некачественными услугами планирования семьи [3], высокой стоимостью контрацептивных средств и нереализованностью права на доступ к средствам контрацепции и др. [4,5,6]. Данные о динамике охвата контрацепцией в Казахстане и сравнительный анализ с другими странами, о структуре методов контрацепции и тенденциях в различных регионах РК необходимы для совершенствования работы служб планирования семьи и обеспечения

доступа к услугам и товарам репродуктивного здоровья, снижения числа незапланированных беременностей, повышения охвата контрацепцией женщин группы высокого риска в Казахстане.

Материалы и методы исследования. Нами был проведен анализ динамики охвата контрацепцией и удельного веса различных видов контрацепции в Казахстане, а также показателя числа абортотворцев за последние 10 лет (2001-2011), сравнительный анализ данного показателя с другими странами, проведена оценка показателя охвата контрацепцией в разрезе регионов страны.

В работе использовались данные официальной статистики Министерства Здравоохранения РК за 2001-2011 гг., мировой статистики, представленные ВОЗ в 2012 г.

Методы: информационно-аналитический, контент-анализ, математическая обработка, сопоставительный анализ.

Результаты. В Казахстане за последнее десятилетие процент охвата контрацепцией женщин репродуктивного периода вырос в среднем на 5% и составил в 2011 г. 38,7 % (рассчитано на основании данных МЗ РК)[1] (рисунок 1).



Рисунок 1 - Динамика охвата контрацепцией женщин репродуктивного периода в Казахстане за 2001-2011гг.

По данным, представленным ВОЗ в ежегодном отчете WorldHealthStatistics за 2005-2010 г. показатель охвата контрацепцией в Казахстане составил 51%, в тоже время

он намного ниже среднего показателя по Европейскому региону ВОЗ (к которому относится Казахстан) и ряда других стран [2](рисунок 2).

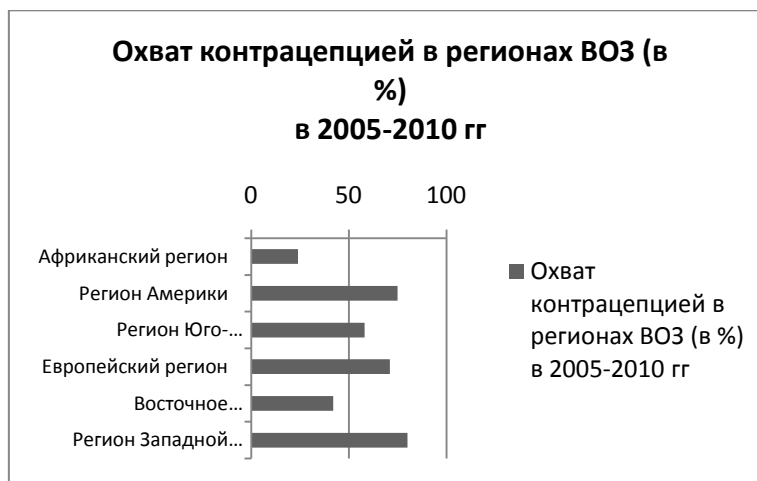


Рисунок 2 - Охват контрацепцией в регионах ВОЗ в 2005-2010гг.(Источник: WorldHealthStatistics 2012, WHO, Geneva)

Как видно из рисунка 2, показатель охвата контрацепцией в Казахстане ниже среднего показателя в Европейском регионе ВОЗ на 20%, но выше аналогичных

показателей Восточного Средиземноморья и Африканского региона (рисунок 3).



Рисунок3 - Сравнительный анализ уровня охвата контрацепцией в Казахстане и некоторых стран СНГ и дальнего за рубежом: (рассчитано по сборнику WorldHealthStatistics 2012)

Таким образом, охват контрацепцией в Казахстане значительно ниже, чем в некоторых странах СНГ (России, Беларусь, Украины, Узбекистана и др.) и мира (США, Объединенное Королевство и др.)[2]

При анализе показателей в разрезе регионов Казахстана, нами отмечена неравномерность охвата контрацепцией:

минимальный показатель зарегистрирован в Мангыстауской области (около 11%), максимальный- в Павлодарской области (более 67%) (рисунок 4, таблица 1).

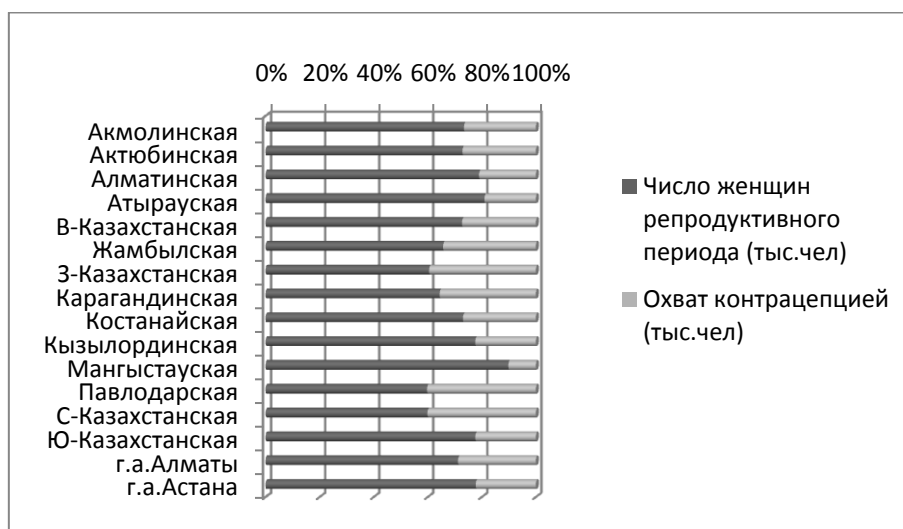


Рисунок 4 - Охват контрацепцией (в %) женщин репродуктивного периода в 2011 г в разрезе областей Казахстана.

Таблица 1 - Сравнительный анализ охвата контрацепцией в разрезе регионов РК за 2011 г.

	Число женщин репродуктивного периода (тыс.чел)	Охват контрацепцией (тыс.чел)
Акмолинская	192,7	69,7
Актюбинская	230,4	85,8
Алматинская	520,1	138,3
Атырауская	147,9	34,7
В-Казахстанская	375,5	141,1
Жамбылская	280,6	146,5
З-Казахстанская	168,2	109,6
Карагандинская	373,5	206,2
Костанайская	244	90
Кызылординская	187,7	54,2
Мангыстауская	148,7	16,8
Павлодарская	210,3	141,6
С-Казахстанская	150,1	100,4
Ю-Казахстанская	683	196,9
г.а.Алматы	457,6	184,9

Показателем эффективности охвата контрацепцией является снижение числа аборт. Нами было выявлено, что за последние 10 лет ежегодно отмечалось снижение общего числа аборт (за 10 лет - в 1,5 раза, 136787 в 2001 против 95288 в 2011 г.). По регионам Казахстана ежегодно наибольшее число аборт производится в Акмолинской, Восточно-

Казахстанской, Северо-Казахстанской, Карагандинской областях и в крупнейших городах республики-Алматы и Астане, несмотря на то, что показатель охвата контрацепцией в данных регионах и городах (кроме Астаны) соответствует или выше средне-республиканского показателя за год.[1] (рисунок 5).

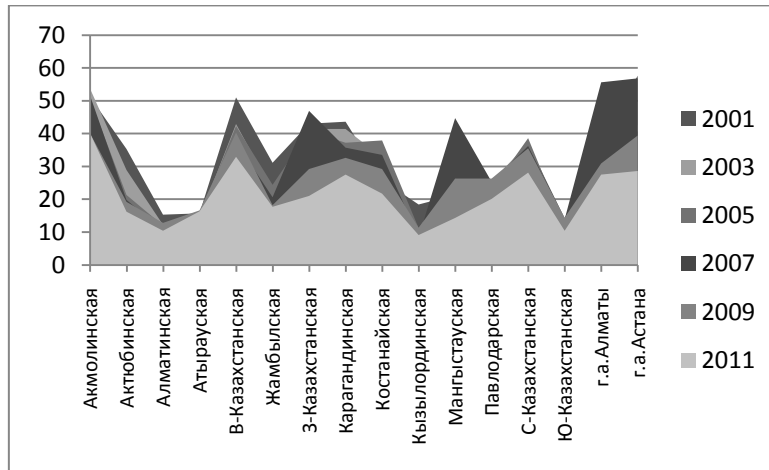


Рисунок 5 - Динамика числа аборт (расчете на 1000 женщин фертильного возраста) в Казахстане в 2001-2011 гг.

При изучении удельного числа различных методов контрацепции в Казахстане выявлено, что за последние

10 лет структура используемых методов контрацепции изменилась (Таблица 2):

Таблица 2 - Основные тенденции в использовании разных методов контрацепции в Казахстане в период 2001-2011 гг.

Метод контрацепции	2001	2003	2005	2009	2011
ВМС	64,6%	61%	57,8%	52%	50%
КОК	15,5%	16,5%	17,9%	21,5%	21,5%
Гормональные инъекционные контрацептивы	1,8%	1,7%	1,7%	1,3%	1,1%
Спермициды	3,4%	3,6%	3,8%	4,6%	4,7%
Барьерные	14,5%	17,2%	18,8%	20,6%	22,7%

Как видно из представленной таблицы 2, в Казахстане имеет место увеличение числа женщин, использующих гормональные оральные контрацептивы, барьерные методы контрацепции и спермициды. В тоже время,

уменьшается число женщин, выбравших в качестве метода предохранения от нежелательной беременности ВМС и гормональные инъекционные контрацептивы. По итогам 2011г., наибольшей популярностью пользуются:Внутриматочные спирали (ВМС) (около 50%), далее следуют- барьерные методы (22,7%), за ними-Комбинированные оральные контрацептивы (КОК) (21,5%). Реже используются спермициды (4,7%) и инъекционные гормональные средства (1,1%).

Заключение. Таким образом в Казахстане за последние 10 лет охват контрацепцией вырос на 5%, однако это низкий показатель по сравнению с некоторыми странами СНГ, Европы и США. По регионам страны отмечается неравномерность охвата женщин репродуктивного периода: минимальный показатель зарегистрирован в Мангистауской области (около 11%), максимальный - в Павлодарской области (более 67%).

За последние 10 лет ежегодно отмечалось снижение общего числа аборт (136787 в 2001 против 95288 в 2011 г.). По регионам Казахстана ежегодно наибольшее число аборт производится в Акмолинской, Восточно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Карагандинской областях и в крупнейших городах республики- Алматы и Астане, несмотря на то, что показатель охвата контрацепцией в данных регионах и городах (кроме

Астаны) соответствует или выше средне-республиканского показателя за год.

За 2001-2011 г. в Казахстане имеет место увеличение числа женщин, использующих гормональные оральные контрацептивы, барьерные методы контрацепции и спермициды. В тоже время, уменьшается число женщин, выбравших в качестве метода предохранения от нежелательной беременности ВМС и гормональные инъекционные контрацептивы.

По итогам 2011 г., наибольшей популярностью пользуются: ВМС (около 50%), далее следуют- барьерные методы, за ними- КОК. Реже используются спермициды и инъекционные гормональные средства.

Выводы. Охват контрацепцией является интегрированным показателем работы служб планирования семьи и доступа к товарам

репродуктивного здоровья, что неразрывно связано с достижением Пятой Цели Тысячелетия.

Для улучшения работы служб планирования семьи, уменьшения числа незапланированных беременностей и увеличения охвата контрацепцией необходимо обеспечить безусловный доступ к товарам и услугам репродуктивного здоровья для женщин, в особенности входящих в группу риска (сексуально-активные подростки, женщины из социально-неблагополучных семей, многорожавшие, женщины, имеющие детей до 1 года, женщины с экстрагенитальными заболеваниями и пр.), повысить информированность женщин по вопросам планирования семьи, привлечь внимание к данной проблеме общественных и международных организаций, СМИ и пр.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Статистический сборник «Здоровье населения республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2011 гг». – Астана: 2012.
- 2 World Health Statistics 2012. // WHO. – Geneva: 2012
- 3 Цели развития тысячелетия в Казахстане в 2010. Страновой офис ООН. Правительство РК
- 4 Регионы Казахстана. Под ред. Смаилова А.А./ Агентство Республики Казахстан по статистике. - Астана: 2011. - 24 с.
- 5 Ahman EL, Shah IH. Contraceptive use, fertility, and unsafe abortion in developing countries// Eur J ContraceptReprod Health Care. 2006. - № 11(2). – P.126-136.
- 6 Аналитический отчет Общественного Фонда «Амансаулык») <http://www.amansauylyk.kz>
- 7 Нормативно-правовые акты РК в области охраны здоровья.

Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, А.Д. КЫЗАЕВА, Г.Т. КАШАФУТДИНОВА
С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ атындағы ҚазҰМУ
«Денсаулық сақтау саясаты және басқару» кафедрасы

О.С. ЛИТВИНЕНКО
№5 қалалық перзентханасы

М.Б. БАЙБОСИНОВА
ҰОС ардагерлері емханасы
ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ҚОРҒАУ

Түйін:Контрацепциямен қамтамасыз ету жанұямен қамтамасыз ету қызметі жұмысының интегралды көрсеткіші болып табылады және репродуктивті тауарларға қол жеткізуге мүмкіндік береді. Мұндай көрсеткіштер Бесінші Мыңжылдықтың жетістігі болып табылады. Өкінішке орай, Қазақстанда контрацепциямен қамту, Европа елдерінің ДДҰ аймақтары мен басқа елдердің ұқсас көрсеткіштеріне қарағанда едеуір төмен және ҚР ДМ мәліметтерінің көрсеткіштеріне қарағанда 40% құрайды. Әйелдердің репродуктивті денсаулығы үшін жоспарланбаған жүктіліктің санын төмендету мен жанұяны жоспарлау қызметінің жұмысын жақсарту және контрацепциямен қамту үшін сөзсіз тауарлар мен қызметтеріне қол жетімді болу керек, жанұяны жоспарлау сұрақтары бойынша әйелдерді ақпараттармен қамтамасыздау, аталмыш мәселелерге қоғамдық, халықаралық ұйымдар мен БАҚ назарын аудартуымыз керек.

Түйінді сөздер: контрацепциямен қамтамасыз ету, жанұяны жоспарлау, мыңжылдық мақсаттар, репродуктивті денсаулық.

B.S.TURDALIYEVA, G.E. AIMBETOVA, A.D. KYZAYEVA, G.T.KASHAFUTDINOVA
Kazakh State Medical University named after S D Asfendiyarov
«Policy and management of health care» department

O.S. LITVINENKO
Maternity hospital №5, Almaty

M.B BAIBOSINOVA
Out-patient department of World War II participants

THE PROTECTION OF KAZAKHSTAN WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH

Resume:The contraception coverage is an integrated standard of performance of family planning services and an access to reproductive health goods, which is inseparably associated with the achievement of the Fifth Goal of the Millenium. Unfortunately, the contraception coverage in Kazakhstan is much lower than the similar rates in the European countries of WHO and some other countries, and is not more than 40% according to the RK Ministry of Public Health. To improve the performance of family planning services, to reduce unintended pregnancies and to enlarge the contraception coverage, one should ensure that there is an unconditional access to goods and services of reproductive health for women, informing of any matters concerning family planning, and that attention of public and international organizations, mass media and others is drawn to the said problem.

Keywords: contraception coverage, family planning, millennium goals, reproductive health.

УДК 616.71

Э.Т. АБДРАИМОВА., А.Р. РЫСКУЛОВА, А.М. ЖУАСПАЕВА, А.С. АККАСОВА, К.Е. КАЗАНТАЕВ, М.Т. КОЛБАЕВ, А.Х. МИРЗАФАЕЗОВА, С.Д. УАЛИЕВ
Казахстанско-Российский медицинский университет

ОСТЕОХОНДРОЗ КАК ОДНА ИЗ ПРОБЛЕМ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

Остеохондроз, как одна из проблем современной медицины, становится с каждым годом все более распространенной патологией, поражающей людей самого трудоспособного возраста от 24 до 45 лет. В основе данного заболевания лежит дегенеративно- дистрофическое изменение межпозвоночного диска. В статье рассматриваются некоторые вопросы современных методов лечения и профилактики остеохондроза. В настоящее время проблемы, связанные с остеохондрозом усугубляются гиподинамией, которая отмечается у большинства городских жителей.

Ключевые слова: остеохондроз, рефлексотерапия, лечебный массаж, физиотерапия, межпозвоночный диск, гиподинамия.

Остеохондроз является одной из актуальных проблем здоровья среди населения всего земного шара. В медицинском сообществе определяют, как хроническое заболевание позвоночника, в возникновении которого одну из ведущих ролей играют дегенеративно-дистрофические изменения в его структуре. Этому распространенному заболеванию подвержены около 80% взрослого населения. Первые признаки могут уже диагностироваться в 20-30 лет, с возрастом развиваются более серьезные повреждения.

По данным ВОЗ, каждый пятый человек земного шара после 30 лет страдает от сильных болей в спине, а остеохондроз поражает от 40 до 90% всего населения земного шара. А в Казахстане отмечается около 5,41% населения страдающих этой патологией.

Остеохондроз является наиболее частой причиной возникновения болей в спине. Многие ученые считают остеохондроз следствием естественного процесса старения организма.

В большинстве случаев остеохондроз поражает поясничный отдел позвоночника, так как на него приходится основная часть всей нагрузки, оказываемой на позвоночник, реже поражаются шейный и грудной отделы.

Позвоночник человека составляют 33-34 позвонка,

соединенных между собой межпозвоночными дисками, которые выполняют определенные функции (амортизирующую, соединительную и обеспечивают подвижность позвоночника).

Межпозвоночный диск состоит из студенистого ядра, фиброзного кольца и покрывающего сверху и снизу гиалинового хряща. При нарушении кровообращения позвоночника происходит постепенное усыхание и снижение высоты диска, что приводит к потере его прочности, эластичности и упругости.

Фиброзное кольцо межпозвоночного диска представлено соединительной тканью. Под воздействием нагрузки на позвоночник происходит смещение студенистого ядра в сторону повреждения (образуется выпячивание). При полном разрыве фиброзного кольца образовывается межпозвоночная грыжа, что сопровождается сильными болями в спине.

Появившееся выпячивание или грыжа приводят к смещению позвонков и сдавлению нервных корешков и сосудов. Дегенеративно-дистрофические изменения в межпозвоночном диске приводят к искривлению всего позвоночника, повреждению отдельных позвонков, которые деформируются, а в утолщениях их отростков образуются острые костные выросты. Связки позвоночника, которые обеспечивали его прочность и

подвижность, окостеневают.

В медицине, остеохондроз классифицируют как, остеохондроз шейного отдела позвоночника (часто встречается даже у молодых людей); остеохондроз грудного отдела (возникает наиболее редко); остеохондроз пояснично-крестцового отдела; распространенный остеохондроз (поражаются одновременно два или все отделы позвоночника).

Также выделяют следующие стадии остеохондроза:

Появляется нестабильность позвонков из-за изменений в межпозвоночном диске, пациент ощущает дискомфорт при движениях. Позвоночник на данном этапе наиболее подвержен травматизму. Начинается разрушение фиброзного кольца диска, происходит уменьшение межпозвоноковой щели. Происходит разрыв фиброзного кольца и выпячивание студенистого ядра диска, образуется межпозвоночная грыжа, что приводит к деформации позвоночника.

Выраженный болевой синдром, ограничение движений из-за образования костных разрастаний и окостенения связок позвоночника.

Факторами риска, наиболее часто вызывающими остеохондроз является: неправильное питание (с дефицитом белка, увеличенным потреблением жирной пищи, сладостей); сидячий образ жизни; избыточный вес и ожирение; курение; повышенные физические нагрузки; плоскостопие; нарушения осанки.

Причинами, которые могут вызвать остеохондроз могут быть: инфекционные заболевания; нарушение обмена веществ в организме; травмы позвоночника; наследственный фактор; врожденные дефекты позвоночника; возрастные изменения; малоподвижный образ жизни; ожирение; постоянные вибрации (например, у водителей сельхозтехники, большегрузного транспорта, при работе на станках); неправильное питание; эмоциональный стресс; постоянные перегрузки позвоночника; курение; воздействие химических веществ; переохлаждение.

Симптомы заболевания напрямую зависят от того, в каком отделе позвоночника находится пораженный сегмент.

Шейный остеохондроз – наиболее частой причиной развития является сидячая работа (вождение автомобиля, работа за компьютером) и малоподвижный образ жизни. Мышечный каркас шейного отдела слабо развит и даже незначительная нагрузка на шею может привести к смещению позвонков и сдавлению сосудов и нервных окончаний. При этом выделяют: головная боль (усиливающаяся при движении головы); головокружение (появляющееся при повороте головы);

боль в шее, иррадиирующая (отдающая) в лопатку, руку,

грудную клетку;

парезы (нарушение чувствительности); ограничение движений языка.

Грудной остеохондроз – очень редкое явление, наиболее частой причиной возникновения является искривление позвоночника (сколиоз).

нагрузка на позвоночный столб за счет укрепления мышечного корсета.

Физиотерапия – применяют для снятия воспалительного процесса и болевого синдрома (электрофорез, магнитотерапия, ультразвук, лазеротерапия).

Лечебный массаж – этот метод консервативного лечения основан на механическом воздействии на тело человека в виде трения, вибрации, поглаживания и давления при помощи рук врача-массажиста. Массаж улучшает кровообращение, снимает мышечное напряжение и боль.

Остеохондроз – это метод лечения направлен на снятие болей, восстановление объема движений в позвоночнике, коррекцию осанки при помощи биомеханических приемов, производимых руками специалиста.

Вытяжение (тракция) – при помощи специального оборудования оказывается определенное давление (нагрузка) на позвоночник для снятия болей и увеличения межпозвоночного пространства.

Рефлексотерапия – это физическое воздействие на акупунктурные точки и рефлексогенные зоны на теле человека.

Для достижения положительных результатов в лечении остеохондроза необходимо точно выполнять все назначения своего лечащего врача.

Профилактика остеохондроза проводится следующим образом:

Проблема предупреждения развития остеохондроза позвоночника и устранения болевого синдрома становится все более актуальной и требует своего решения как в плане разработки действенной программы физической реабилитации, так и в плане ее доступности для всех категорий населения. Основными принципами в профилактике остеохондроза является активный образ жизни; борьба с лишним весом; лечебная физкультура; недопущение переохлаждения; профилактика травм и ушибов позвоночника; профилактика стрессовых ситуаций; правильное питание; отказ от вредных привычек.

В эпоху тотальной компьютеризации, резкого перехода от физического труда к умственному, происходит уменьшение двигательной активности человека т.е гиподинамия. Сидячая работа, езда в автомобиле приводят к снижению тонуса мышц. Проведенными исследованиями установлено, что 80% времени позвоночник пребывает в вынужденном полусогнутом положении. Длительное пребывание в таком положении вызывает растяжение мышц-сгибателей спины и снижение их тонуса.

При остеохондрозе рекомендуют: Ограничение вертикальных нагрузок и длительных однотипных положений тела; Избегание резких движений и подъемов тяжести; Регулярное использование ортопедических матрасов, подушек, корсетов для позвоночника и достаточная физическая активность; Использование удобной обуви; Обучение технике релаксации.

Заклучение.

Занятия физической культурой должны быть систематическими и регулярными. Только в этом случае можно рассчитывать на максимальный положительный эффект. При этом необходимо учитывать свои возможности, состояние здоровья уровня

тренированности и рекомендации лечащего врача.

Лечебно-профилактические процедуры, проводимые вовремя и комплексно применяемые, помогут добиться стойкого результата в лечении одного из самых распространенных заболеваний нашего времени.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Стояновский Д.Н. Боль в области спины и шеи. - М.: 2002. – С. 46-47.
- 2 Хабиров Ф.А. Клиническая неврология позвоночника. - М.: 2002.- С. 59-60.
- 3 П.Л. Жарков, А.П. Жарков, С.М. Бубновский. Поясничные боли. Диагностика, причины, лечение. - М.: 2002.- С. 24-25.
- 4 Лукачер Г.Я. Неврологические проявления остеохондроза позвоночника. - М.: 1985.- С. 116-118.
- 5 Попелянский Я.Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология). - М.: 2003. – С. 75-77.

**Э.Т. АБДРАИМОВА., А.Р. РЫСКУЛОВА, А.М. ЖУАСПАЕВА, А.С. АККАСОВА, К.Е. КАЗАНТАЕВ,
М.Т. КОЛБАЕВ, А.Х. МИРЗАФАЗЕЗОВА, С.Д. УАЛИЕВ, Б.Р. ЖАЛАЛОВА**

ОСТЕОХОНДРОЗ - ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ МЕДИЦИНАНЫҢ МӘСЕЛЕСЕРІНІҢ БІРІ

Түйін: Остеохондроз заманауи медицинаның басты проблемаларының бірі болып саналады. Ол омыртқа жотасының 24-45 жас аралығындағы жиі кездесетін патология. Бұл аурудың басты себебі омыртқа – аралық дисктердің дистрофиялық өзгерістері. Мақалада остеохондроздың жана емдеу тәсілдері және оның профилактикасы қаралған. Қазіргі уақытта бұл патология, қала тұрғындары арасында гиподинамия салдарымен ұшуғуда.

Түйінді сөздер: Остеохондроз, Рефлексотерапия, емдеу массажы, физиотерапия, омыртқа аралық диск, гиподинамия.

**E.T. ABDRAIMOVA, A.R. RYSKULOVA, A.M. ZHUASPAEVA, A.S. AKKASOVA, K.E. KAZANTAIEV,
M.T. KOLBAEV, A.H. MIRZAFAEZOVA, S.D. UALIEV, B.R. ZHALALOVA**

OSTEOCHONDROSIS IS ONE OF THE ACTUAL PROBLEM OF MODERN MEDICINE

Resume: Osteochondrosis is one of the actual problem of modern medicine of a backbone every year becomes more and more widespread pathology which affecting people of the most able-bodied age from 24 till 45 years. At the heart of this disease degenerate - dystrophic change of an intervertebral disk lies. In article are considered some questions of modern methods of treatment and osteochondrosis prevention. Now the problems connected with osteochondrosis are aggravated with a hypodynamia which is noted at the majority of city dwellers.

Keywords: Osteochondrosis, Reflexotherapy, Massotherapy, Hypodynamia, intervertebral cartilage, physiotherapy.

УДК 614.2-06:546.22:553,98+331.43(574.1)

Д.У. КЕНЕСАРЫ, У.И. КЕНЕСАРИЕВ, Б.С. ТУРДАЛИЕВА, А.Т. ДОСМУХАМЕТОВ, А.У. КЕНЕСАРЫ
КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ УЩЕРБ ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ ОТ ВЫБРОСОВ ДИОКСИДА СЕРЫ КАРАЧАГАНАКСКИМ НЕФТЕГАЗОКОНДЕНСАТНЫМ МЕСТОРОЖДЕНИЕМ

В данном исследовании проводилась оценка экономического ущерба от рисков возникновения дополнительных случаев смертности и заболеваемости среди населения, проживающего вблизи Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения (КНГКМ) и, следовательно, подверженного воздействию выбросов продуктов горения в атмосферу в результате деятельности месторождения. В данном случае ущерб оценивался от эмиссий диоксида серы. А полученные результаты являются ярким доказательством возможности разрешения конфликтных ситуаций между предприятием и государством/населением путем фиксированных ежегодных выплат.

Ключевые слова. Экономический ущерб, оценка рисков, загрязнение атмосферного воздуха, диоксид серы, КНГКМ.

Введение. На сегодняшний день установление санитарно-защитных зон для объектов 1-2 классов опасности согласно постановлению Правительства РК №93 от 17.01.2012 г. проводится с применением, в том числе, методики оценки рисков здоровью населения от воздействия экологических факторов [1]. В этой связи при установлении санитарно-защитной зоны КНГКМ в 2013 году была проведена оценка риска здоровью населения от эмиссий данного предприятия по данным станций экологического мониторинга (СЭМ) за 2012 год, установленных по периметру месторождения, по направлению к ближайшим населенным пунктам.

Вокруг месторождения, на расстоянии 5-15 км² компактно расположены 10 населенных пунктов (Березовка, Приуральное, Жарсуат, Димитрово, Жанаталап, Бестау, Карачаганак, Каракемир, Успеновка) с общей численностью в 9 тыс. человек [2]. Вот уже в течение более чем 20 лет в данных населенных пунктах, а также в контрольном поселке Александровка, ведется непрерывный мониторинг за качеством атмосферного воздуха и состоянием здоровья проживающего населения. Контрольный поселок Александровка в отличие от перечисленных населенных пунктов не подвержен влиянию месторождения из-за его достаточной удаленности (60 км), но является идентичным с исследуемыми населенными пунктами по климато-географическим и социально-демографическим параметрам.

Одним из наблюдаемых компонентов на СЭМ является диоксид серы (SO₂). Данный компонент является специфическим выбросом среди эмиссий нефрегазодобывающих предприятий в атмосферный воздух. Основная направленность действия диоксида серы на организм человека – органы дыхания, как при хроническом, так и при остром воздействиях. При этом также доказано воздействие диоксида серы на сердечно-сосудистую систему.

В данной работе был оценен возможный ущерб здоровью населения от деятельности КНГКМ, как в виде дополнительных случаев заболеваемости и смертности, так и в денежном эквиваленте.

Методы. Нами оценивалось влияние концентраций SO₂ на возникновение новых случаев дополнительной смертности и заболеваемости среди подверженного населения, а также экономический ущерб, приносимый государству, от вышеуказанных случаев [3, 4].

Для определения дополнительного числа смертности применялась зависимость увеличения новых случаев смертности по причине болезней органов дыхания и сердечно-сосудистых болезней от увеличения

среднесуточной концентрации диоксида серы на 10 мкг/м³, при котором показатель общей смертности от болезней органов дыхания и сердечно-сосудистых болезней возрастает на 0,9% [5].

Для определения дополнительного числа заболеваемости применялась зависимость возникновения новых случаев заболеваемости болезнями органов дыхания от повышения концентрации SO₂ в воздухе на 0,01 мг/м³, при котором заболеваемость органов дыхания увеличивается в 2,3 раза [6].

Экономический ущерб от смертности оценивался с применением методологии оценки среднестатистической жизни, основанной на подушевом ВВП и потерянных годах жизни в связи с преждевременной смертью [7].

Экономический ущерб от заболеваемости оценивался с применением методических рекомендаций к экономической оценке рисков, одобренной к применению в РФ, при этом адаптированной с учетом социально-экономических особенностей для РК [3, 4].

Результаты. Среди веществ, подлежащих мониторингу в 2012 году, наибольший объем выбросов приходится как раз на диоксид серы – 60%. При этом в результате проведенной оценки рисков превышения нормативного уровня суммарного индекса опасности (НИ) по направленности действия на органы дыхания выявлено не было.

Было подсчитано дополнительное количество нетравматической смертности от болезней органов дыхания среди всей экспонируемой популяции, вызванное увеличением максимально-разовых среднегодовых концентраций SO₂, равное 0,02 случаям, а также дополнительное число смертей от сердечно-сосудистых заболеваний, равное 0,17 случаям.

Экономический ущерб (ЭУ), вызванный смертностью от сердечно-сосудистых заболеваний и болезней органов дыхания, вызванной увеличением концентрации SO₂, составил \$8,7 тыс., в том числе \$2 тыс. – от дополнительного числа смертей, вызванных болезнями органов дыхания, и \$ 6,7 тыс. – от дополнительного числа смертей, вызванных сердечно-сосудистыми болезнями (таблица 1).

Таблица 1 - Экономический ущерб от дополнительной смертности по причине превышения концентраций диоксида серы в атмосферном воздухе

Населенный пункт	ДЧНС		Экономический ущерб от ДЧНС, \$	
	Органы дыхания	ССБ	Органы дыхания	ССБ
Жанаталап	0,0018	0,009	0	800,1792
Жарсуат	0,0081	0,0972	1462,828	4726,058
Приуральный	0,0027	0,0117	212,5476	412,5924
Кызылтал	0,0018	0,0018	325,0728	325,0728
Березовка	0,0054	0,054	0	450,1008
Итого:	0,0198	0,1737	2000,448	6714,004

Также нами было подсчитано дополнительное число новых случаев заболеваемости болезнями органов дыхания опять же вызванное увеличением концентраций SO₂, равное 4,4 случаям или 1,9 случая на 1000 экспонируемого населения. В том числе – 1,9 дополнительных случая заболеваемости среди взрослого трудоспособного населения (0,9 случай на 1000 населения), 0,4 случая среди пенсионеров (0,2 случая на

1 тыс. нас.), 0,3 случая среди подростков (0,2 случая на 1 тыс. нас.) и 1,7 случаев дополнительной заболеваемости среди детей (0,7 случаев на 1 тыс. нас.). Экономический ущерб от дополнительных случаев заболеваемости болезнями органов дыхания, вызванных увеличением концентрации диоксида серы, в общей сложности составил \$1,9тыс. (таблица 2).

Таблица 2 - Экономический ущерб от дополнительной заболеваемости болезнями органов дыхания по причине превышения концентраций диоксида серы в атмосферном воздухе

СВА	Березовская		Приуральная		Жарсуатская		Кызылталская		Итого	
Возрастная группа	ДЧНЗ	ЭУ	ДЧНЗ	ЭУ	ДЧНЗ	ЭУ	ДЧНЗ	ЭУ	ДЧНЗ	ЭУ
Взрослые	0,7	1051,1	0,01	7,5	0,03	44,1	0,12	269,5	0,9	1372,1
Пенсионеры	0,2	9,9	0,00	0,2	0,01	1,1	0,03	3,7	0,2	15,0
Подростки	0,1	3,3	0,00	0,1	0,01	0,3	0,01	0,7	0,2	4,4
Дети	0,3	129,6	0,03	13,1	0,17	71,0	0,20	268,2	0,7	481,9
Всего	1,3	1193,9	0,05	20,9	0,22	116,5	0,35	542,1	1,9	3

Обсуждение. Оценка смертности от концентраций диоксида серы проводилась с применением ВВП на душу населения за 2012 г., равного \$13,9 по паритету покупательной способности (ППС) [8]. Вся стоимость из национальной валюты (тенге) в целях наглядности при сравнении была переведена в \$США по курсу Нацбанка РК 150 тг/\$1. При изучении смертности от SO₂ в некоторых случаях причинами дополнительного числа смертей являлись одновременно сердечно-сосудистые заболевания и болезни органов дыхания, вследствие чего некоторые случаи смертности учитывались при подсчетах обеих причин смертности.

Оценка заболеваемости от диоксида серы проводилась с применением Медико-экономических протоколов для ПМСП и стационаров [9,10] при учете длительности лечения, а также с применением Медико-экономических тарифов [11] для учета стоимости лечения. Притом подсчет проводился с применением среднего арифметического между ценой МЭТ бронхита и пневмонии, т.к. постановка вышеуказанных диагнозов по первичной обращаемости среди населения Бурлинского района в числе болезней органов дыхания составляла свыше 80%.

Выводы. В результате проведенного исследования, согласно данным концентраций СЭМ, превышения

нормативного уровня суммарного индекса опасности (НИ) по направленности действия на органы дыхания выявлено не было. При этом дополнительное число смертности от диоксида серы среди экспонируемого населения составило 0,185 случаев в абсолютном значении, дополнительное число заболеваемости - 4,4 случаям или 1,9 случая на 1000 экспонируемого населения. Совокупный экономический ущерб от эмиссий вышеуказанного компонента в 2012 году составил \$10,6 тыс.

Рекомендации. Проведенная работа доказывает возможность определения количественного и финансового влияния объектов промышленности на здоровье близлежащего населения, т.е. появилась возможность разрешения спорных конфликтов между компаниями и населением путем оценки и покрытия ущерба со стороны предприятий в пользу населения. Предлагаем ввести обязательную ежегодную экономическую оценку от рисков здоровью населения в число обязательных процедур на законодательной основе при осуществлении любой промышленной деятельности, сопровождаемой выбросами загрязняющих веществ в атмосферный воздух. А результаты оценки экономического ущерба от выбросов КНГКМ включить в статью обязательных платежей от

предприятия в пользу государства в целях дальнейшего восстановления здоровья экспонируемого населения в

рамках Государственного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Постановление Правительства Республики Казахстан от 17 января 2012 года № 93 об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к зданиям и сооружениям производственного назначения" и "Санитарно-эпидемиологические требования по установлению санитарно-защитной зоны производственных объектов"
- 2 Отчет Научно-исследовательского инновационного консорциума КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова и ТОО «Компания Кенесары» по научно-исследовательской работе «Медико-экологическая оценка окружающей среды и здоровья населения 10 населенных пунктов региона Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения». – Алматы: 2011.
- 3 «Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду» (Р 2.1.10.1920-04), утв. Главным государственным санитарным врачом РФ от 05.03.2004 г.
- 4 «Методические рекомендации к экономической оценке рисков для здоровья населения при воздействии факторов среды обитания» (МР 5ю10029-11), утв. Главным государственным санитарным врачом РФ от 31.07.2011 г.
- 5 ВОЗ, 1995.
- 6 Ержанова А.Е. «Математическое моделирование влияния качества атмосферного воздуха на заболеваемость населения (на примере Карачаганакского нефтегазоконденсатного месторождения)» MaterialyVMezinarodnivedeckopraktickakonferencie «Vedaavznik – 2009/2010» (Прага, 27 декабря 2009 г. - 5 января 2010 г.). – Прага: 2009/2010. - Т. 19. - С. 7-9.
- 7 Быков А. А. «О методологии экономической оценки жизни среднестатистического человека» (пояснительная записка) // Научно-практический журнал «Проблемы анализа риска». 2007. - № 2. - Т 4.
- 8 Протоколы диагностики и лечения заболеваний (Для организаций, оказывающих первично медико-санитарную помощь), ББК 51.1(2)2, утв. Приказом Министерства здравоохранения РК от 30.12.2005 г. № 655
- 9 Протоколы диагностики и лечения заболеваний (Для стационаров терапевтического профиля), ББК 53.5, утв. Приказом Министерства здравоохранения РК от 30.12.2005 г. № 655
- 10 Приказ Министерства здравоохранения РК №936 от 30.12.2011 г.

D.U. KENESSARY, U.I. KENESSARIYEV, B.S. TURDALIEVA, A.T. DOSMUKHAMETOV, A.U. KENESSARY
KazNMU after S.D.Asfendiyarov

HUMAN HEALTH ECONOMIC DAMAGE FROM SULFUR DIOXIDE EMISSIONS AT KARACHAGANAK OIL AND GAS FIELD

Resume: This study evaluates the economic damage from the risk of additional cases of mortality and morbidity appearance among the people living near KOGCF and therefore exposed to the air emissions. In this case, the damage was estimated from the emissions of sulfur dioxide. And the results are a clear proof of the conflict resolution possibility between the company and the government / public through fixed annual payments.

Keywords. Economic damage, risk assessment, air pollution, sulfur dioxide, KOGCF.

Д.У. КЕНЕСАРЫ, У.И. КЕНЕСАРИЕВ, Б.С. ТУРДАЛИЕВА, А.Т. ДОСМУХАМЕТОВ, А.У. КЕНЕСАРЫ
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

КАРАШЫҒАНАҚ МҰНАЙ-ГАЗ КОНДЕНСАТТЫКЕҢ ОРНЫНДАҒЫ ТАСМАЛАРЫНЫҢ ҚҰРАМЫНДАҒЫ КҮКІРТ ҚОС ТОТЫҒЫНАН ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА КЕЛЕТІН ЭКОНОМИКАЛЫҚ ШЫҒЫН

Түйін: Бұл зерттеуде кең орнындағы іс-әрекеттің нәтижесінде атмосфераға қалдық тасмалардың әсерінен, ҚМГККО жакын орналасқан тұрғындар арасындағы аурулар мен өлім-жітімділіктің қосымша жағдайларының туу-қауіпінің экономикалық шығынының бағалауы жүргізілді. Бұл жағдайда шығын күкірт қос тотығының эмиссиясы бойынша бағаланады. Алынған нәтижелер – өндіріс орнымен мемлекет/тұрғындар арасындағы келенсіздікті шешудің айқын дәлелі болады, яғни белгіленген жылсайынғы төлем бойынша.

Түйінді сөздер: Экономикалық шығын, қауіп-қатер бағалау, атмосфералық ауаның салтақтануы, күкірт қос тотығы, ҚМГККО.

Д.А. ОСПАНОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, У.А. АЛТЫНБЕКОВА

*Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей,
Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова*

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НА УРОВНЕ ПМСП

Настоящее исследование выполнено с целью изучения заболеваемости по данным обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации. При проведении анализа по возрастным показателям заболеваемости по обращаемости в амбулаторно-поликлинические организации лиц старшего возраста, установлено существование связи между уровнем заболеваемости и возрастом, структура хронической патологии изучаемого контингента.

Ключевые слова: *медико-социальная помощь, экспертная оценка, первичная медико-санитарная помощь, старшие возрастные группы.*

Оценка существующего объема и видов медицинской и медико-социальной помощи лицам старшего возраста и разработка нормативов потребности в амбулаторно-поликлинической медицинской и медико-социальной помощи на различных этапах социально-экономического развития общества дана путем изучения мнения экспертов: руководителей здравоохранения различного ранга управления, научных сотрудников, врачей стационаров, поликлиник и станции скорой медицинской помощи, врачей-геронтологов поликлиники ВОВ и социальных работников с помощью специально составленных анкет.

Важная роль в процессе проведения исследования отводилась изучению вопросов организации медицинской помощи лицам пожилого возраста. При этом рассматривалась структура и функции органов управления здравоохранением г. Алматы.

Анализ деятельности амбулаторно-поликлинического звена предусматривал определение функции врачебной должности, обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической помощью, в том числе профилактическими посещениями, посещениями на дому. Важнейшей составляющей характеристики общественного здоровья населения являются данные о распространенности и структуре заболеваемости населения старшего возраста. При изучении заболеваемости рассматривались показатели первичной и общей заболеваемости лиц пожилого возраста, в динамике, определялась структура патологии, устанавливались ведущие причины недуга.

Руководители организаций здравоохранения разного уровня определяют общую стратегию реформирования системы охраны здоровья населения. Врачи-терапевты амбулаторно-поликлинических организаций (АПО) являются первичным звеном в системе оказания медико-социальной помощи лицам старшего возраста. С 1994 года в РК организована геронтологическая помощь в поликлинике ВОВ, два геронтологических отделения, в которой ведут амбулаторный прием врачи-геронтологи, оказывающие специализированную помощь контингенту ветеранов ВОВ.

В анкетировании участвовало 189 терапевтов 18 АПО, 40 руководителей здравоохранения различного ранга управления г. Алматы, 6 врачей-геронтологов и 19

социальных работников территориальных центров социального обслуживания населения. Медико-социальное обслуживание лиц старшего возраста врачами терапевтами на уровне первичного звена предусматривает предоставление им лечебно-профилактических мероприятий на амбулаторном приеме и на дому.

Качество социального обслуживания зависит от уровня образования социальных работников. Исследование показало, что среднее специальное и общее образование имеется у 73% опрошенных, высшее образование у 24% респондентов и только 2,4% имеют неполное среднее образование. Большинство социальных работников (64,7%) не имеют специальной подготовки по социальной работе. Абсолютное большинство социальных работников (94,7%) считают свою профессию социально значимой. В тоже время удовлетворение от своей работы получают 63,2% опрошенных социальных работников, остальные 36,8% либо затрудняются ответить на этот вопрос, либо не получают удовлетворение от своей деятельности.

Руководителям различного ранга управления здравоохранения, врачам-терапевтам, геронтологам и социальным работникам были предложены общие вопросы, характеризующие социально-гигиенические аспекты здоровья населения старшего возраста, оценки ныне существующих параметров предоставляемой им медико-социальной помощи на уровне первичного звена.

Эксперты оценили состояния здоровья лиц старшего возраста как неудовлетворительное и крайне неудовлетворительное 82,0% терапевтов и 76,5% организаторов здравоохранения, 78,0% врачей-геронтологов и 81,5% социальных работников. Ранжирование факторов, определяющих данную негативную ситуацию, представлено в таблице 1. Специалисты отдают предпочтение экономическому фактору в определении состояния здоровья обсуждаемой социальной группы населения (26,1% врачей и 32% организаторов здравоохранения, 19% врачей геронтологов и 19% социальных работников). Достоверно ($t > 2$) установлены факторы, определяющие данную негативную оценку ситуации.

Таблица 1 – Ранжирование факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья лиц старшего возраста по оценке экспертов (в %)

Факторы	Организаторы здрав- ния		Терапевты		Врачи-геронтологи		Социальные работники	
	ранг	%	ранг	%	ранг	%	ранг	%
Экологические	3,5	14	3	15,6	4	15,6	6	12,1
Психологические	2	18	2	16,0	4	16,0	2	17,0
Биологические	7	6	7	6,4	7	6,4	7	7,2
Экономические	1	32	1	26,1	1	26,1	1	26,3
Внутрисемейные	6	7	6	9,1	4	9,1	3	13,5
Состояние здравоохранения	5	10	5	11,6	4	11,6	5	10,6
Образ жизни пенсионеров	3,5	14	4	15,1	4	15,1	4	13,3
Другое	8	0	8	0,2	8	0,2	8	0
Всего	1-8	100,0	1-8	100,0	1-8	100,0	1-8	100,0

Среди психологических факторов нами особое внимание уделено внутрисемейным конфликтам, взаимоотношениям между родителями и детьми, которые составляют более 60% всего спектра психологических проблем.

В отношении оценки объема предоставляемой медико-социальной помощи лицам старшего возраста специалисты в большинстве своем характеризуют его недостаточным: врачи-терапевты - в 79,4% случаев, организаторы здравоохранения - в 72,5%, врачи геронтологи - в 96,0%, социальные работники – в 78,3%. Следует отметить, что характерные анатомо-физиологические процессы позднего возраста и необходимость специфического подхода к ведению пожилого больного, актуализируют вопрос выделения гериатрии в отдельную клиническую дисциплину с появлением соответствующей специальности врача-гериатра. Квалификационную подготовку последнего нужно обеспечить в республике с налаженной системой обучения в этом плане, с последующим открытием кадровой специализации в ИУВ г. Алматы. Необходимость введения в общеобразовательный процесс подготовки медицинских специалистов ВУЗов и ИУВов геронтологии и гериатрии как отдельного предмета подтверждают преобладающее число респондентов этого уровня (90,0%) и однозначно все геронтологи (100,0%).

Особо отмечается врачами-геронтологами недостаточность времени, отпускаемого на прием больных, при чем рассмотрение данного вопроса и проведение хронометражных исследований их рабочей нагрузки считают одним из направлений совершенствования геронтологической помощи населению. Специалисты (100%) в едином мнении поддерживают создание Геронтологического центра республиканского масштаба на базе поликлиники ВОВ г. Алматы с соответствующим стационаром, а также повсеместное открытие гериатрических кабинетов в АПО

республики, что, как подчеркивают они, является основанием доступности, расширения медико-социальной помощи старшему контингенту различных возрастных категорий.

В настоящее время большинство проблем, связанных с диагностикой, реабилитацией и лечением лиц старшего возраста, приходится решать врачу-терапевту, который, в связи с этим, должен иметь широкую общеклиническую подготовку, уметь решать многие смежные, междисциплинарные вопросы. По результатам анкетирования терапевтов на долю лиц старшего возраста затрачивается более 75,0% всего рабочего времени, по мнению большинства специалистов (70,4%) более 50% посещений амбулаторного приема приходится на пациентов данной категории, и более 60% из числа общих вызовов на дом.

При этом участковые врачи выделяют влияние увеличения возраста на выбор методов медицинского обслуживания: 63,1% отмечен рост вызовов на дом; 20,9% - сходятся во мнении, что лица старшего возраста с увеличением возраста предпочитают стационарное лечение; 16% - отмечают снижение их общей медицинской активности.

При выделении проблем медико-социального обслуживания в условиях стационарного лечения экспертами было отмечено, что лица старшего возраста чаще пользуются стационаром на дому (59,0%), а также предпочитают дневной стационар (23,4%), пребывание в больнице сестринского ухода (9,8%), госпитализацию в клинику (7,8%). Следовательно, ответы характеризуют наличие преимущественного выбора лиц старшего возраста внебольничных форм медико-социального обслуживания на уровне поликлинического звена с обязательным привлечением социальных работников.

Влияние общих материальных проблем лиц данной социальной категории в связи с их низким материальным обеспечением для определения

трудностей данного контингента в получении назначенного лечения показано на рисунке 1.

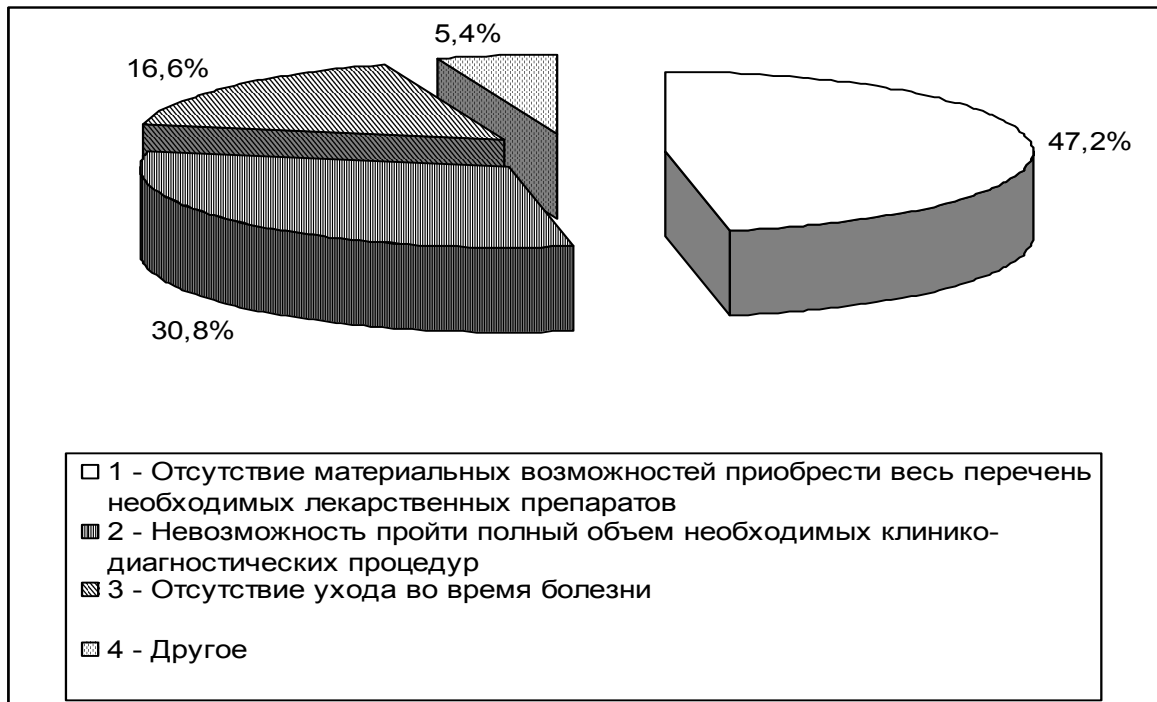


Рисунок 1 - Мнение специалистов о затруднениях лиц старшего возраста в получении назначенного лечения

Следует отметить, что лекарственная терапия для пожилых больных с полиорганной патологией необходимая составная часть проводимого лечебного процесса, которая во многом отражается на ее эффективности. Следовательно, результаты опроса свидетельствуют об актуализации лекарственной поддержки данного контингента, создания государственной системы льготных форм отпуска медикаментозных средств.

Коммерциализация медицинских услуг, в частности, диагностических процедур, вызывает определенные материальные трудности у лиц старшего возраста. Конкретизируя последнее, терапевты отмечают, что оплата диагностических исследований с использованием специфических инструментальных исследований органов и систем для пациентов этой категории является наиболее неудобной (46,4%), далее по степени затруднений затрачиваемых средств следуют ультразвуковые исследования (26,3%).

Врач-терапевт при ведении пожилого больного практически постоянно обращается за помощью к узким специалистам, возлагая на них большие надежды как в диагностическом, так и в лечебном процессе. Происходит своеобразное перераспределение врачебных обязанностей, в результате чего пожилой больной в зависимости от характера и числа болезней становится объектом врачей различных специальностей, каждый из которых занимается лечением своей патологии, утрачивая видение пожилого больного в целом с его особенными гериатрическими проблемами. Поэтому при социологическом опросе специалистов первичного уровня был изучен ряд моментов, отражающих специфику индивидуальных изменений стареющего организма пациентов старшего возраста: «Интересуются ли ваши пациенты методами профилактики для сохранения самообслуживания и мобильности?», «Интересуются ли пациенты вопросами

текущих возрастных изменений?». На оба вопроса были даны положительные ответы подавляющим большинством: соответственно на первый вопрос - 69,3%, на второй - (78,0%).

Полученные позитивные мнения врачей-терапевтов квалифицируют особенности состояния здоровья в пожилом возрасте, что характеризует обоснованность их в острой нужде глубоких знаний по геронтологии и гериатрии (90%) для качественного ведения больных старшего возраста, как ими отмечалось выше. Следует отметить, что рейтинг ответов данных специалистов отражает также степень заинтересованности категории пациентов старшего периода в тактике самоохранительного поведения.

Одним из основных помощников врача первичного звена в оказании медицинской и медико-социальной помощи лицам старшего возраста должен стать социальный работник. Отношение к работе у социальных работников определяется такими приоритетами как: жизненный опыт и профессиональные знания. 68,4% респондентов отметили, что им в работе помогает жизненный опыт, чувство сострадания, значимость выполнения работы, личные качества; а 31,6% указало на профессиональные знания и получение консультаций у врача терапевта. По мнению социальных работников, на качество работы с клиентами старшего возраста оказывают влияние: недостаток медицинских (10,5%), педагогических (5,2%), юридических (42,1%), психологических знания (42,1%) и знаний социологии (31,6%).

По видимому, чем выше уровень образования у социальных работников, тем более высокие требования они предъявляют к себе и стремятся выполнять услуги, требующие специальной углубленной подготовки, что влечет получение дополнительного образования в области геронтологии.

Изучение проблемы необходимости создания гериатрической и геронтологической служб мы

завершили вопросом об актуальности введения должности врача-гериатра для обслуживания пожилых пациентов, а именно в плане их нуждаемости в его дополнительных консультациях. Полученное положительное экспертное мнение анкетированных специалистов (91,5%) нацеливает на введение приема врача-гериатра на поликлиническом уровне.

Характерные психологические изменения пожилых больных наряду с их анатомо-физиологическими особенностями представляют собой дополнительный аспект для размышлений по поводу качественного уровня медико-социального обслуживания этой категории пациентов на уровне первичного звена и коррекции лечебного процесса с учетом индивидуальных особенностей. Их нуждаемость в

дополнительных консультациях во враче-психологе подчеркивают 93,1% анкетированных специалистов.

Таким образом, эксперты здравоохранения оценивают состояние здоровья лиц старшего возраста неудовлетворительным, детерминированным влиянием экономического фактора. Доступность и ныне существующий объем медико-социальной помощи лицам старшего возраста специалисты оценивают ограниченными. Последнее решается, по мнению большинства специалистов, для людей данной социальной группы с ограниченными материальными возможностями в современных условиях в разработке и дальнейшем укреплении государственной социально-правовой базы их медико-социального обслуживания.

D.A. OSPANOVA, M.A. RAMAZANOVA, Y.A. ALTYNBEKOVA

Almaty State Institute of Advanced Medical

Kazakh National medical university of a name of S.D.Asfendiyarov, Kazakhstan

EXPERT MEDICAL EVALUATION OF ORGANIZATIONAL ASSISTANCE OLDER AGE GROUPS IN PRIMARY HEALTH AND SOCIAL CARE

Resume: he present study was performed to investigate the incidence according to the uptake in outpatient organization. In the analysis, the age-specific incidence rates for uptake in outpatient organizations of older persons, the existence of relationship between incidence and age structure of the chronic diseases studied population.

Keywords: medical and social assistance, expert evaluation, primary health care, older age groups.

Д.А. ОСПАНОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, У.А. АЛТЫНБЕКОВА

Алматы мемлекеттік дәрігерлерді жетілдіру институты

С.Ж.Асфендиярова атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

БМСК ДЕҢГЕЙІНДЕ ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ АДАМДАРҒА КӨРСЕТІЛЕТІН МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИЯЛЫҚ КӨМЕКТІ ЭКСПЕРТТІ БАҒАЛАУ

Түйін: Бұл зерттеу амбулаторлы-емханалық ұйымдарға өздігінен келуі бойынша аурушылдықты зерттеу мақсатында орындалған. Амбулаторлы-емханалық ұйымға қаралған егде жастағы адамдардың жастары бойынша аурушылдық көрсеткіштерін талдағанда аурушылдық деңгейі мен жас арасында байланыс анықталған, және де зерттеліп отырған контингенттердегі созылмалы патология құрылымы бойынша да.

Түйінді сөздер: медико-әлеуметтік көмек, expertті бағалау, бастапқы медико-әлеуметтік көмек, егде жастағы топтар.

АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ МОНИТОРИНГА ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПОЧВ ТЯЖЕЛЫМИ МЕТАЛЛАМИ (ОБЗОР)

В работе представлен обзор научных работ, где почва используется в качестве объекта исследования для мониторинга состояния окружающей среды, качества продуктов питания, оценки эффективности восстановительных мероприятий при очистке загрязненных территорий. Изучение химического состава почвы позволяет проследить пути распространения загрязнителей от их источника до конечного объекта исследований, провести текущий анализ и сделать прогноз ожидаемых последствий на будущее.

Ключевые слова: окружающая среда, почва, тяжелые металлы, национальный парк, растения

Активная хозяйственная и промышленная деятельность человека на фоне природных и техногенных катаклизмов весьма негативно отражаются на состоянии окружающей среды. Многие красивые заповедные места потеряли свой первозданный вид, большое их количество уже безвозвратно утеряно, а новые тем временем интенсивно осваиваются людьми. При этом с каждым днем самому человеку все труднее найти для обитания «здоровое» чистое место, сегодня даже особо охраняемые зоны находятся под повышенной нагрузкой различных химических загрязнителей, которые поступают через воздух, атмосферные осадки и поверхностные воды [16, 20, 22, 24, 26-28, 30].

Биогеохимические процессы, промышленные отходы, сточные воды и твердые бытовые отходы являются источниками токсических веществ, в том числе тяжелых металлов, которые загрязняют сельскохозяйственные поля для выращивания продуктов питания [12, 14, 16, 23, 25]. Более 90% продуктов питания выращивается на почве, через растительную пищу в организм человека может поступать до 70-90% различных токсических веществ. Поэтому качество почвы является объектом повышенного внимания ученых. Текущие результаты многочисленных исследований по оценке качества объектов окружающей среды констатируют факт неуклонного роста количества загрязнителей в почве, воде, донных осадках, растительной биомассе [1, 6-9, 14, 19, 21, 26, 29-33].

Систематический контроль качества и свойств почвы позволяет выявлять изменения плодородия почвы, устанавливать возможное увеличение уровней загрязнителей, в том числе в результате неправильного землепользования. Это также дает возможность фермерам и управленцам на основе научных знаний использовать рекомендации по устойчивому управлению природными ресурсами и восстановлению плодородия почвы [4, 7, 23, 25, 27].

Особую значимость исследованию почвы на различные загрязнители придает тот факт, что почва является биокосным телом для ее микробного населения [18]. Согласно С. В. Шарковой (2007), почвенные микроорганизмы, будучи основными редуцентами, активно участвующими в процессах деструкции органического вещества, в первую очередь и в наибольшей степени претерпевают изменения, происходящие в почве под действием негативных факторов среды. При этом нарушается функционирование микробной компоненты и как следствие, образование микробных ядов, токсичность которых чрезвычайно высока [18].

Сочетанное негативное влияние тяжелых металлов почвы и кислотных дождей на экосистему показано в работе R. Venanzoni и W. Werner (1988), которые утверждают, что подкисление почвы приводит к изменению катион-обменного насыщения (Ca+Mg), Al и (Fe+H) и изменению буферной емкости. Кроме того, такие металлы как свинец и медь аккумулируются в верхних слоях почвы вдоль основной стволовой зоны дерева. Все это приводит к увеличению поступления тяжелых металлов в растение [33]. Аналогичные результаты получены в ходе экспериментальных исследований А. Kim и соавт. (2010). Авторы доказывают, что снижение pH почвы приводит к повышению доступности тяжелых металлов для прилегающей экосистемы, и, в первую очередь, для растений, что является результатом изменения катион-обменного процесса и частичного растворения минералов в окружающей среде [24].

Фитосоциологический анализ, проведенный на территории национального парка Альта Мургия (Южная Италия, провинция Апулия), показал, что на загрязненной почве тяжелыми металлами существенно сокращается биологическое разнообразие растительности [28]. Схожие выводы, но уже относительно микрофлоры почвы, делают кыргызские ученые Т.Д. Доолоткельдиева и Ч.М. Омургазиевой (2009), которые в своей работе показывают ингибирующее действие ртути и свинца. Согласно результатам их исследований, повышение уровня тяжелых металлов в почве ведет к значительному сокращению численности почвенных микроорганизмов и изменению их видовой структуры, при этом действие микроэлемента ртути более выражено по сравнению с таковым других элементов [2].

Загрязнение окружающей среды тяжелыми металлами и их негативные последствия мотивируют ученых изучать процессы выноса и накопления химических элементов различными звеньями экосистемы и, в первую очередь, растениями. С одной стороны, растения рассматриваются в качестве биоиндикационных показателей степени загрязненности, как местности, так и самого объекта исследования. С другой стороны, интерес в научно-практическом плане представляет поиск таких видов растений, которые имеют хорошую способность накапливать токсические вещества и, тем самым, могут быть использованы для очистки и восстановления загрязненной среды [1, 9, 13, 15-17, 22, 25, 27].

В работе Л.В. Хынг и соавт. (2011) было изучено распределение микроэлементов в чайном дереве (*Camellia sinensis*), кукурузе (*Zea Mays L*), овощной

культуре (*Sauropus androgynus*) и траве ветивер (*Vetiveria zizanioides* L. Nash). Содержание 22 элементов в растениях было определено с помощью рентгенофлуоресцентного, гамма-активационного и трекового методов анализа. Результаты анализа показали, что аккумуляция цинка в овощной культуре *Sauropus androgynus* в 16 раз больше, чем в почве, на которой произрастало растение. При этом данный вид растения имел наибольшую депонирующую способность к элементу цинка, чем другие виды исследованных растений. На основе полученных результатов авторы предлагают использовать овощную культуру *Sauropus androgynus* в качестве биоиндикатора загрязнения почвы на цинк, а также применять его в качестве природного очистителя загрязненных территорий.

Исследования А.М. Русанова и Д.М. Турлибековой (2011) показали существенное накопление тяжелых металлов в плодах шиповника, высаженных в пределах города Орск, который является промышленным центром Оренбургской области России, где развита нефтеперерабатывающая, химическая отрасли, машиностроение, цветная металлургия и энергетика [15]. В работе Z. Hseu и соавт. (2010) рассматриваются вопросы фито-восстановление рисовых полей, загрязненных тяжелыми металлами, а также способность разных сортов риса поглощать микроэлементы. Авторы отмечают, что тяжелые металлы, источниками которых являются сточные воды, аккумулируются не только вдоль ирригационных систем на глубине 0-30 см поверхности почвы, но далее широко распределяются по всей площади рисовых полей. Z. Hseu и соавт. предлагают для улучшения качества поливной воды удалять из каналов иловые осадки, где депонированы высокие концентрации тяжелых металлов. Исследователи указывают, что из всех тяжелых металлов кадмий и цинк обладают наибольшей способностью накапливаться в зернах риса, особенно в его индийском сорте. При этом поглощение Cd и Zn корневой системой риса является конкурентным: увеличение цинка в почве затормаживает поглощение кадмия. На Схеме 1. показана идентификация, транспорт и восстановление загрязненных тяжелыми металлами рисовых полей в Тайване [23].

Способность риса поглощать и аккумулировать в себе тяжелые металлы подтверждается в работе А. С. Шаназаровой и А. Т. Ахматовой (2012). Результаты их исследований показали, что содержание свинца в пробах риса сорта «Элита», ввозимого из Китая в Кыргызстан, превышало ПДК данного элемента, установленной для КР и России, в 2,4 раза – 1,2 мг/кг против 0,5 мг/кг [17].

Высокий уровень промышленной деятельности в городах обуславливает ухудшение экологического состояния окружающей экосистемы. Особенно это наглядно проявляется в отношении почв города, которые являются своеобразной депонирующей средой, накапливающей различные загрязняющие вещества [1, 3-6, 9-11, 31].

Согласно данным Л.В. Мосина и соавт. (1985), концентрация свинца в почве с начала прошлого столетия к концу 80-х годов возросла с 6 мг/кг до 140

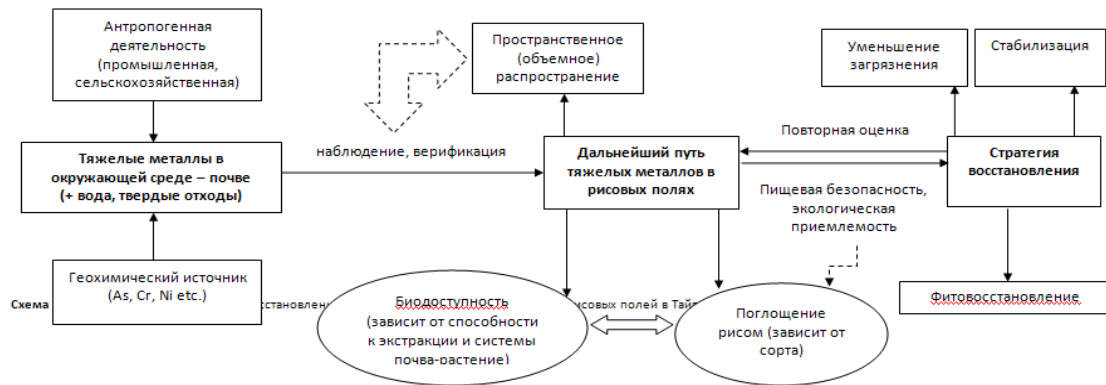
мг/кг. В почвах крупных мегаполисов, как например Москва, концентрация свинца в почве в отдельных районах достигает 990 мг/кг и более, что превышает ПДК в 32 мг/кг в 30 раз и почти в 100 раз кларковое содержание этого элемента [9].

Аналогичные заключения делают американские ученые, которые изучали содержание тяжелых металлов в почве, листе и хвое деревьев лесов, расположенных вблизи городов. Результаты их исследований показали высокий уровень металлов в пробах, взятых вдоль шоссе внутри лесов. Пробы, отобранные в глубине леса вдали от дорожных магистралей, содержали значительно меньшее количество тяжелых металлов. При этом уровень металлов в сосновых иглах был больше, чем в листе деревьев, что свидетельствует о большей аккумулирующей способности хвои [31].

Тревожное заключение относительно состояния городской среды Бишкека и Оша Кыргызской Республики (КР) дается В. В. Ермаковым и соавт. (2002). Авторы указывают, что если раньше в крупных городах Кыргызстана приоритетными источниками загрязнения окружающей среды были промышленные предприятия, то сегодня ведущими источниками стали выхлопные газы автотранспорта, выбросы ТЭЦ и малых котельных, а также печи индивидуального сектора. При этом проблема усугубляется тем, что по причине дороговизны качественного угля и газа, частный сектор вынужден использовать уголь с низкой калорийностью и высокой зольностью. Согласно авторам, содержание химических элементов в почвенном покрове, отобранных в центральной части г. Бишкек, превышало фоновые показатели в 10-15 раз по ртути, в 2-5 раза по цинку и меди, в 2-3 раза по селену и в 6 раз по кобальту. Для г. Ош также были установлены высокие уровни тяжелых металлов в пробах почвы, отобранных вблизи промышленных объектов и местах интенсивного движения транспортных средств: по цинку превышение составило от 2 до 4 раз, по ртути – от 2 до 3 раз [3].

Таким образом, на основе анализа данных литературы можно сделать заключение, что почва является одним из наиболее часто используемых материалов, дающих ясное представление о текущем экологическом состоянии объекта исследования. Популярность почвы для аналитических целей объясняется ее чувствительностью к изменениям окружающей среды, способностью хорошо аккумулировать различные поллютанты и, поэтому, служить достоверным индикатором загрязнения.

Дополнительно, почва является удобным материалом для отбора, обработки и химического анализа, проведения экспериментальных исследований, мониторинга эффективности восстановительных мероприятий при очистке загрязненных территорий. Изучение химического состава почвы позволяет хорошо проследить пути распространения загрязнения от источника до конечного объекта исследований, провести текущий анализ и сделать прогноз ожидаемых последствий в будущем.



СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гладков, Е. А. Влияние комплексного взаимодействия тяжелых металлов на растения мегаполисов [Текст] / Е. А. Гладков // Экология. – 2007. - №1. – С. 71-74.
- 2 Доолоткельдиева, Т. Роль почвенных микроорганизмов в биоиндикации и биоремедиации загрязнения тяжелыми металлами [Текст] / Т. Доолоткельдиева, Ч. Омургазиева. – Бишкек : Аят, 2009. - 170 с.
- 3 Ермаков, В. В. Эколого-геохимические особенности городской среды (на примере г. Бишкек, г. Ош) [Текст] / В. В. Ермаков, Б. М., Дженбаев, Н. Маматов // Manas journal of engineering. – 2002. - Vol. 1, #3. - P. 36-49.
- 4 Королева, Ю. В. Новые данные о биоконцентрировании ТМ на территории Балтийского региона [Текст] / Ю. В. Королева, И. А. Пухлова // Вестник БФУ им. И. Канта. - 2012. - №1. - С. 99-106.
- 5 Лепнева, О. М. Влияние антропогенных факторов на химическое состояние почв города (на примере г. Москвы) [Текст]: автореф. дис. ... канд. биол. наук / О. М. Лепнева. – М., МГУ, 1987. - 22 с.
- 6 Ляпкало, А. А. Эколого-гигиенические аспекты загрязнения почвы Рязани тяжелыми металлами [Текст] / А. А. Ляпкало, С. В. Гальченко // Гигиена и санитария. – 2005. - №1. – С. 8-11.
- 7 Мамытов, А. М. Почвенные ресурсы и вопросы земельного кадастра Кыргызской Республики [Текст] / А. М. Мамытов; – Бишкек: Кыргызстан, 1996. – 240 с.
- 8 Мосина, Л. В. Экологическая опасность загрязнения почвы тяжелыми металлами (на примере свинца) [Текст] / Л. В. Мосина, Э. А. Довлетярова, С. Ю. Ефремова и др. // Известия ПГПУ им. В.Г. Белинского. - 2012. - №29. - С. 383-386.
- 9 Мосина, Л. В. Влияние антропогенных факторов на накопление тяжелых металлов в почвах некоторых насаждений ЛОД ТСХА [Текст] / Л. В. Мосина, В. В. Паракин, Н. М. Грачева и др. // Лесные экосистемы и вопросы моделирования. М.: Изд-во МСХА, 1985. - С. 42-44.
- 10 Мудрый, И. В. Эколого-гигиеническая оценка микробиологических процессов в почве при загрязнении анионными поверхностно-активными веществами и тяжелыми металлами [Текст] / И. В. Мудрый // Гигиена и санитария. – 2002. - №1. – С. 22-25.
- 11 Неверова, О. А. Биогеохимическая оценка городских почв (на примере Кемерово) [Текст] / О. А. Неверова // Гигиена и санитария. – 2004. - №2. – С. 18-21.
- 12 Олигер Т. А., Юрьев В. С. Применение эколого-геохимического картирования в области гигиены окружающей среды // Гигиена и санитария. 1994. - №1. - С.23-25.
- 13 Отмахов, В. И. Атомно-эмиссионная методика анализа грибов на содержание тяжелых металлов и использование ее для целей экомониторинга [Текст] / В. И. Отмахов, Е. В. Петрова, Т. Н. Пушкарева и др. // Известия ТПУ. - 2004. - №6. - С. 44-48.
- 14 Романенко, Н. А. Методология оценки качества почвы для социально-гигиенического мониторинга [Текст] / Н. А. Романенко, И. А. Крятов, Н. И. Тонкопий // Гигиена и санитария. –2004. - №5. – С. 17 - 18.
- 15 Русанов, А.М. Тяжелые металлы в плодах шиповника города Орска [Текст] / А. М. Русанов, Д. М. Турлибекова // Вестник ОГУ. – Оренбург, 2011. – №12. – С. 299 – 300.
- 16 Степанова, Л. П. Оценка состояния природной среды для выявления зон экологического неблагополучия [Текст] / Л. П. Степанова, А. И. Мышкин, Е. А. Коренькова // Вестник ОрелГАУ. - 2009. - №4. - С.50-52.
- 17 Шаназарова, А. С. Содержание солей тяжелых металлов в различных сортах риса, выращиваемого в Кыргызстане и ввозимого из зарубежья [Текст] / А. С. Шаназарова, А. Т. Ахматова // Вестник КРСУ. - 2012. – Т. 12, №7. – С. 164-167.
- 18 Шаркова, С. Ю. Воздействие ТМ на почвенную микрофлору [Текст] / С. Ю. Шаркова, Е. В. Надежкина // Плодородие. - 2007. - №8. - С. 40.
- 19 Хынг, Л. В. Определение распределения микроэлементов по компонентам растительных экосистем [Текст] / Л. В. Хынг, О. Д. Маслов, М. В. Густова и др. // Письма в ЭЧАЯ. – 2011. – Т. 8, №7 (167). – С. 690-697.
- 20 Brunetti, G., Farrag, K., Soler-Rovira, P., Ferrara, M., Nigro, F. & Senesi, N. (2012). Heavy metals accumulation and distribution in durum wheat and barley grown in contaminated soils under Mediterranean field conditions. Journal of Plant Interactions, 7(2), 160-174.
- 21 Chon, H.T., Lee, J.S., & Lee, J.U. (2011). Heavy Metal Contamination of Soil, Its Risk Assessment and Bioremediation. Geosystem Engineering, 14(4), 191-206.

- 22 Gonzalez, M.J., Fernandez, M. & Hernandez, L.M. (1990). Influence of acid mine water in the distribution of heavy metal in soils of Donana national park. Application of multivariate analysis. *Environmental Technology*, 11(11), 1027-1038.
- 23 Hseu, Z.Y., Su, S.W., Lai, H.Y. et al. (2010). Remediation techniques and heavy metal uptake by different rice varieties in metal-contaminated soils of Taiwan: New aspects for food safety regulation and sustainable agriculture. *Soil Science and Plant Nutrition*, 56, 31–52.
- 24 Kim, A.Y., Kim, J.Y., Ko, M.S., & Kim, K.W. (2010). Acid Rain Impact on Phytoavailability of Heavy Metals in Soils. *Geosystem Engineering*, 13(4), 133-138.
- 25 Mažeikytė, R., & Balčiauskas, L. (2003). Heavy Metal Concentrations in Bank Voles (*Clethrionomys Glareolus*) from Protected and Agricultural Territories of Lithuania. *Acta Zoologica Lituanica*, 13(1), 48-60.
- 26 Moles, R. (1992). Trampling Damage to Vegetation and Soil Cover at Paths within the Burren National Park, Mullach Mor, Co. Clare. *Irish Geography*, 25(2), 129-137.
- 27 Ogbonna, P.C., Odukaesieme C., & Teixeira da Silva, J.A. (2013). Distribution of heavy metals in soil and accumulation in plants at an agricultural area of Umudike, Nigeria. *Chemistry and Ecology*, 29(7), 595-603.
- 28 Perrino, E.V., Brunetti, G. & Farrag, K. (2012). Plant Communities in Multi-Metal Contaminated Soils: A Case Study in the National Park of Alta Murgia (Apulia Region - Southern Italy). *International Journal of Phytoremediation*, 16(9), 871-888.
- 29 Reimann, C., Arnoldussen, A., Englmaier, P., et al. (2007). Element concentrations and variations along a 120-km transect in southern Norway – Anthropogenic vs. geogenic vs. biogenic element sources and cycles. *Applied Geochemistry*, 22, 851–871.
- 30 Shepard Jr., G.H., Rummenhoeller, K., Ohl-Schacherer, J. & Yu, D.W. (2010). Trouble in Paradise: Indigenous Populations, Anthropological Policies, and Biodiversity Conservation in Manu National Park, Peru. *Journal of Sustainable Forestry*, 29(2-4), 252-301.
- 31 Tong, S.T.Y., & Farrell, P.M. (1991). The concentration profile of heavy metals in an urban forest. *Environmental Technology*, 12(1), 79-85.
- 32 Vassileva, E., Velev, V., Daiev, C., et al. (2000). Assessment of Heavy Metals Air Pollution in Urban and Industrial Environments Using OAK Leaves as Bioindicators. *International Journal of Environmental Analytical Chemistry*, 78(2), 159-173.
- 33 Venanzoni, R., & Werner, W. (1988). Monitoring effects of air pollution with the aid of trunk base phenomena in Italian beech forests soil. *Giornale botanico italiano*, 122(3-4), 167-178.
- 34 Zhang, Z., Abuduwaili, J., & Jiang, F. (2013). Determination of Occurrence Characteristics of Heavy Metals in Soil and Water Environments in Tian-Shan Mountains, Central Asia. *Analytical Letters*, 46(13), 2122-2131.

N.K. KULDANBAEV

*Scientific and Production Center for Preventive Medicine
(Bishkek, the Kyrgyz Republic)*

CURRENT ASPECTS OF THE SOIL MONITORING CONTAMINATED BY HEAVY METALS (REVIEW)

Resume: The paper presents an overview of scientific papers, where the soil is used as an object of study for environmental monitoring, food quality, estimation of efficiency of remediation activities at cleaning contaminated areas. The chemical composition of the soil allows to track the spread of pollutants from their source to the final object of study, conduct ongoing analysis and to predict the expected consequences for the future.

Keywords: environment, soil, heavy metals, national park, plant

Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, Ф.А. БАГИЯРОВА, А. АБЗАЛИЕВА
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра политики и управления здравоохранением

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕНИЯ АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ В РАЗРЕЗЕ МИРОВОГО СООБЩЕСТВА И КАЗАХСТАНА

Злоупотребление наркотиками и алкоголем сейчас распространилось в размерах, тревожащих всю мировую общественность. Даже при сужении, с точки зрения наркологов, границ наркомании и алкоголизма до юридически приемлемых, во многих странах они признаны социальным бедствием. Злоупотребление наркотическими средствами и незаконная торговля ими в последнее время во многих, особенно в развитых странах мира приняли катастрофические размеры. По данным ВОЗ, в целом по Европейскому региону, к которому относится и Казахстан, отмечается наиболее высокий в мире уровень нездоровья и преждевременной смертности вследствие потребления алкоголя. Как отмечают международные эксперты, одним из важных моментов в предупреждении употребления психоактивных веществ и профилактики наркомании следует считать нацеленность мероприятий на контингент школьного возраста. Другой формой работы за рубежом является организация помощи на рабочих местах, позволяющая предотвратить наркотизацию несовершеннолетних, включенных и не включенных в "группы риска".

Ключевые слова: злоупотребление психоактивными веществами, употребление наркотиков, распространенность алкоголизма.

Злоупотребление наркотиками и алкоголем, известное с древнейших времен, сейчас распространилось в размерах, тревожащих всю мировую общественность. Даже при сужении, с точки зрения наркологов, границ наркомании и алкоголизма до юридически приемлемых, во многих странах они признаны социальным бедствием. В медицинской энциклопедии алкоголизм определяется так: это заболевание, вызываемое систематическим употреблением спиртных напитков, характеризующееся влечением к ним, приводящее к психическим и физическим расстройствам, нарушающее социальные отношения лица, страдающего этим заболеванием [1, 2]. Алкоголь собирает значительную плату в виде жизни и здоровья с многих наций, особенно в развивающемся мире. Проводимые исследования, опирающиеся на исторические тренды, показывают, что роль алкоголя как одного из значимых факторов в бремени болезней будет увеличиваться в будущем, если не предпринимать решительных действий по сокращению его потребления, особенно среди лиц молодого возраста.

Алкоголь в мире является причиной 1,8 миллионов смертей (3,2% от общего количества) и потери 58,3 миллионов (4% от общего количества) потерянных лет жизни, вследствие болезней. Потребление алкоголя является одним из ведущих факторов риска для бремени болезней в странах с низким уровнем смертности и третьим среди ведущих факторов риска в развитых странах. Только в Европе потребление алкоголя привело в 1999 году к 55000 смертей среди молодых лиц возраста 15-29 лет.

Несмотря на то, что в целом по миру имеется недостаток данных, в ряде стран удается применять необходимые инструменты, чтобы оценить экономические потери вследствие потребления алкоголя. К таким потерям относят стоимость лечения, вторичной профилактики, исследований, расходы на силы правоохранения, потери в продуктивности и определенную оценку потери качества лет жизни. Так, например, в Шотландии в 2002 году потери составили более 1 миллиарда долларов, что эквивалентно 1,5% ВВП, Италии в 2003 году – от 26 до 66 миллиардов евро или 5-6 % ВВП, в США в 1998 году – 184,6 миллиарда долларов [3, 4].

Алкоголь является важнейшим деструктивным фактором демографического, социального и экономического

развития развивающихся стран. Так, например, в России по экспертным данным потребляются 14-15 литров чистого спирта на душу населения в год. Одна из проблем алкогольной политики в стране заключается в том, что пиво в России не считается алкогольным напитком, а позиционируется как неалкогольный напиток. Экономические потери, связанные с употреблением алкоголя в России оцениваются минимум 500-700 миллиардов рублей в год, это почти 3% от ВВП. Экономические потери и вынужденные прямые затраты – это потери от ежегодной смертности избыточной 500-600 тысяч российских граждан, потери, обусловленные самоубийствами, убийствами. В России 320 тысяч человек в год умирают от травм, убийств, самоубийств, автодорожных, утоплений, повешений и т.д. Наконец, колоссальны потери производительности труда в результате травм. В России за год случается примерно 200 тысяч производственных травм и около миллиона бытовых травм, около 6 тысяч человек погибает от травм на производстве. Во многом травмы связаны с алкоголем [5, 6].

В конце 90-х в Казахстане по результатам исследований, проводимых НЦПФЗОЖ по видам алкогольной продукции в среднем по республике среди респондентов, употребляющих алкоголь, наиболее часто употребляли крепкие алкогольные напитки. Водку и коньяк употребляли до 43% ответивших, шампанское и вина употребляют в среднем по 22,7% респондентов.

Согласно данным национальных исследований НЦПФЗОЖ (2008г.), в Казахстане 51% населения употребляет алкоголь не менее 1-2 раза в месяц. В возрастном аспекте распространенность употребления алкоголя среди детей составила 20%, среди подростков -64%, среди молодых людей 20-29 лет – 74%. Среди обследованных подростков 63% имеют опыт знакомства с алкоголем уже возрасте от 12 до 15 лет. В динамике (за 1998 и 2000 годы) также отмечается снижение употребления алкоголя, отчетливо проявившееся у лиц молодого возраста (в возрасте 12-14 лет – с 20% до 7%, 18-19 лет – 61 % до 45%). (35)

По данным ВОЗ, в целом по Европейскому региону, к которому относится и Казахстан, отмечается наиболее высокий в мире уровень нездоровья и

преждевременной смертности вследствие потребления алкоголя [7, 8, 9].

Казахстан в Европейском регионе занимает одно из самых неблагоприятных мест по показателям смертности и заболеваемости, существенный вклад в которые вносит потребление алкоголя. Так, по уровню смертности среди мужчин вследствие ДТП среди 30 стран Европы Казахстан уступает только России, а среди женщин находится на первом месте (2005). Для сравнения наилучшее положение по этому показателю отмечено в Швейцарии, а наш сосед – Узбекистан – находится приблизительно в центре группы стран.

По уровню смертности из-за отравлений Казахстан, как среди мужчин, так и женщин, пропускает вперед Украину и Россию. Наиболее благополучная страна Израиль, а Узбекистан входит в первую половину (13 место) стран.

За последнее время в Казахстане наблюдается тенденция снижения пьяной преступности, но в то же время, каждое 10-е преступление совершается в состоянии алкогольного опьянения [10, 11, 12].

Алкоголизм и пьянство зачастую ведут к различного рода негативным последствиям. К примеру, только за последние три года в стране произошло около 60 тыс. пожаров, при этом погибло более тысячи человек в состоянии алкогольного опьянения.

За последние шесть лет в республике произошло около 5 тыс. дорожно-транспортных происшествий в «пьяном» состоянии, в которых тысяча человек погибла и более 8 тыс. получило ранения.

Чтобы эффективно снизить уровень социальных и медицинских последствий потребления алкоголя требуется проведение подготовки и тщательного планирования программ предупреждения распространенности алкоголизма.

Наркомания является заболеванием, обусловленным патологической зависимостью от наркотических или психотропных веществ [13].

Злоупотребление наркотическими средствами и незаконная торговля ими в последнее время во многих, особенно развитых странах мира приняли катастрофические размеры. Официальная пресса США, Германии, Франции, Англии, Швеции почти ежедневно сообщает о смерти своих граждан, последовавшей в результате злоупотребления наркотическими и психотропными веществами. Наркомания захватила во многих странах даже подростков. Широкое распространение наркомании в развитых странах во многом является следствием тех социальных условий, которые там существуют, а именно: безработица, неуверенность в завтрашнем дне, ежедневные стрессы, тяжелое нервно-психическое состояние, стремление получить допинг, создающий впечатление прилива сил, хотя бы на короткий промежуток времени уйти от окружающей действительности [14, 15].

Наряду с уже всемирно известными наркотическими препаратами за последние 10 лет во многих странах увеличилось число наркоманов, употребляющих так называемые психотропные наркотики. В этом отношении самыми опасными оказались амфетамины и глюциногены, ЛСД и другие производные лизергиновой кислоты, не являющиеся, в отличие от других психотропных препаратов, медицинскими и представляющие исключительную опасность для человека.

В между народном антинаркотическом центре в Нью-Йорке назвали приблизительное количество наркоманов на земном шаре; цифра оказалась ужасной: миллиард наркоманов.

В большинстве стран, участвующих в борьбе против наркотиков, контролируется лишь небольшая часть продукции, то есть препараты, вошедшие в список запрещенных наркотических средств, столь разнообразными по своим свойствам, вызывающим наркоманию. Ступени наркомании ведут все ниже, определяя обострение бедствия, являющегося, как подчёркивают эксперты Всемирной организации здравоохранения, большой угрозой для здравоохранения в мировом масштабе. Опасность эта увеличивается по мере того, как фабрики и лаборатории производят все новые и новые типы наркотиков, все более сильных и вредоносных [16].

Наркотические мафии управляют некоторыми государствами (Латинская Америка), имеют свои армии (Юго-Восточная Азия). Доходы подпольных корпораций по торговле наркотиками превышают известные доходы от торговли нефтью и приближаются к мировым доходам от торговли оружием. Особенно губительно злоупотребление в молодежной среде - поражается и настоящее, и будущее общества. Полная, с точки зрения наркологов, картина распространения злоупотребления, включающая формы токсикоманий, еще более трагична. Вещества и препараты, не включенные в список наркотиков, как правило, еще более злокачественны, приводят к еще большему ущербу для индивидуума, а затем и для общества в целом.

Ежегодно количество больших наркоманий в республике относительно стабилизируется. Если в 2010 году число новых случаев заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами, вследствие употребления психоактивных веществ составляла 57241, в 2011 году данный показатель уже составлял 54793 случая. Все это происходит благодаря системной работе на уровне государства в борьбе этим проблемой. Однако, не стоит останавливаться и необходимо объединять усилия государственных органов, неправительственных организаций, всех граждан страны [17].

По данным комитета по борьбе с наркоманией и наркобизнесом Министерства юстиции РК в республике из общего числа наркозависимых на учете состоят 1 682 несовершеннолетних наркомана. В текущем году 229 преступлений по факту незаконного оборота наркотиков совершено подростками. По данным международных организаций, занимающихся проблемой борьбы с незаконным оборотом наркотиков, в настоящее время основная угроза проникновения зелья в страны Евразии исходит от Афганистана. Кроме того, по имеющимся данным, через Киргизию проходит так называемый северный путь поставок зелья из Афганистана в эти государства.

Как отмечают международные эксперты, одним из важных моментов в предупреждении употребления психоактивных веществ и профилактики наркомании следует считать нацеленность мероприятий на контингент школьного возраста. Другой формой работы за рубежом является организация помощи на рабочих местах, позволяющая предотвратить наркотизацию несовершеннолетних, включенных и не включенных в "группы риска". Примером этого могут служить институт

социальных консультантов, входящих в штат многих учебных заведений в США, европейская программа "помощи на рабочих местах" (EAP) и др.

Далее, в международной практике образовательная модель направлена на обеспечение детей и молодежи полной информацией о проблеме наркомании и обеспечение свободы выбора при максимальной информированности. Такой подход широко распространен во всем мире [18].

Между тем, различными являются и формы законодательного отношения к наркотикам - от разрешения на легальную торговлю "легкими" наркотиками (Дания, Нидерланды) до введения смертной казни за распространение наркотических средств (Китай, Ирак). В свою очередь, как констатирует французский эксперт Мари-Элен Мандрильон, наблюдается быстрый рост числа работ, разъясняющих данное явление с исторических, идеологических, социологических, политических, психологических, биологических и других позиций и стремящихся сместить акцент с одновалентности причины. Такой подход позволяет четко очертить два аспекта, две основные концепции борьбы с наркоманией: запрещение и наказание за употребление наркотиков в противозаконных целях и, с другой стороны, изучение социальных, исторических, политических и прочих причин, вызывающих наркоманию. Общая для этих концепций проблема заключается в том, что вышеперечисленные причины отнюдь не всегда перекрывают конкретные личные причины.

Действительно, факторы общего характера не могут учитывать личностные характеристики, предопределяющие конкретную реакцию разных людей при идентичных условиях на одну и ту же конфликтную ситуацию. Эти соображения позволяют ставить вопрос о применяемых терапевтических мероприятиях. Такие

мероприятия предполагают, как правило, поэтапный подход. На первом этапе проводится лечение по подавлению интоксикации, предусматривающее прохождение через переломный момент (представляющийся необходимым), когда человек, находящийся в полной зависимости от продукта, может под медицинским наблюдением преодолеть так называемый "критический" пик, предполагающий отлучение от потребляемого продукта; на втором этапе, называемом посттерапевтическим, пациент, освободившись от зависимости от продукта, может определить причины, лежащие в основе его заболевания, и подготовиться к социальной реабилитации. Присутствие группы специалистов (психологов, воспитателей, психоаналитиков и т. д.) в ходе мероприятий второго этапа имеет решающее значение. Во Франции настоящая схема, имеющая все основания для существования, разработана в развитие закона 1970 года, который четко предписывает процедуру любого лечения для наркоманов [19, 20].

Должны быть определены формы межведомственного взаимодействия в вопросах выявления, взаимного информирования и учета обучающихся и студентов, злоупотребляющих наркотическими веществами, пресечения распространения наркотических средств, психотропных и иных одурманивающих веществ в образовательных учреждениях. И, наконец, самое главное – необходимо широко привлекать известных отечественных и международных экспертов к разработке, а затем и реализации единой Национальной концепции борьбы с наркозависимостью – концепции, учитывающей действительно передовой мировой опыт и способной переломить тенденцию сползания наиболее уязвимой части казахстанского общества в вечную зависимость от "одного мгновения кайфа".

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Россия и страны мира. Статистический сборник. - М.: Госкомстат РФ, 2000. - С. 86
- 2 Немцов А. В. Алкогольная смертность в регионах России // Население и общество. Информ. бюллетень Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН, 2003. - № 78. - С. 1-2.
- 3 Тапилина В.С.. Качество жизни населения и потребление алкоголя в современной России //«ЭКО», 2005. - №9. - С. 15-29.
- 4 Нужный В.П.Потребление алкоголя; современные тенденции, социальные и медицинские последствия. Доклад на конференции «Россия без наркотиков». - М.: 2000. - <http://www.pravoslavice.ru>
- 5 Айвазян С. А. Анализ синтетических категорий качества жизни населения субъектов Российской Федерации: их измерение, динамика, основные тенденции // Уровень жизни населения регионов России, 2002. - №11. - С. 6-41.
- 6 Криминология /Под ред. В.Н. Кудрявцева, В.Е. Эминова. – М.: 1999. - 678 с.
- 7 Прокументов Л.М. Преступность и ее основные криминологические характеристики/ Л.М. Прокументов, А.В. Шеслер. – Томск: 1995. – С.64.
- 8 Очистные соображения.детки на заметке. «Литер»// 14 августа 2007 г
- 9 Краткая информация о проделанной работе Департамента внутренних дел города Алматы за 2008 год. <http://www.almaty.kz>
- 10 WHO Global Status Report on Alcohol. - Geneva, 2004. – P. 160.
- 11 Field AE, Austin SB, Frazier AL, Gillman MW, Camargo CA Jr, Colditz GA. Smoking, getting drunk, and engaging in bulimic behaviors: in which order are the behaviors adopted? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2002, Jul. - 41(7). – P. 846-853.
- 12 Ritchey PN, Reid GS, Hasse LA. The relative influence of smoking on drinking and drinking on smoking among high school students in a rural tobacco-growing county. J Adolesc Health, 2001,Dec. - 29(6). – P. 386-394.
- 13 Mazur J, Kowalewska A, Woynarowska B. [Alcohol drinking and other risk behaviors among adolescents aged 11-15 years] Med WiekuRozwoj, 2003, Jan – Mar. - 7(1 Pt 2). – P. 75-89.
- 14 Best D, Rawaf S, Rowley J, Floyd K, Manning V, Strang J. Drinking and smoking as concurrent predictors of illicit drug use and positive drug attitudes in adolescents. DrugAlcoholDepend, 2000 Nov 1. - 60(3). – P.319-21.
- 15 Кушербаев К.Е., Аканов А., Тулебаев К.А., Сейдуманов С.Т. К формированию здорового образа жизни в Казахстане. – Алматы: 1998. -170 с.
- 16 Maron L.J. Prevention medicine in practice the state of the art. –West. J.Med., 1983. –Vol. 97. -3. -P.299-232.

- 17 De Vore S. Health education. -/n Preventive of health care / Ed.by R. S. Cnang –Boston (mass) Hall, 1981. –P. 21-32.
- 18 Кучеренко В.З., Сырцова Л.Е. Проблемы профилактики в условиях реформ здравоохранения // Пробл. Соц. Гиг. И история мед., 1996. - №1. – С.42-46.
- 19 Аканов А.А. Реформы системы здравоохранения стран Азии с переходной экономикойю. – Алматы: 1996. - 91 с.
- 20 Аканов А.А. Состояние здоровья населения Республики Казахстан. – Алматы: «Гылым», 1998. -50 с.

Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, Ф.А. БАГИЯРОВА, А. АБЗАЛИЕВА

С.Д. Асфендияров атындағы КазҰМУ

Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы

ӘЛЕМДІК ҚАУЫМДАСТЫҚ ТҮРҒЫСЫНАН ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ АЛКОГОЛИЗМ МЕН НАШАҚОРЛЫҚ ТАРАЛУЫНЫҢ АНАЛИЗИ

Түйін: Алкоголь мен нашаны шектен тыс пайдалануды бүкіл әлем қоғамын шошынатындай етіп таралуда. Наркологтардың көзқарасы бойынша, алкоголизм мен нашақорлық шегі көп мемлекеттерде қоғамдық бақытсыздық болып саналуда. Наша заттарын шектен тыс пайдалану мен оны сату соңғы уақыттарда дамыған мемлекеттерде катастрофиялық жағдай болып табылып жатыр. БҰҰ зерттеуі бойынша, Еуропалық аймақтарда, соының ішінде Қазақстанда денсаулық деңгейі өте төмен, алкогольді шектен тыс пайдалану есебінен өлім саны көбейген. Халықаралық эксперттердің ескертуінше, психоактивті заттарды пайдаланудың алдын алу үшін, мектеп оқушылар контингентіне бағдарланған шараларды жүргізу қажет. Шетелде жұмыстың басқа түрі қауіп тобына кіретін мен кірмейтін кәмілетке толмаған жасөспірімдер арасында нашақорлықты жоятын жұмыс орындарда көмек көрсетуді ұйымдастыру.

Түйінді сөздер: психоактивті заттарды шектен тыс пайдалану, наша пайдалану, алкоголизмнің таралуы.

B.S.TURDALIYEVA, G.E. AIMBETOVA, ABZALIYEVA A., F.A.BAGIYAROVA

S. Asfendiyarov Kazakh National medical university

Health care policy and management department

ANALYSIS OF THE ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTION SPREAD IN THE CONTEXT OF THE INTERNATIONAL COMMUNITY AND KAZAKHSTAN

Resume: Drug and alcohol abuse nowadays is overspread, disturbing the wider world. Even when restricted drug and alcohol limits to legally accepted, in terms of drug treatment, in many countries they are considered to be a social disaster. In recent years drug abuse and illicit trafficking, especially in the developed countries of the world, have reached catastrophic proportions. According to the WHO, in the whole European region, which includes Kazakhstan, there is the highest rate in the world of ill-health and premature mortality due to alcohol consumption. As noted by international experts, one of the most important moments in the prevention of substance abuse and drug prevention should be considered as the focus of activities for school-age contingent. Another form of working abroad is the organization of care in the workplace to help prevent adolescent anesthesia both included and not included in the "group at risk".

Keywords: substance abuse, drug use, the prevalence of alcoholism.

УДК 371.485

У.А. АЛТЫНБЕКОВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, Б.А. МУСАЕВА, Р.Б. АЛИМБЕКОВА, М.С. КАЛИЕВА, А.И. ИГИСЕНОВА, К. КУНАНБАЕВ, Б. АЛИМЖАНҚЫЗЫ

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова,
Кафедра политики и управления здравоохранением
Городской наркологический центр медико-социальной коррекции г.Алматы*

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВОПРОСОВ ПРОФИЛАКТИКИ ТАБАКОКУРЕНИЯ И НАРКОМАНИИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

В статье дается краткое описание существующего положения профилактики и лечения табакокурения и наркомании в мире и в Республике Казахстан, действенность принимаемых профилактических программ распространения наркомании в Казахстане, пути снижения наркозависимости.

Ключевые слова: профилактика табакокурения, наркомания, подростки, молодежь, программы.

В течение последних лет проблема табакокурения и наркомании среди подростков и молодежи стала актуальной практически для всех стран, и в особенности ситуация с употреблением наркотиков среди молодежи вызывает наибольшую обеспокоенность правительств всех стран мира, в том числе и Республики Казахстан. [1].

Особую тревогу вызывает быстрое распространение табакокурения и наркомании среди подростков и молодежи, характеризующееся возрастающей потребностью в наркотике, толкающее на добывание его всевозможными способами: стремлением к постоянному увеличению дозы, приводящее к физическому и моральному распаду человека.

Опасность зависимости от наркотиков, как явления, заключается еще и в том, что перечень наркотических веществ постоянно видоизменяется, создавая новые рубежи, преодоление которых требует серьезного анализа ситуации, методической подготовки и выработки практических навыков оказания своевременной помощи, как при обращении, так и по профилактической направленности деятельности практических врачей. [1].

Международный комитет ООН по контролю над наркотиками обнародовал данные о масштабах мировой наркомании, согласно которым число наркопотребителей в мире в 2009 году достигло, по разным оценкам, от 172 млн. до 250 млн. человек. По оценкам Управления Организации Объединенных Наций по наркотикам и преступности (далее – УНП ООН), в 2008 году порядка 21 млн. человек в возрасте от 15 до 64 лет являлись потребителями инъекционных наркотиков [1].

Доля наркозависимых лиц в Республике Казахстан в возрасте от 14 до 30 лет от общего числа лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами и психотропными веществами, составляет 49,2 %, а именно 23036 человек, из которых 20423 приходятся на возраст от 18 до 30 лет. Следовательно, тема наркомании в обществе остается актуальной, должна подниматься постоянно и находить свое должное решение на государственном уровне. [1].

Среди международных экспертов отмечается неоднозначный подход в решении указанной проблемы, так предлагаются в качестве способов борьбы с наркобизнесом различные меры, вплоть до радикального ужесточения уголовного законодательства, то есть, предлагается сделать ставку на карательные меры. Другими мерами, по мнению пропагандирующих позитивную профилактику экспертов, при всей важности и необходимости борьбы с преступностью, должны быть

меры социального характера. Необходимо снижать не только предложение на наркотики, но и спрос. Нужно добиться того, чтобы изменился социальный климат в обществе, неоспоримо, что наркомания – это в том числе и признак социального неблагополучия. Несмотря на то, что в нашей стране систематически принимаются и реализуются целенаправленные меры по борьбе с наркоманией, сохраняются проблемы, связанные с наркоманией и наркобизнесом. [1]. Завершена реализация Алматинской региональной Программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2009-2011 годы. Одним из приоритетных направлений в деятельности уполномоченных государственных органов являлось усиление антинаркотической пропаганды. [2].

Несмотря на исполнение запланированных мероприятий в рамках реализации Плана мероприятий Алматинской региональной Программы борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2009-2011 годы, утвержденной постановлением акимата города Алматы № 5/643 от 5 октября 2009 года, она отчасти не способствовала формированию целостной системы противодействия наркомании и наркобизнесу в городе.

Во-первых, это связано с тем, что наркомания продолжает активно распространяться. Второй причиной недостаточной эффективности реализуемой программы являлось то, что в ней не был предусмотрен комплекс мер по консолидации усилий государственных и общественных институтов, направленный на борьбу с наркоманией и наркобизнесом.

При этом необходимо акцентировать внимание государственных органов на возрастной порог наркозависимых лиц, так как именно подростковая, молодежная наркомания наиболее опасна и имеет в последующем губительные последствия. Доля наркозависимых лиц в возрасте от 14 до 30 лет от общего числа, злоупотребляющих наркотическими средствами и психотропными веществами, составляет 41,5 процентов, а именно 3376 человек, из которых 2769 приходятся на возраст от 18 до 30 лет. [2].

Формирование неприятия наркотической среды может быть достигнуто только при наличии квалифицированных специалистов. Соответственно необходимо проводить обучающие семинары по профилактике наркомании для педагогов, социальных работников, социальных педагогов, школьных инспекторов, обеспечить поддержку неправительственных организаций, занятых в сфере профилактики наркомании, лечении и реабилитации наркозависимых.

Для того чтобы приостановить распространение злоупотребления психоактивных веществ, необходима целая система мер государственного и общественного воздействия, целесообразно основные усилия сосредоточить именно на первичной профилактике зависимостей.

В терминологии ВОЗ различают первичную, вторичную и третичную профилактику. [3]. В задачу первичной профилактики ставят предупреждение употребления наркотиков. В методике этой профилактики существует четыре основных направления:

- активная воспитательная работа среди молодежи и подростков;
- санитарно-гигиеническое воспитание населения;
- общественная борьба с распространением и употреблением наркотиков;
- административно-законодательные меры.

Вторичная профилактика наркомании – это раннее выявление лиц, употребляющих психоактивные вещества, и их лечение, а также предупреждение рецидивов и проведение поддерживающей терапии.

В задачу третичной профилактики входит социально-трудовая и медицинская реабилитация больных наркоманией.

Существуют различные способы профилактики и лечения и борьбы с наркоманией среди подростков и молодежи. Среди основных – социальный, медицинский и информационный. Социальный способ борьбы с наркоманией нацелен на устранение социально-экономических, бытовых, социально-психологических причин и условий отклоняющегося поведения. Медицинский способ борьбы с наркоманией помогает медикаментозно и психологически избавиться от зависимости. Наркологи ищут новые эффективные, методики лечения наркомании. Наркомания требует длительного лечения. Борьба с наркоманией на личностном уровне – сложный и длительный процесс, требующий колоссальных усилий со стороны человека, но и со стороны его близких. [3].

Таким образом, можно выделить следующие основные модели профилактики:

-медицинская модель ориентирована преимущественно на медико-социальные последствия наркомании и предусматривает в основном информирование учащихся о негативных последствиях приема наркотических и иных психоактивных средств на физическое и психическое здоровье.

-образовательная модель направлена на обеспечение детей и молодежи полной информацией о проблеме наркомании и обеспечение свободы выбора при максимальной информированности.

-психосоциальная модель своей главной целью утверждает необходимость развития определенных психологических навыков в противостоянии групповому давлению, в решении конфликтной ситуации, в умении сделать правильный выбор в ситуации предложения наркотиков. [3].

Немаловажной в профилактике наркомании является санитарно-просветительная работа среди детей и подростков. Но по этому вопросу на сегодня нет единого мнения. Одни специалисты рекомендуют проводить медицинскую пропаганду в школе на протяжении всего учебного года. Другие считают необходимым ввести в учебную программу курс по профилактике наркозависимости.

Профилактика подростковой наркомании должна начинаться с санитарного просвещения, однако не в том виде, в котором санитарное просвещение используют сейчас. Профилактика подростковой наркомании проводится не достаточно действенными способами, например, проводимые лекции и беседы непривлекательны для подростка, а иногда вызвать реакцию протеста. У подростка создается впечатление, что все передачи о вреде наркотиков сильно преувеличивают вред от наркотиков, создается ложное представление, будто если он захочет, то всегда может бросить и т.п.

Профилактика подростковой наркомании должна проводиться опытными специалистами, которые способны выявить подростков из группы риска.

Профилактика потребления наркотиков среди подростков достаточно непростой в психологическом, правовом и организационном отношении процесс. Ее необходимо строить не только на основе воспитательного процесса, психотерапевтического или медицинского вмешательства.

Таким образом, антинаркотическая профилактическая работа в подростковой среде требует ответственного, взвешиваемого и профессионального подхода, наличия взаимодействия не только семьи и образовательных учреждений, но и подростковой наркологической службы и соответствующих подразделений МВД, а также комиссий по делам несовершеннолетних.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Отраслевая программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012 - 2016 годы. Постановление Правительства Республики Казахстан от 12 апреля 2012 года № 451.
- 2 Алматинская региональная Программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2009-2011 годы. Постановление акимата г.Алматы № 5/643 от 5 октября 2009 года.
- 3 С.А. Коликова «Современные подходы к профилактике наркомании в подростковой и молодежной среде» <http://www.rae.ru/forum2012/275/1640>

У.А. АЛТЫНБЕКОВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, Б.А. МУСАЕВА, Р.Б. АЛИМБЕКОВА, М.С. КАЛИЕВА, А.И. ИГИСЕНОВА, К. КУНАНБАЕВ, Б. АЛИМЖАНҚЫЗЫ

*С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы*

ЖАСТАР АРАСЫНДАҒЫ ШЫЛЫМ ШЕГУ МЕН НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ ЗАМАНАУИ ЖАҒДАЙЫНДАҒЫ СҰРАҚТАР

Түйін: баяндамада Қазақстан Республикасы және дүние жүзі бойынша шылым шегу және нашақорлықты емдеу мен алдын-алу шараларының қысқаша сипаттамасы, Қазақстанда нашақорлықтың таралуын алдын-алу шаралары және нашақорлыққа төуелділікті азайту жолдары

Түйінді сөздер: шылым шегу, нашақорлықты алдын-алу, жасөспірімдер, жастар, бағдарламалар

B.A. MUSAYEVA, U.A. ALTYNBEKOVA, R.B. ALIMBEKOVA, G.E. AIMBETOVA, M.S. KALIYEVA,
A.I. IGISENOVA, K. KUNANBAEV, B. ALIMZHANKYZY

City narcological centre of medical and social correction of Almaty city

CURRENT STATE OF TOBACCO SMOKING PREVENTION ISSUES AND DRUG ABUSE AMONG YOUTHS

Resume: this article gives a brief description of the current status of tobacco smoking and drug addiction treatment and prevention around the world and in the Republic of Kazakhstan, the efficiency of adopted drug addiction spread prevention programs in Kazakhstan and ways to reduce drug addiction.

Keywords: tobacco smoking prevention, drug addiction, youths, adolescents, program

ӘӨЖ: 612.014.49-003.96-057.875

Г.У. ШАРДАРБЕКОВА, Ұ.С. АРТЫКБАЕВА, Н.Ә. АТАНОВА

*С.Ж. Асфендияров атындағы Ұлттық медицина университеті
Қалыпты физиология кафедрасы*

СТУДЕНТТЕРДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ МЕН ЖАҒАДАН ПАЙДА БОЛҒАН ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІНЕ БЕЙІМДЕЛУ МҮМКІНДІГІ

Бейімделу – сыртқы ортаның құбылмалы жағдайларына организмнің бейімделуі.

Сыртқы ортаның құбылмалы өзгерістеріне дені сау адамның бейімделісі арнайы физиологиялық әсерленістер арқылы жүзеге асырылады.

Физиологиялық бейімделіс – әрекеттік жүйе, ағза, тіндер белсенділігі мен өзара байланысын реттеуші тетіктердің орнықты деңгейі болып табылады.

Мұның мәні ортаның жаңаша жағдайларында организмнің сақталуына, дамуына, қалыпты тіршілігін қамтамассыз ететін әрекеттің қайта құрылуына алып келеді. Сонымен бірге ортаның өзгерген жағдайларында адамның ұзақ өмір сүруі, жұмысқа қабілеттілігінің сақталуы, ұрпақ жаңғыртуы бейімделуінің көрнекті белгілері болып табылады.

Түйінді сөздер: бейімделу, денсаулық, кардио-респираторлық жүйе.

Өзектілігі. Адам организмінің денсаулық жағдайы оның бейімделіс қорымен анықталады. Бейімделу үрдістерінің күшеюі жеке ағзаның өзін-өзі ұйымдастыруы (қалыптасуы) қоршаған орта мен әлеуметтік жағдайларын қабылдап, сәйкестендірілген кезде ғана туындайды.

Жоғарғы оқу орнында студенттердің жұмысқа қабілеттілігін көтеру мен олардың денсаулығын қорғау, біздің еліміздің халық денсаулығын жақсарту бойынша жалпы мемлекеттің маңызды шараларының бір бөлігін құрайды.

Жоғарғы оқу орындарында білім алу бұл – студент жастардың физиологиялық және психикалық икемділіктеріне жоғары талап қойылатын арнайы ерекшеліктері бар ұзаққа созылатын және күрделі үрдіс. Қандайда бір ЖОО-на түскен студенттер сол ЖОО-ның арнайы жаңа факторларының жиынтығына бейімделуі қажет. Осы оқу барысы кезеңінде студенттерді басқа

әлеуметтік топтардағы жастармен салыстырғанда жыл бойында екі рет емтихан тапсыру кезінде студенттердің жүйкелік ширығу жағдайы тез асқынып күшті эмоциялық зорығу әсерімен қабаттасып жүреді.

Бейімделу үрдісі түрлі ішкі, сыртқы орта әсерленістер нәтижесінде туындап адам денсаулығына белгілі бір дәрежеде өз әсерленіс көріністерімен жүреді.

ЖОО – на шалғай жатқан өңірлерден түскен көптеген студенттер үшін табиғат жағдайлары бірден күрт ерекшеленіп, оған жаңа климаттық факторлардың әсері қосылады.

Сонымен «Денсаулық» көрсеткіштері болып – жүйелер қызметінің деңгейі, реттеуші механизмнің ширығу деңгейі, организмнің қызметтік қорлары болып табылады.

Зерттеу мақсаты. ҚазҰМУ студенттерінің денсаулығын анықтау үшін жүрек-қан тамыр және тыныс жүйелерінің қызметтік қорын зерттеу болып табылады.

Зерттеу әдістері мен материалдары. ҚазҰМУ-нің 18-19 жас аралығында 2 курста оқитын 100 студентке зерттеу жүргізілді.

Әр түрлі факторлардың әсеріне жалпы организмнің бейімделу реакциясының сезімталдығы жоғары индикатор ретінде кардио – респираторлық жүйесінің жағдайлары – ӨТС, ҚДА ҚДАА, ҚДША, тыныс жолы, тыныстың минуттық көлемі, артериялық систолалық және диастолалық қан қысымының көлемі, орташа динамикалық қысымы, жүрек жиырылуының жиілігі, систолалық және диастолалық қан айналымның көлемдері жалпыға мәлім әдістерімен анықталып зерттелді.

Көрсеткіштер тыныштық жағдайымен мөлшерленген дене жүктемесін орындағаннан кейін тіркелді (отырып тұру, еңкею, Мартине, Штанге, Генче сынағалары).

Зерттеу нәтижесі. Барлық зерттелгендердің жүрек қан тамыр және тыныс алу жүйелерінің көрсеткіштері мөлшерленген дене жүктемесіне дейін де және кейін де өзінің жас ерекшеліктерінің физиологиялық қалпына сәйкес болғандықтан бұл зерттелуші студенттердің организмінің функционалық мүмкіншілігінің жоғары деңгейде екенін куәлестірді. Дене жүктемесінің бастапқы кезеңінде зерттелу көрсеткіштері аздап жоғарылады, яғни бұл қалыптасу кезеңінің өтелуімен байланысты. Қалыптасу кезеңі, дене жүктемесіне байланысты пайда болған реттелу жүйесіндегі өзгерістермен сипатталады.

Қалыптасу кезеңінің белгілі бір кезеңінен кейін сыртқы тыныс алу қалыптасып, тұрақты жағдай туындайды. Жүктеме күшін арттыру барысында ТМК мен ТК зерттелуші студенттерде біршама артты. Бұл ТМК мен ТК тұрақты жағдайының көрсеткіштерінің артуына

қарамастан ТМК үшін ауытқу кезеңінің айқын жоғарлауы мен ТК қалыптасу уақытының азаюы болдырмауға мүмкіндік беретінін көрсетеді. Өкпенің жоғары жеденуі терең және аздап жиі тыныс алу қамтылды. Жалпы тексерілген студенттердің арасында жыл мезгілдерінің ауысымына айқын тәуелділіктері болғаны анықталды (7-10 %). Оларда:СҚҚ, ДҚҚ, ЖСЖ, аздап ауытқулар байқалды. Бұл студенттердің өздерін сұрақнама кезінде мето тәуелді екендіктерін белгілеген.

Емтихан кезінде СҚҚ, ДҚҚ, ЖСЖ – қалыпты көрсеткіштерінің өзгерулері жоғары ойлау қабілетінен қамтамасыз ету үшін жүрек – қан тамыр жүйесі қызметі дәрежесінің біршама күшеюінің салдары болып табылады.

Осы зерттеу барысында психикалық-эмоционалдық айқын ширығу дәрежесі, ЖСЖ, АҚҚ көрсеткіштері көрсеткендей емтихан тапсырмасын студенттердің көп бөлігінде емтихан тапсыру алдында тұрақты көтеріліп, емтихан тапсырған соң тез қалпына келуі анықталды. Сонымен қатар көптеген студенттерде жүрек соғысының жиілеуі мен аздаған күйзелістік жағдайларға бой алдыру салдарынан ЖСЖ минутына 135-145 тамыр соғысы байқалады.

Қорытынды. Сонымен, біздің мәліметтеріміз бойынша көптеген зерттелуші студенттердің кардио-респираторлық жүйесі физикалық және психо-эмоционалдық жағдайларға, қоршаған ортаның климаттық және түрлі ауа-райы әсерлеріне жеткілікті дәрежеде бейімделген. Жоғарыда алынған мәліметтерден зерттеуге алынған студенттердің түрлі жағдайларда бейімделу мүмкіндігінің сақталуы және организмнің функционалдық көрсеткіштерін өзгерте алатын қабілеттілігі айқын көрінеді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Сәтбаева Х.Қ., Өтепбергенов А.А., Нілдібаева Ж.Б. Адам физиологиясы. - Алматы: 2005. – Б.590-608.
- 2 Агаджанян Н.А. Адаптация и резервы организма. - М.: 1983. - С.175-179
- 3 Баевский Р.М., Берсенова А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний. - М.: Наука, 1973. – С.83-87
- 4 Сәтбаева Х.Қ., Соколов А.Д., Абишева З.С. Валеология- денсаулық туралы ғылым.// Оқу-әдістемелік нұсқау. - Алматы: ЗВЕРО.,-2007. - Б.35-41.

Г.У. ШАРДАРБЕКОВА, У.С. АРТЫКБАЕВА, Н.А. АТАНОВА

КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова, кафедра нормальной физиологии

ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ И ВНОВЬ ВОЗНИКШИХ ФАКТОРОВ НА АДАПТИВНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ

Резюме: Адаптация (приспособление) – все виды врожденной и приобретенной приспособительной деятельности, которые обеспечиваются на основе физиологических процессов, происходящих на клеточном, органном, системном и организменном уровнях.

По нашим данным, у большинства испытуемых кардиореспираторная система в достаточной степени адаптирована к воздействию сложных метеорологических, климатических факторов окружающей среды, физическим и психо-эмоциональным нагрузкам.

Ключевые слова: адаптация, здоровья, кардио-респираторная система.

G.U. SHARDARBEKOVA, U.S. ARTYKBAEVA, N.A. ATANOVA

KazNMU named S.D. Asfendiyarov. Department of Normal Physiology

HEALTH EFFECTS OF STUDENTS AND NEWLY ARISING FACTORS ON THE POSSIBILITY OF ADAPTIVE

Resume: Adaptation (adaptation) - all kinds of congenital and acquired adaptive activity that is provided on the basis of physiological processes at the cellular, organ, system and organism levels. According to our data, the majority of subjects cardiorespiratory system sufficiently adapted to the effects of adverse weather, climate, environmental factors, physical and psycho-emotional stress.

Keywords: adaptation, health, cardio-respiratory system.

УДК 616.458.59

Н.К. ТУЗЕЛЬБАЕВ, Р.С. БЕКТУРГАНОВ

*Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А. Яссави
Кафедра общей врачебной практики*

ГЛАВНЫЙ ПРИОРИТЕТ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ – РАЗВИТИЕ ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в качестве одного из ведущих инструментов достижения стратегии здоровья для всех, следовательно, организация ПМСП по принципу ОВП/СВ отражает высокую организацию первичного звена здравоохранения. Это позволит поднять здравоохранение на международный уровень, повысить качество и доступность медицинских услуг населению.

Ключевые слова: *всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), первичная медико-санитарная помощь (ПМСП), общеврачебная практика (ОВП), врач общей практики, участковый терапевт.*

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает первичную медико-санитарную помощь (ПМСП) в качестве одного из ведущих инструментов достижения стратегии здоровья для всех. ПМСП осуществляет главную функцию системы здравоохранения и, являясь ее центральным звеном, составляет неотъемлемую часть всего процесса социально-экономического развития общества. От внедрения и совершенствования ПМСП зависят эффективность и качество работы всей системы здравоохранения, сохранение трудового потенциала государства, решение медико-социальных проблем на уровне семьи и у социально незащищенных групп населения (детей, инвалидов и людей пожилого возраста).

В Послании Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана от 17.01.2014 года «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» говорится: «В здравоохранении главный приоритет – развитие первичной медико-санитарной помощи. Солидарная ответственность государства, работодателя и работника за его здоровье – главный принцип всей системы медицинского обслуживания. Занятия спортом, правильное питание, регулярные профилактические осмотры – это основа предупреждения заболеваний.» [1] В стране приобрели особую актуальность и стали необходимостью интенсивное внедрение и совершенствование ПМСП повсеместно. Основные цели любой системы здравоохранения – оказание населению доступной, качественной медицинской помощи, улучшение состояния здоровья общества в целом и каждого гражданина в отдельности. Это было подтверждено на Алматинской Международной конференции ВОЗ/ЮНИСЕФ в 1978 году, которая 35 лет назад определила цель: «Здоровье для всех к 2000 г.». Достижение этой цели предполагалось через усиление роли первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) [2]. Если обратить внимание на исторические факты бывшего советского здравоохранения, реформаторы того времени, внедряя участковый принцип работы врача, думали, что участковый врач будет лучше знать свой участок, условия труда и быта своего участка, своевременно выявлять часто и длительно болеющих пациентов, проводить не только лечебные, но и профилактические мероприятия, эффективнее бороться с возникновением и распространением инфекционных болезней. Участковый врач становится, таким образом, «домашним» врачом, «другом семьи» или станет фактически семейным врачом.

К сожалению, в последние десятилетия система организации работы поликлиники и условия

деятельности участкового врача не способствовали становлению его как хорошего «домашнего доктора» [3]. Необоснованная чрезмерная специализация, особенно, городских и крупных районных поликлиник разрушила эту идею и привела к появлению должности участкового врача, который сегодня оказывает больным только терапевтическую помощь, да и то, по ограниченному перечню заболеваний. Этому способствовало появление в поликлиниках многочисленного отряда других специалистов – гастроэнтерологов, нефрологов, эндокринологов, аллергологов, ревматологов, пульмонологов, геронтологов и многих других.

Включив в поликлиническое звено узких специалистов, предполагалось сократить число больных, направляемых в стационар. Но этого не произошло. В первичном звене здравоохранения, по-прежнему, работают врачи с сертификатом «Терапия». Участковый терапевт – это тоже «узкий» специалист, но только по терапевтической патологии внутренних органов.

Контролирующие органы, проверяя работу участкового врача и замечая ошибки в диагностике и лечении, считали основной причиной его ошибок то, что он не направил больного на консультацию к специалисту, а не на то, какая у него низкая квалификация. В дальнейшем участковые терапевты стали направлять больных к специалистам для страховки, даже без особой необходимости.

Таким образом, с любой патологией, кроме ограниченного перечня распространенных внутренних болезней, весь прикрепленный контингент пациентов сегодня вынужден обращаться к другим специалистам. В настоящее время работой специалистов в поликлиниках удовлетворены лишь 30% населения, так как на приемах пациентов они ограничивают свою деятельность общими врачебными процедурами.

В связи с этим необходимо было проведение в стране реформы первичной медико-санитарной помощи. Попытки МЗ РК по внедрению ОВП/СВ своими приказами - №34 «О развитии семейной врачебной практики» от 24.01.1995 г. №399; «О подготовке и развитии службы врача общей практики в Казахстане» от 14.08.1997 г.; а также Приказом №500 Комитета здравоохранения Министерства образования, культуры и здравоохранения РК «О развитии общей врачебной практики/семейной медицины в Казахстане» от 24.09.1998 г. не получили широкой поддержки со стороны местных органов управления. Из-за неготовности здравоохранения эти начинания в основном остались на бумаге. На I этапе (2005-2007 г.г.) Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 годы реформа ПМСП была ориентирована на эволюционное внедрение принципов общеврачебной

практики с сохранением и развитием действующей сети амбулаторно-поликлинических организаций. На II этапе (2008-2010г.г.) планировалось осуществить переход системы ПМСП на принципы ОВП, что также по различным причинам не выполнялось. Основными причинами невыполнений являлись отсутствие подготовленных кадров, мотивации, слабые материально-техническая и нормативно-правовая база.

В 2010 году была принята Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, в главе 5.4 которой указано, что подъем здравоохранения на качественно новый уровень развития может быть достигнут только путем коренного изменения технологии оказания услуг, прежде всего, услуг ПМСП.

С 2012 года во всех медицинских вузах страны начата подготовка врачей общей практики (5+2) по новому ГОСО-2006 «Общая медицина». 1-ый выпуск состоится в этом году. До этого времени врачей общей практики, подготовленных по специальности «Лечебное дело» (6+1), в городских и районных поликлиниках на работу не принимали, так как не были возможности создавать соответствующие условия для их работы. Кроме того, отсутствовали конкретные нормативно-правовые документы со стороны уполномоченных органов. Поэтому часть этих подготовленных врачей «общей практики» растворились в составе других специалистов или переспециализировались.

В этом 2014 году наш медицинский факультет заканчивают 393 интерна по специальности «Общая медицина» ГОСО-2006 г.(5+2), из них 117 интернов заканчивают 2-х годичную специализацию врача общей практики для работы в ПМСП.

Однако, в нашей Южно-Казахстанской области где проживают 2 678,3 тыс.чел., функционирует 268 амбулаторно-поликлинических организаций, 106 больничных учреждений. В этом году требуется всего лишь 16 врачей общей практики и 3 врача терапевта для сельской местности, хотя средняя обеспеченность врачами на 10 тыс. населения составляет всего 26,8, при среднереспубликанском показателе - 39.

В настоящее время для развития общеврачебной практики Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы создана нормативно-правовая база, издан приказ №7 МЗ РК от 15.01.2011 г. «Об утверждении Положения о деятельности организации здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь». Несмотря на это, институт общеврачебной практики на местах активно не внедряется.

Подготовленные кадры для этих целей как должны трудоустроиться? Также неизвестна судьба заканчивающих по этой программе интернатуру врачей - терапевтов и хирургов, для которых поступление в этом году в резидентуру ограничено. К работе согласно существующим положениям без резидентуры они не должны допускаться.

Таким образом, по-прежнему в амбулаторно-поликлинических организациях городов и ЦРБ участковый врач является главным действующим лицом при нехватке педиатров, акушер-гинекологов и других узких специалистов, обеспечивающих ПМСП. Подготовленные врачи общей практики, выполняющие все эти функции, оказались почти невостребованными.

Весь мир давно ушел от этой практики, даже многие операции производятся в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Утром операции в дневном стационаре, а после обеда – консультирование пациентов врачами общей практики, в нашем случае участковыми терапевтами и педиатрами. Такой должна стать схема работы узкого специалиста в условиях городской поликлиники. Ускорение перехода к общей врачебной практике назрела. Разумеется, переход к системе врача общей практики (семейного врача) нельзя осуществить за один год, он должен быть поэтапным: требуется реорганизация не только первичного звена, но и всей системы здравоохранения. Необходима отработка взаимоотношений между врачом общей практики, его коллегами – узкими специалистами и врачами стационара.

Не может быть никаких сомнений – укрепление амбулаторно-поликлинической помощи путем введения должности врача общей практики должна сопровождаться в дальнейшем, повсеместным совершенствованием специализированной, в том числе и амбулаторной медицинской помощи.

Подготовка такого врача сегодня для страны является ключевой задачей. До сих пор руководители лечебных учреждений были ориентированы больше на лечебную, а не на профилактическую медицину. В общественном сознании четко зафиксирована порочная мысль: здоровье нужно искать в больнице, где можно встать в очередь на госпитализацию, в порядке очередности и приобрести бесплатную «порцию» здоровья. При таком подходе будет наблюдаться постоянный дефицит в койках, лекарственных препаратах, врачах и т.д., зато никогда не будет дефицита в больных.

Для решения этих вопросов необходимо ускорить создание центров профилактической медицины (центров здоровья). Центр должен планироваться и строиться таким образом, чтобы предусмотреть все требования пациента – от рождения до конца жизни, от стадии профилактики и периодического наблюдения до ухода за больными. Такие центры, ориентированные на первичное звено здравоохранения, должны стать надежной опорой врача общей практики.

Все изложенное свидетельствует о том, что реальная реформа первичного звена здравоохранения в стране внедряется непланомерно и очень медленно. Есть уже подготовленные врачи, есть вузы, где можно учиться, но для того, чтобы заработала вся система, этого недостаточно. Необходимо создать модели общей врачебной практики в условиях города, сельской местности и разработать конкретизированный механизм внедрения службы врачей общей практики на всей территории страны.

Необходимо запланировать переподготовку, повышение квалификации врачей общей практики на базе вузов и факультетов последипломного образования, одновременно закладывая основы непрерывного медицинского образования, т.е. постоянного образования во время профессиональной практической деятельности.

Большую роль в этом играют вузы, имеющие передовой опыт и вооруженные методическими документами, чтобы осуществлять эту подготовку по единым стандартам.

Кроме того, мы считаем, что в каждой области необходим главный специалист по общей врачебной

практике, который выполнял бы роль координатора, знающего проблемы, возникающие постоянно и к которому можно было бы обратиться для их решения на местном уровне.

Таким образом, внедрение общеврачебной практики в амбулаторно-поликлиническую помощь как ведущее звено здравоохранения XXI века должно получить более интенсивное развитие и совершенствование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Послание Президента РК – Н.А.Назарбаева народу Казахстана Стратегия «Казахстан-2050». Новый политический курс состоявшегося государства. // Газета Казахстанская правда, 15 декабря 2012г.
2. Шарманов Т.Ш. Алматы в новом тысячелетии человеческого развития. - Алматы-Вашингтон-Женева: 2013. – 251 с.
3. Практическое руководство (для врачей общей «семейной»практики)./ Под редакцией академика РАМН И.Н.Денисова. – М.: ГЕОТАР, 2001. – 719 с.

Н.К. ТҮЗЕЛБАЕВ, Р.С. БЕКТҰРҒАНОВ

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ НЕГІЗГІ БАСЫМДЫЛЫҚ – ЖАЛПЫ ДӘРІГЕРЛІК ПРАКТИКАНЫ ДАМУ

Түйін: Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) біріншілік медициналық-санитарлық көмек көрсетуді (БМСК) адам денсаулығын сақтайтын басты құрал деп санайды, сондықтан біріншілік медициналық көмек көрсетуді арнайы дайындалған жалпы дәрігерлік практика мамандары көрсетуі тиіс. Сонда қоғамдық денсаулық сақтау жүйесі халықаралық дәрежеге көтеріледі және тұрғындарға медициналық көмек көрсетудің сапасы мен тиімділігі артады.

Түйінді сөздер: дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ), біріншілік медициналық-санитарлық көмек (БМСК), жалпы дәрігерлік практика (ЖДП), жалпы тәжірибелі дәрігер, аймақтық терапевт.

N.K. TUZELBAEV, R.S. BEKTURGANOV

MAIN HEALTH PRIORITY – DEVELOPMENT GENERAL PRACTICE

Resume: The World Health Organization (WHO) considers the primary health care (PHC) as one of the leading tools for achieving health for all strategy, hence the principle of PHC organization AFP / CB reflect the high organization of primary health care. This will raise health at the international level, improve the quality and accessibility of health services to the population.

The World Health Organization (WHO) considers the primary health care (PHC) as one of the leading tools for achieving health for all strategy. PHC provides the main function of the health system and, as its central element is an integral part of the process of socio-economic development of society. From the introduction and improvement of primary health care depend efficiency and quality of the entire health system, saving the labor potential of the state, the decision of medical and social problems in the family and vulnerable groups (children, the disabled and the elderly).

Keywords: World Health Organization (WHO), primary health care (PHC), general practitioners (GP), general practitioner, local therapist

УДК 616.654.47.23

Б. А. МУСАЕВА, Б.С. ТУРДАЛИЕВА, У.А. АЛТЫНБЕКОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, Г.Е. АИМБЕТОВА
*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,
Кафедра политики и управления здравоохранением*

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СРЕДИ ЛИЦ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

В статье рассмотрены медико-социальные аспекты, поведенческие факторы, формирующие здоровье пожилых людей, мониторинга здоровья и физической активности, и здорового образа жизни лиц пожилого возраста.

Ключевые слова: состояние здоровья населения, долголетие, общественное здравоохранение, качество оказания медицинской помощи, пожилые.

В последние десятилетия в развитых странах мира наблюдается рост абсолютного числа и относительной доли населения пожилых людей. В настоящее время в мире насчитывают более 380 млн. человек, возраст которых превышает 65 лет. В ближайшие 10 лет ожидают увеличение количества граждан старших возрастов примерно в 2 раза, т. е. уже 40% населения будет находиться в категории пожилого и старческого возраста. Уровень заболеваемости у пожилых людей по сравнению с лицами более молодого возраста выше в 2 раза, в старческом возрасте — в 6 раз. Постоянное возрастание доли пожилых во всём населении становится влиятельной социально-демографической тенденцией практически всех развитых стран [1].

К пожилым относятся разные люди — от относительно здоровых и крепких до глубоких стариков, обремененных недугами, выходцы из самых разных социальных слоев, имеющие разные уровни образования, квалификации и разные интересы. В соответствии с классификацией ВОЗ к пожилым относятся люди в возрасте от 60 до 74 лет, к старым — в возрасте 75—89 лет, к долгожителям — люди в возрасте 90 лет и старше [2].

Динамика старения населения различается в разных странах в зависимости от экономического и социального развития стран и от осуществляемой ими политики. Анализ демографических показателей многих европейских стран показывает устойчивые тенденции старения населения Европы. В целом страны в контексте старения населения можно разделить на три группы: с ускоренными темпами процесса старения населения (25% пожилых людей к 2050 году) например Гонконг, Китай, Таиланд, Сингапур, Шри-Ланка, Новая Зеландия, Казахстан, Азербайджан, Грузия, Армения; со средними темпами (от 20 до 25%), и с низкими темпами (20%). [2].

В настоящее время современная демографическая ситуация в Казахстане также характеризуется увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста в обществе и составляет свыше 7,7% от количества всего населения [3].

В Казахстане по состоянию на 1 января 2010 года численность лиц в возрасте 65 лет и старше составила 7,14% от общей численности населения страны (1,1 млн. человек), а в возрасте 75 лет и старше составила 2,3% от общей численности населения страны (381 297 человек). Для сравнения численность населения Казахстана 100 лет и старше - 756 человек (0,005%), в Японии - 44 449 человек (0,3%), в США - 70 490 (0,11%), в Германии - 8 839 (0,1%), в Великобритании - 11 600 (0,2%) [2]. Экспертами ООН Казахстан отнесен к государствам с ускоренными темпами старения, по их прогнозам к 2050 году в стране ожидается 25% пожилых людей.

Существующая в Республике Казахстан демографическая ситуация требует повышения внимания к проблемам здоровья на уровне всего общества и выработки единой национальной политики межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны общественного здоровья. Поскольку вопросы охраны здоровья значительно превышают компетенцию собственно только государственной системы здравоохранения и включают в себя требования к подключению к этой работе других структур общества, необходим уже не ведомственный, а системный межсекторальный подход к решению данных вопросов. По современным научным данным, старение — физиологический процесс, поэтому плохое самочувствие у лиц пожилого возраста, как правило, связано с какой-либо патологией. Сочетание болезней, ранее существовавших и развившихся в более поздние возрастные периоды, объясняет часто наблюдающуюся в пожилом и старческом возрасте множественность патологических поражений в различных комбинациях. Структура заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста имеет свои особенности. Основную форму патологии составляют хронические заболевания: общий атеросклероз, кардиосклероз, гипертоническая болезнь, поражения сосудов головного мозга, эмфизема легких, сахарный диабет, болезни глаз, новообразования. Не являясь болезнью, старение создает предпосылки развития возрастной патологии. Изучение состояния здоровья и структуры причин смерти лиц пожилого и старческого возраста является основой разработки нормативов организации медицинской и реабилитационной помощи пожилым и старым людям в тесном контакте с органами социальной защиты населения, способов профилактики преждевременного старения. Процесс старения населения порождает ряд социально-экономических проблем: рост в обществе непроизводительных групп, увеличение в связи с этим нагрузки на трудоспособное население, возрастание численности престарелых лиц, требующих специального ухода и медицинской помощи и др.

В решении данной проблемы — замедление темпа старения и максимальной оптимизации адаптационных возможностей организма, направленных на стабилизацию жизнеспособности организма, играет огромную роль организация медико-социальной помощи.

Большинство работ, посвященных исследованию состояния здоровья пожилых людей, основаны на анализе заболеваемости и редко учитывают способность к самообслуживанию, физическую и социальную активность, имеющих важное значение для характеристики их здоровья.

Социальные условия жизни пожилых людей, прежде всего определяют состояние их здоровья. В качестве основных показателей состояния здоровья чаще всего используется самооценка. В силу того, что процесс старения у отдельных групп и лиц происходит далеко не одинаково, самооценки индивидов сильно различаются. Другой показатель состояния здоровья — активная жизнедеятельность, которая снижается у пожилых людей в силу хронических заболеваний, ухудшение слуха, зрения, наличия ортопедических проблем. Уровень заболеваемости пожилых людей почти в 6 раз выше, чем молодых.

В условиях реформирования здравоохранения, осуществляемого на фоне общественно-политических, социально-экономических и административных преобразований одной из проблем в области охраны здоровья населения является поиск путей длительного сохранения здоровья и продления активной жизни лиц старших возрастных групп. Это обусловлено демографической ситуацией, характеризующейся тенденцией возрастания относительной доли лиц пожилого и старческого возраста в структуре населения. В связи с этим необходимы новые принципы оказания долгосрочной медико-социальной помощи лицам пожилого возраста и улучшения качества их жизни [4].

Один из показателей состояния здоровья пожилых — активная жизнедеятельность, которая снижается у пожилых людей в силу хронических заболеваний терапевтического профиля, в том числе эндокринной, сердечно-сосудистой, нервной систем, ухудшение слуха, зрения. В среднем на одного пожилого больного Казахстана приходится от 2 до 4 заболеваний, а стоимость лечения пожилых в 1,5— 1,7 раза выше стоимости лечения молодых людей [2].

Увеличение продолжительности активной жизни человека является одной из важнейших задач геронтологии и в целом современной профилактической медицины.

Совершенствование медицинской помощи, оказываемой людям пожилого возраста, комплексное решение их медико-биологических, социальных, психологических аспектов, определена одним из приоритетов Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденная Указом Президента РК от 29.11.2010 года №1113.

В настоящее время геронтологическая служба в Республике Казахстан представлена сетью учреждений разной функциональной направленности и специализации, оказывающие медико-социальную помощь пожилым пациентам на дому, ведущие амбулаторный прием и помощь в стационарах. При этом территориальное распределение учреждений неравномерное и не всегда соответствует фактическим потребностям регионов [2].

Вступление Казахстана в категорию стран с преобладанием пожилого населения предъявляет серьезные требования к медицинским проблемам и предполагает необходимость пересмотра осуществления лечения, профилактики и организации предоставления медицинских услуг.

В условиях глобального старения населения все более актуальной становится необходимость разработки программ увеличения эффективности мер профилактики, лечения, реабилитации и медико-социальной помощи пожилым людям. Подходы, существующие на сегодняшний день являются недостаточными для увеличения максимальной продолжительности жизни человека и здорового долголетия [5].

Необходима поддержка более эффективных направлений медицинского обслуживания, интегрирующих здравоохранение и социальное обслуживание посредством обмена информацией, с учетом социального положения пожилого человека респондента, характера труда, самооценки здоровья, образа жизни, физической активности, особенностей питания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аканов А.А. Проблемы геронтологии в Казахстане. - Алматы: 2008. - 268с.
- 2 Мировая статистика здравоохранения.// ВОЗ. - 2009.
- 3 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.
- 4 Гехт И.А. Принципы финансирования отделений медико-социальной помощи для престарелых / И.А. Гехт // Экономика здравоохранения, 2001. - №11-12. - С.21-22.
- 5 Коркушко О.В. Клиническая кардиология в гериатрии. - М.: Медицина, 1980. - 288 с.

Б. А. МУСАЕВА, Б.С. ТУРДАЛИЕВА, У.А. АЛТЫНБЕКОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, Г.Е. АИМБЕТОВА

*С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы*

ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ АДАМДАР АРАСЫНДАСАЛАУАТТЫ ӨМІР СҮРУ САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ МЕДИКО-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ

Түйін: Баяндамада медико-әлеуметтік аспектілер, мінез-құлық, егде адамдардың денсаулығын қалыптастыру, егде жастағы тұлғалардың салауатты қалыпта өмір сүру салты, физикалық бесенділік және денсаулық мониторингі қарастырылған

Түйінді сөздер: халық денсаулығының жағдайы, ұзақ өмір сүру, қоғамдық денсаулық сақтау, медициналық көмек көрсету сапасы, қарт адамдар.

B.A. MUSAYEVA, B.S. TURDALIYEVA, U.A. ALTYNBEKOVA, M.A. RAMAZANOVA, G.E. AIMBETOVA
Kazakh National medical university after S.D.Asfendiyarov.
Health Policy and Management department

MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS WHICH FORM HEALTHY LIFE STYLE AMONG ADULTS

Resume: This article describes medical and social aspects, behavioral factors that form elderly's health, physical activity, health monitoring and healthy lifestyle of the elderly.

Keywords: population health, longevity, public health, medical care quality, elderly.

УДК 616.458:23.25

**У.А. АЛТЫНБЕКОВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, Б.А. МУСАЕВА,
А.К. ТЕКМАНОВА, М.С. КАЛИЕВА, К.А. КУНАНБАЕВ**
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра политики и управления здравоохранением

РОЛЬ ОСНОВНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

В статье рассмотрены медико-социальные аспекты, поведенческие факторы, формирующие здоровье молодежи и подростков, проблем наркотической зависимости молодежи, анализ проблем наркотической зависимости среди молодежи и некоторые подходы к профилактике наркотической зависимости.

Ключевые слова: *проблема наркомании среди молодежи, наркозависимость, медицинский подход, профилактика, наркотическая зависимость.*

Проблема наркомании продолжает оставаться актуальной и ситуация с употреблением наркотиков среди молодежи вызывает особую тревогу. Подростковая и молодежная наркозависимость, как следствие, приводит к падению рождаемости и появлению на свет детей, являющихся инвалидами, которые зачастую не нужны родителям - наркоманам, а также к высокой смертности среди молодежи. Доля наркозависимых лиц в возрасте от 14 до 30 лет от общего числа, злоупотребляющих наркотическими средствами и психотропными веществами, составляет 41,5 процентов, а именно 3376 человек, из которых 2769 приходятся на возраст от 18 до 30 лет.

В 2011 году на учете в городском наркологическом Центре медико-социальной коррекции состояло 1979 наркоманов против 1822 в 2010 году или их количество увеличилось на 8,6 процента. По состоянию на 1 июня 2012 года количество наркозависимых лиц, злоупотребляющих наркотическими средствами и психотропными веществами, состоящих на учете в городском наркологическом Центре медико-социальной коррекции составило 5121 человек, из которых 591 женщины, 13 подростков. [1, 2].

При постановке проблемы наркомании, необходимо отметить, что нижний предел возраста наркомана заметно опустился, то есть все больше людей, приходящих к наркотикам, являются подростками в возрасте 13-17. Сугубо медицинский подход к профилактике наркотической зависимости зачастую оказывается неэффективным, ни в плане лечения и реабилитации, ни тем более в плане профилактики.

Это заставляет специалистов серьезно задуматься о сложившейся ситуации и постараться с помощью соответствующих методов профилактики изменить ее к

лучшему. Для этого необходимо рассмотреть социальное окружение подростков, отношение подростков к наркотическим продуктам, определить воздействующие на них факторы распространения наркомании, величину воздействия и предрасположенность подростка к этому воздействию. Столь быстрый рост наркотической зависимости среди молодежи, прежде всего, связан с одновременным существованием нескольких групп факторов, которые являются суммой разных факторов, обусловленных как индивидуальными, так и социальными особенностями. В последние годы изучению наркомании посвящен ряд научных работ, постепенно проясняются различные аспекты проблемы, учет которых позволяет сформировать более адекватное понимание задач, стоящих перед специалистами разных областей науки и социальной практики. При анализе проблемы наркотической зависимости среди молодежи можно выделить несколько специфических аспектов:

- социальный аспект - общественное отношение к наркомании сегодня в подавляющем большинстве случаев характеризуется как однозначно негативное и отвергающее. Подобное отношение включает в себя множество иррациональных убеждений и проекции собственных страхов, связанных с незнанием и непониманием наркомании как явления. В отношении к наркомании репрезентируются общая социальная неудовлетворенность, страх перед неизвестным. Все это приводит к резкой социальной реакции отторжения и изгнания наркомана со стороны общества. Гиперконтроль или эмоциональное отвержение в семье приводит к тому, что наркоман оказывается на краю общества, загнанный туда своими же друзьями, родителями, милицией, социальными службами,

работодателями и т.д. Единственная среда, где наркомана принимают без упреков, агрессии и отторжения и где он может хоть как-то функционировать, - это среда, в которой господствует культура потребления наркотиков и других психоактивных веществ. Выдавливание наркомана из нормального общества приговаривает его к жизни в среде, которая в психологическом смысле разрушает его сильнее, чем наркотики, но вне которой наркоман уже не способен существовать.

- экономический аспект - развитие наркотической зависимости приводит к разрушению трудовой мотивации и трудового поведения в целом. Таким образом, из сферы материального и духовного производства происходит постоянный отток рабочей силы.

- демографический аспект - в систематическое употребление наркотиков вовлекаются преимущественно юноши и подростки мужского пола. Соотношение наркоманов мужского и женского пола составляет примерно 10:1. Формирование наркотической зависимости приводит к разрушению полоролевого поведения и угасанию сексуальных инстинктов. С другой стороны, смерть от передозировок и несчастных случаев, связанных с наркоманией, приводит к резкой диспропорции в соотношении полов. В результате этих явлений уже в ближайшее время произойдет определенное снижение рождаемости, увеличение количества одиноких женщин и неполных семей.

- моральный аспект - в результате систематического употребления наркотиков происходит стремительная девальвация личности с разрушением морально-нравственных аспектов ее поведения. Постепенно у наркомана разрушается моральная основа регуляции поведения. Поведение становится направленным исключительно на непосредственное удовлетворение потребности в наркотиках. Ценности жизни, закрепленные традиционной моралью, оказываются низвергнутыми.

- психологический аспект - известно, что наркоманов можно встретить среди любых типов личности и что потребность в изменениях состояния сознания является характерной для рода человеческого вообще, но ведь не все же принимают наркотики, а тем более становятся наркоманами. Исследования позволяют утверждать, что существуют психологические факторы, определяющие

характер индивидуальных реакций молодого человека на действие и выбор наркотика.

- медицинский аспект - традиционная наркология рассматривает наркоманию как неизлечимую хроническую болезнь, в течение которой возможны более или менее продолжительные периоды ремиссии.

Считается, что по мере приема наркотиков развиваются три главных клинических феномена:

1- Психическая зависимость. Ее суть заключается в том, что человек перестает чувствовать себя более-менее вписанным в жизнь без приема наркотиков. Наркотик становится важнейшим условием контакта человека с жизнью, собой, другими людьми.

2- Физическая зависимость. Она заключается в том, что постепенно наркотик проникает в различные цепи обменных процессов в организме. Если наркоман не принимает соответствующее количество наркотика, он испытывает различные по степени выраженности физические страдания: ломоту, дрожь, расстройство в деятельности пищеварительного тракта, сухость кожи (или, наоборот, обильную потливость) и др. Это явление называется «абстинентный синдром». Для его снятия необходимо принятие наркотика, дозы которого постоянно увеличиваются.

3- Толерантность. Имеется в виду привыкание к наркотику. В подавляющем большинстве случаев лечение наркомании сводится к госпитализации больного, лишению его возможности принимать наркотики, проведению дезинтоксикационной и общеукрепляющей терапии. Перечисленные мероприятия купируют абстинентный синдром, разрушают физическую зависимость. Однако психическая зависимость, играющая в развитии наркомании важнейшую роль, остается вне досягаемости для существующих сегодня психотерапевтических мероприятий, построенных в соответствии с традиционным психиатрическим подходом.

Принимая все это во внимание, можно сделать вывод, что наркомания и склонность к употреблению наркотиков и наркотическая зависимость являются суммой разных факторов, обусловленных как индивидуальными, так и социальными особенностями. Таким образом, чисто медицинский подход к профилактике наркотической зависимости зачастую оказывается неэффективным, ни в плане лечения и реабилитации, ни тем более в плане профилактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Алматинская региональная Программа борьбы с наркоманией и наркобизнесом на 2012-2016 годы. Аппарат маслихата города Алматы.
- 2 Указ Президента Республики Казахстан за № 922 от 1 февраля 2010 года «О Стратегическом плане развития Республики Казахстана до 2020 года» и постановление Правительства Республики Казахстан за № 451 от 12 апреля 2012 года «Об Отраслевой программе борьбы с наркоманией и наркобизнесом в Республике Казахстан на 2012-2016 годы».
- 3 Елгин С.Г., Зазулин Г.В., Уланов М.Н., Чернов Е.А. Нет наркотикам.
- 4 Коликова С.А. Современные подходы к профилактике наркомании в подростковой и молодежной среде.

У.А. АЛТЫНБЕКОВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, Б.А. МУСАЕВА,
А.К. ТЕКМАНОВА, М.С. КАЛИЕВА, К.А. КУНАНБАЕВ

*С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина Университеті
Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы*

ЖАСТАР АРАСЫНДА НАШАҚОРЛЫҚҚА ТӘУЕЛДІЛІКТІҢ ТАРАЛУ ҚАУПІНІҢ НЕГІЗГІ ФАКТОРЛАРЫНЫҢ РӨЛІ

Түйін: Баяндамада Қазақстан Республикасы және дүние жүзі бойынша шылым шегу және нашақорлықты емдеу мен алдын-алу шараларының қысқаша сипаттамасы. Қазақстанда нашақорлықтың таралуын алдын-алу шаралары және нашақорлыққа тәуелділікті азайту жолдары.

Түйінді сөздер: жастар арасында нашақорлық мәселесі, нашақорлыққа тәуелділік, медициналық ыңғай, алдын-алу, наркотикалық тәуелділік

U.A. ALTYNBEKOVA, G.E. AIMBETOVA, RAMAZANOVA M.A., B.A. MUSAYEVA,
A.K. TEKMANOVA, M.S. KALIEVA, K.A. KUNANBAYEV

MAIN RISK FACTORS' ROLE IN DRUG ADDICTION SPREAD AMONG YOUTHS

Resume: This article describes medical and social aspects, behavioral factors that form youths' and adolescents' health. Problems of youths' drug addiction, drug addiction problems analysis among youths and some approaches to prevention of drug addiction.

Keywords: problem of drug addiction among youths, drug addiction, medical approach, prevention.

УДК 616.521.08:615.372

Г.Д. КУЗИЕВА

Высшая школа общественного здравоохранения

ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ГОРОДЕ АЛМАТЫ

В условиях современного Казахстана оптимальная организация медицинской помощи больным атопическим дерматитом и ее медико-экономическое обеспечение достижимы только на основе стандартизации диагностических и лечебных подходов. Проблемой является существенный недостаток официально утвержденных документов, регламентирующих единые требования по обследованию и лечению больных атопическим дерматитом, что влечет за собой возникновение определенных различий в уровне объемов и качества оказания дерматологической помощи в центре и регионах.

Ключевые слова: атопический дерматит, дети, кожные заболевания

В изменяющихся социально - экономических условиях современного общества особое значение приобретают процессы формирования здоровья детского и подросткового населения, вопросы организации специализированной медицинской помощи. В послании Президента Республики Казахстан Послании Президента Республики Казахстан от 28 января 2011 года «Построим будущее вместе», «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 г. в государственной политике в сфере здравоохранения главными должны стать мероприятия по улучшению здоровья населения, обеспечение и повышение качества медицинской помощи. Здоровье граждан является высшей ценностью нашего государства.

Аллергические заболевания – это одни из наиболее распространенных болезней человека в экономически развитых странах. Последние десятилетия отмечается устойчивый рост числа больных аллергическими заболеваниями, обусловленный, с одной стороны, изменениями социально-экономических условий жизни и улучшением диагностики, с другой – влиянием экологически неблагоприятных факторов. По данным официальной статистики, около 30-40% населения всего

земного шара страдает различными формами аллергической патологии [1], и наша страна не является исключением. Наиболее распространены бронхиальная астма, атопический дерматит, поллинозы, аллергический ринит.

Атопический дерматит наблюдается в среднем у 20% пациентов, страдающих всеми аллергическими болезнями. Другими словами, каждый пятый житель планеты знаком с данным заболеванием. Атопический дерматит относится к группе алергодерматозов, в структуре которых его доля по данным различных авторов составляет от 17,4% до 54%. [2]

Острота проблемы атопического дерматита обусловлена частотой хронических форм с непрерывно-рецидивирующим типом течения болезни, что нередко становится причиной длительной утраты трудоспособности. Приобретая хроническое течение, атопический дерматит сохраняет клинические признаки на протяжении многих лет. Хотя это заболевание, как правило, не угрожает жизни человека, оно может значительно снизить качество жизни пациента и всей его семьи, способствуют формированию психосоматических нарушений. Поэтому атопический дерматит имеет существенное социальное-экономическое значение, а

изучению вопросов патогенеза и лечения уделяется значительное внимание [3].

Данная патология входит в число наиболее распространенных аллергических заболеваний среди детей. По данным проведенных в разных странах эпидемиологических исследований, 3-5% населения земного шара сталкиваются с проблемами atopического дерматита. Распространенность этой болезни в экономически развитых странах составляет от 4 до 37 %, в России от 5,2 % до 15,5 %. [4], По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в детской популяции это заболевание составляет 10-20% во всем мире, а в 2-5 % случаев он встречается и во взрослом возрасте. Среди подростков в странах Европы распространенность atopического дерматита составляет от 9,7 % до 11,7 %.

В нашей стране заболевания кожи и подкожной клетчатки согласно госпрограмме «Саламатты Казахстан» на 2011-2015 годы занимают высокое пятое место и составляет 6% среди всех заболеваний.

Состояние здоровья населения, по данным ВОЗ, на 15-20% находится в корреляционной зависимости от развития системы здравоохранения страны. Из этого следует, что имеется необходимость более глубокого изучения основных тенденций изменения здоровья детей и разработки мер, направленных на его улучшение.

В современных условиях реформирования здравоохранения и широкого развития рыночных отношений в этой области, важная роль отводится анализу состояния и перспектив развития специализированных видов медицинской помощи.

Президент Н.А.Назарбаев в своем Послании народу Казахстана «Построим будущее вместе» особо отметил улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения как один из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны. Качество медицинских услуг является совокупным понятием и обусловлено массой причин, среди которых следует выделить материально-техническую оснащенность медицинских организаций, уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению, внедрение современных технологий управления процессами организации и оказания медицинской помощи, внедрение эффективных методов оплаты медицинской помощи. Совершенствование управления качеством медицинских услуг занимает важное место в контексте стратегического развития здравоохранения Казахстана до 2020 года.

Среди хронических заболеваний кожи, atopический дерматит является одним из распространенных дерматозов. Atopический дерматит- наследственно обусловленное хроническое рецидивирующее заболевание кожи, которое, начинаясь в раннем детстве приводит к снижению социальной адаптации ребенка, требует все более увеличивающихся затрат на лечебные и реабилитационные мероприятия, в ряде случаев является причиной инвалидизации (Кочергин Н.Г. и соавт., 2010, Shaw T.E. et al., 2011).

Нередко atopический дерматит у детей, является первым клиническим симптомом, так называемого «atopического марша», с дальнейшим развитием риноконъюнктивита в 30% случаев и atopической бронхиальной астмы у 35% детей с atopическим

дерматитом. Сочетание atopического дерматита с аллергическими заболеваниями органов дыхания еще называют тяжелым atopическим синдромом. У таких детей чаще имеет место тяжелое течение бронхиальной астмы в сравнении с детьми, страдающими только бронхиальной астмой. [5] Эти концепции, выдвинутые в конце XX века, продолжают развиваться, обсуждаются и видоизменяются.

Термин "Атопия" (от греческого "атопос"- необычный, чуждый) впервые был введен А.Ф. Соса в 1922 году для определения наследственных форм повышенной чувствительности организма к различным воздействиям внешней среды. В настоящее время атопия рассматривается как наследственная форма повышенной реактивности организма, вызванная различными факторами, включая иммунологические, инфекционные, химические, физические и психологические. Клинические признаки атопии разнообразны и могут быть представлены в виде atopического дерматита, бронхиальной астмы, сенной лихорадки, atopического ринита, мигрени, гастродуоденита или их комбинаций.

"Атопический дерматит" - термин, включенный в Международную классификацию болезней десятого пересмотра, рекомендуемую ВОЗ и принятую в Казахстане, обозначает поражение кожи у детей и взрослых и определяется хроническим стадийным течением с детерминированными клинико-морфологическими симптомами в различные возрастные периоды.

Данный дерматоз характеризуется возрастной вариабельностью, но манифестирует в большинстве случаев в раннем детском возрасте: у 60-70% детей симптомы болезни появляются на первом году жизни, чаще всего- в первые два месяца, а у 30% - в 1 год- 5 лет и только у 10%- между 6 и 20 годами, и является наиболее распространенной аллергической болезнью у детей первых лет жизни. В зрелом возрасте заболевание начинается очень редко. Мужчины болеют несколько чаще. [6].

Атопический дерматит является единственным дерматозом, который имеет такие разнообразные наименования в разных странах и даже в различных научных школах одной и той же страны. Вот лишь некоторые из них: "атопическая экзема", "конституциональная экзема", "эндогенная экзема", "нейродермит", "аллергодерматоз" и др. Несмотря на почти вековые дискутирования относительно номенклатуры, вряд ли можно надеяться на унификацию обозначения этого патологического состояния кожи в ближайшее время.

Неутешительно растущие изменение заболеваемости и тяжесть течения atopического дерматита обуславливают повышенное внимание исследователей к решениям вопросов совершенствования оказания медицинской помощи больным atopическим дерматитом, использование и обоснование современных подходов к лечению и профилактике может способствовать уменьшению запущенных состояний и, следовательно, снижению инвалидности от данной патологии, что является актуальным как в медицинском, так и в социальном аспекте.

В условиях современного Казахстана оптимальная организация медицинской помощи больным atopическим дерматитом и ее медико-экономическое обеспечение достижимы только на основе

стандартизации диагностических и лечебных подходов. Проблемой является существенный недостаток официально утвержденных документов, регламентирующих единые требования по обследованию и лечению больных атопическим дерматитом, что влечет за собой возникновение определенных различий в уровне объемов и качества оказания дерматологической помощи в центре и регионах.

Анализ отечественной и зарубежной литературы по данной проблеме свидетельствует, о распространенности атопического дерматита в мире, в том числе и в Казахстане, в особенности в г. Алматы. Предпосылками для значительной распространенности данной патологии являются как урбанизация и психо-эмоциональная напряженность жизни, так и имеющиеся сложности в оказании своевременной, доступной и квалифицированной медицинской помощи больным атопическим дерматитом.

Несмотря на внедрение в детскую дерматологическую практику современных диагностических и лечебных технологий, отмечается снижение приверженности пациентов к лечению, увеличение числа обоснованных жалоб родителей детей, больных дерматозами, неудовлетворенных качеством и эффективностью оказания медицинской помощи.

Кроме лечебных и профилактических мероприятий для повышения общей результативности

специализированной медицинской помощи детям, больным атопическим дерматитом, необходимо научное обоснование методологии управления качеством специализированной помощи, улучшения взаимосвязи специалистов на стационарном, амбулаторно-поликлиническом и восстановительном этапах.

Таким образом, медико-социальная значимость проблемы, связанная с высоким уровнем заболеваемости атопическим дерматитом у детей, ранней хронизацией процесса, развитием инвалидизирующих форм дерматоза диктует необходимость совершенствования специализированной медицинской помощи, организации диспансеризации детей, больных атопическим дерматитом, внедрения новых средств и методов патогенетической терапии. Одной из первостепенных задач системы здравоохранения РК должно стать создание условий для оказания специализированной медицинской помощи пациентам с кожными заболеваниями, путем более полного укомплектования штатов врачей-дерматологов, повышение их квалификации.

Обязательным условием снижения распространенности кожных болезней должно стать регулярное проведение профилактических осмотров во всех возрастных группах населения с целью выявления заболеваний на ранних стадиях и повышение информированности населения в вопросах здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Таганов А.В., Моисеенко А.В, Атопический дерматит у детей. 2003.
- 2 Балаболкин, И.И. Атопический дерматит у детей/ И.И. Балаболкин // Вопр.охраны материнства и детства.1991. — №4. — С.74-78.
- 3 Leung DY. Pathogenesis of atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 1999. — Vol. 104. — P. 99-108.
- 4 Atopic dermatitis and the hygiene hypothesis: a case — control study S. Gibbs, H. SurrIDGE, R. Adamson (et. al.) // Int. J. Epidemial. 2004. — Vol. 33. — P. 199-207.
- 5 Noh G., Lee J. H. Revision of immunopathogenesis and laboratory interpretation for food allergy in atopic dermatitis // Inflamm Allergy Drug Targets. 2012. — Vol. 11 (1). — P.20–35.
- 6 Вулф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник. Второе русское издание. Пер. С англ.- М.: Практика, 2007. — С.74-84.

Г.Д. КУЗИЕВА

Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТЫ БАР БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДІ ЕМДЕУДІ ОҢТАЙЛАНДЫРУ

Түйін: Қазақстанның қазіргі жағдайында атопиялық дерматиты бар науқастарға оңтайлы медициналық көмекті ұйымдастыру және медициналық-экономикалық қамтамасыз ету, диагностикалау мен емдеу әдістерін стандарттау негізінде ғана қол жетімді. Атопиялық дерматиты бар науқастарды тексеру және емдеу бойынша бірегей талаптарды регламенттейтін ресми бекітілген құжаттардың жеткіліксіздігі басты мәселе болып отыр. Бұл өз кезегінде орталықтар мен аймақтарда көрсетілетін дерматологиялық көмек сапасы мен көлемінің әр түрлі деңгейде айырмашылықтар туындауына әкеледі.

Түйінді сөздер: атопикалық тері қабынуы, балалар, тері аурулары

G.D. KUZIEVA

Kazakhstan School of Public Health

OPTIMIZING TREATMENT OF CHILDREN AND TEENAGERS SICK WITH ATOPIC DERMATITIS IN ALMATY

Resume: Nowadays, Kazakhstan is optimal organization of medical care for patients with atopic dermatitis and its health and economic support are achievable only through standardization of diagnostic and therapeutic approaches. The problem is the major drawback of approved documents regulating the uniform requirements for screening and treatment of patients with atopic dermatitis, which entails the occurrence of certain differences in the volume and quality of dermatologic care at the center of our Republic and in the regions.

Keywords: atopic dermatitis, children, skin diseases

УДК 612.821

С.А. ҚАЛМАНБЕТОВА, С.Т. ТӨЛЕУХАНОВ¹, С.Б. БАЙҚОШҚАРОВА²,
¹Өл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық Университеті, Қазақстан, Алматы қ.
²«Экомед» жасанды ұрықтандыру клиникасы, Қазақстан, Алматы қ.

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ӘР АЙМАҚТАРЫНДА ТҰРАТЫН ЕР АДАМДАРДЫҢ
СПЕРМОГРАММА КӨРСЕТКІШІНІҢ КЕШЕНДІ ТАЛДАУЫ**

247 ер адамға жас ерекшеліктеріне байланысты зерттеу жұмыстары жүргізілді. Жүргізілген зерттеу жұмысында ер адамдардың репродуктивтік жүйесінің қалыпты қызмет атқаратынын анықтайтын басты критерий ретінде спермограмма көрсеткіштері қарастырылған болатын. Кешенді зерттеу нәтижесінде зерттелген ер адамдардың географиялық ареалынан спермограмма көрсеткіштерінің бұзылуының белгілі бір заңдылығы анықталды.

Түйінді сөздер: эякулят, спермограмма, азооспермия, олигозооспермия, астенозооспермия, олигоастенозооспермия.

Жер бетіндегі тіршіліктің үздіксіздігі тірі ағзалардың генетикалық бағдарламаға сәйкес ұрпақ жаңғырту қасиетіне негізделген. Соның нәтижесінде адамзаттың барлық өмір сүрген уақытында өмірден кеткен ұрпақтардың орнына жаңа ұрпақтар келеді. Мұны адамның саналы түрде жыныс әрекеттік жүйесі атқарады.

Қазақстан Республикасының бас уроlogyы, белгілі ғалым, профессор Мырзакерім Кәрімұлы Алшынбаев ағамыз Қазақстандағы адамдардың бедеулік дертінің көбеюіне себебінің бірі – экология деп атап айтты. Ең басты экология әр бір азаматтың өзінің жеке басынан басталатынын ескерсек. Атап айтсақ, түрлі әлеуметтік факторларға байланысты (кеш отбасын құру), дұрыс тамақтанбау, ерте жыныстық қатынасқа түсу соның салдарынан жыныстық аурулардың көбеюі т.б. Адам қиындықты қолдан жасайды. Қазір ғылыми – техникалық үдерістердің дамып жатқан кезі. Ал одан бөлініп жатқан химиялық заттарды ауамен бірге жұтамыз[1]. Еліміздің көп облысында залалды қалдық шығаратын кәсіпорындар жұмыс істеп тұр. Қазіргі кезде осы экологияның ластануына байланысты жаңа термин қалыптасыты «Экологиялық бедеулік». Бұрын Семей өңірінен ғана адамдар көп емделген. Яғни, ядролық полигонға байланысты. Ал қазір Қазақстанның барлық аймақтарынан келіп бедеулікті емдейтін медициналық орталықтарда емделеді. Атап айтқанда Ақтау, Атырау, Қызылорда, Маңғыстау – тізе берсек көп. Оның үстіне бұрын 50-60 жастан асқан кісілер келсе, қазір 30 бен 40-тың арасындағылар да шағымданып келуде.

Еркектердің репродуктивті денсаулығының мәселелері осы заманғы медицинаның бірден-бір негізгі шешімі табылмаған саласы болып саналады. Өкінішке қарай, осы уақытқа дейін бұл салаға жете көңіл бөлінбей келгендігі рас. Ал керісінше, халықтың репродуктивті денсаулығын зерттегенде, негізінен, тек әйелдер ғана қамтылып отырған. Ал ерлердің репродуктивті қызметі және өмірге дені сау ұрпақ әкелудегі орны әйелдермен салыстырғанда дұрыс бағаланбаған [2].

Шотландықтардың 577 спермограммасын зерттеу [3], 1959ж. дейін туғандарда ұрықтың орташа шоғырлануы 98 млн\мл, ал 1970 ж. кейін туғандарда бұл көрсеткіш 78 млн\мл ге дейін төмендеген. Ұқсас мәліметтер (20 жылдық кезеңде) Бельгияның шәует донорларына кандидаттар спермограммаларын тексеру кезінде алынды. Сонымен 1980 ж. дейін қосалқы қалыпты спермограмма сипаттамасы 5% тексерушілерде табылды, ал соңғы онжылдықта 40% да табылды [4]. Донорлыққа «келешегі жоқ» «қалдықтар» 17 жылда 13%-дан 54%-ға артты. Ұқсас заңдылықтар Грекия, Италия және басқа

елдер қатарында еркектердің шәуеттерін тексеру кезінде анықталды. Еуропа еркектерінің эякулятында ұрықтар шоғырлануының түсу «жылдамдығы» есепке сәйкес жылына шамамен 2% құрайды. Финляндияда кенеттен қайтыс болған 35-69 жастағы ерлердің жыныс бездерін гистологиялық зерттеу мәліметтері өткенді шолатын талдау жүргізу нәтижелері көңіл бөлгізеді. Жұмыртқалар, бүгілмелі тұқымдық каналдар көлемінің кішіреюі, гонадалар ұлпасы талшықтану дәрежесі күшеюі бір уақытта белгіленді. Бұлардың барлығы соңғы 50 жылда ерлердің сперматогенді қызметінің жалпы төмендеуін қорытындылау негізіне алып келеді. Осымен Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) басшылығы, әртүрлі елдердің медициналық басшылығына сәйкес жарияланған «қалыпты» спермограммалардың сандық параметрлерінің (төмендеу жағында) біртіндеп өзгеруін түсіндіреді. Эякуляттағы ұрықтардың шоғырлануының нормативті көрсеткіші 60 млн\мл-ден (XXғ.50-70ж.) 20млн\мл-ге дейін қазіргі уақытта төмендеді [5].

Зерттеу объектісі мен зерттеу әдісі.

2012 жылдың қараша айынан бастап 247 ер адамдарды жас ерекшеліктеріне байланысты зерттеу жұмыстары жүргізілді. Жүргізілген зерттеу жұмысында еркектердің репродуктивтік жүйесінің қалыпты қызмет атқаратынын анықтайтын басты критерий ретінде спермограмма көрсеткіштері қарастырылған болатын. Спермограмма нәтижесін ДДҰ басшылығы өлшемдеріне сәйкес бағалады [6]. Зерттеу тобына енген ерлер Қазақстанның географиялық аймақтарына қарай 3 топқа бөлінді:

- 1- Қызылорда облысы- 84 ер адам
- 2- Маңғыстау облысы- 79 ер адам
- 3- Алматы облысы- 84 ер адам

Жас ерекшеліктеріне қарай ер адамдар 3 топқа бөлінді:

- 1- 20-30 жас аралығындағы -101 ер адам
- 2- 31-40 жас аралығындағы -103 ер адам
- 3- 41-50 жас аралығындағы -43 ер адам

Аталық ұрықтың кешенді талдауы ДДҰ ұсыныстарына сәйкес келесідей түрде бағаланған.

- 1- Нормозооспермия – спермограмманың барлық көрсеткіштері қалыпты көрсеткіштер аралығында болғанда;
- 2- Олигозооспермия – сперматозоидтардың концентрациясы шәуеттің 1 мл. 20 млн. аз болғанда;
- 3- Астенозооспермия – ырғақты қозғалатын сперматозоидтардың үлесі 25% және одан жоғары болғанда (а категориясы);
- 4- Олигоастенозооспермия – жоғарыда аталған көрсеткіштердің қатар кездесуі;

5- Азооспермия – сперматозоидтардың шәуетте болмауы.

Зерттеу нәтижелері және талқылау. «Экомед» клиникасына Қазақстан Республикасында тұратын 247 ер адам көрінді. Эякулятты тексеру барысында көрсетілген уақытта жоғарыдағы 247 ерге зерттеу жүргізгенде, азооспермия диагнозы 18 ер адамда анықталған,оның Қызылорда облысынан:

20-30 жас аралығындағы ер адамдарда - 4

31-40 жас аралығындағы ер адамдарда - 4

41-50 жас аралығындағы ер адамдарда - 1

Екіншісі Маңғыстау аймағының тұрғындары болып табылады.

20-30 жас аралығындағы ер адамдарда - 3

31-40 жас аралығындағы ер адамдарда - 2

41-50 жас аралығындағы ер адамдарда - 1

Ең қолайлы географиялық аймақ зерттеуге енген басқа облыстарға қарағанда Алматы облысы болып табылады. Алматы облысында Қызылорда және Маңғыстау облыстарына қарағанда азооспермия аз көрсеткіш көрсетіп отыр.

20-30 жас аралығындағы ер адамдарда - 2

31-40 жас аралығындағы ер адамдарда - 1

41-50 жас аралығындағы ер адамдарда – 0

Табылғын 18 азооспермияның 9 Қызылорда облысынан, 6 Маңғыстау облысынан, 3 Алматы облысынан. Бұл көрсеткіштерді 1,2,3 кестеден және А,Б,В диаграммдан көре аласыздар.

Кесте 1 – 20-30 жас аралығындағы ер адамдардың спермограммақорытындысы

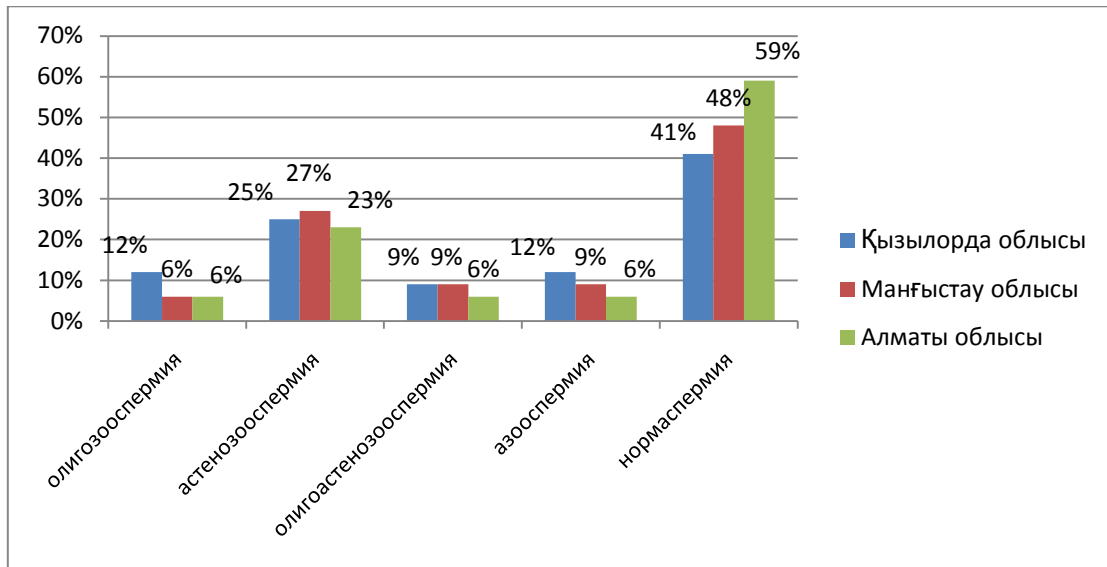
№	Қ.Р зерттелген облыстар	Олиго-зооспермия	Астено-зооспермия	Олиго-астено-зооспермия	Азооспермия	Нормо-спермия
1.	Қызылорда облысы (n=34)	4	9	3	4	14
2.	Маңғыстау облысы(n=33)	2	9	3	3	16
3.	Алматы облысы(n=34)	2	8	2	2	20
	Барлығы:n=101	8	26	8	9	50

Кесте 2 – 31-40 жас аралығындағы ер адамдардың спермограммақорытындысы

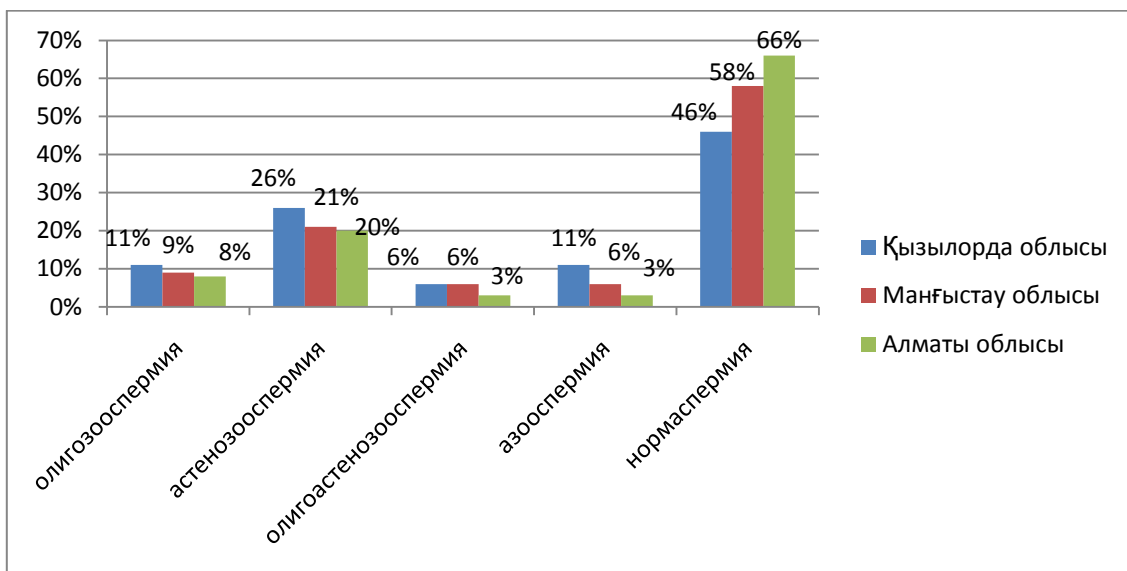
№	Қ.Р зерттелген облыстар	Олиго-зооспермия	Астено-зооспермия	Олиго-астено-зооспермия	Азооспер-мия	Нормо-спермия
1.	Қызылорда облысы (n=35)	4	9	2	4	16
2.	Маңғыстау облысы (n=33)	3	7	2	2	19
3.	Алматы облысы (n=35)	3	7	1	1	23
	Барлығы: n=103	10	23	5	7	58

Кесте 3 – 41-50 жас аралығындағы ер адамдардың спермограммақорытындысы

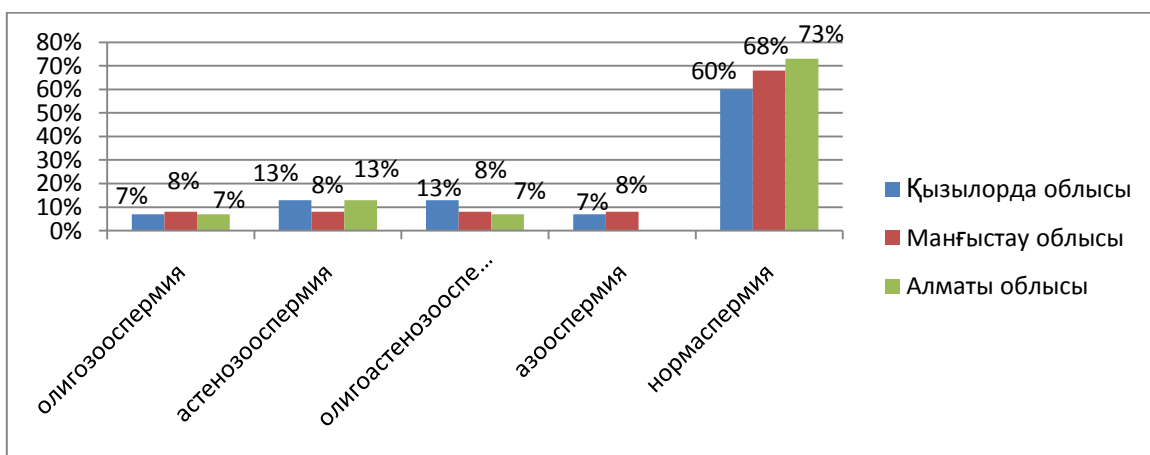
№	Қ.Р зерттелген облыстар	Олиго-зооспер-мия	Астено-зооспермия	Олиго-астено-зооспермия	Азооспер-мия	Нормо-спермия
1.	Қызылорда облысы (n=15)	1	2	2	1	9
2.	Маңғыстау облысы (n=13)	1	1	1	1	9
3.	Алматы облысы (n=15)	1	2	1	0	11
	Барлығы: n=43	3	5	4	2	29



Сурет 1 – 20-30 жас аралығындағы ер адамдардың спермограмманың қорытынды пайыз көрсеткіші



Сурет 2 – 31-40 жас аралығындағы ер адамдардың спермограмманың қорытынды пайыз көрсеткіші



Сурет 3 – 41-50 жас аралығындағы ер адамдардың спермограмманың қорытынды пайыз көрсеткіші

1,2,3 диаграммдан көрінгендей, сперматогенез үдерісіне, ұрықтың сандық көрсеткішіне экологиялық фактордың зиянды әсері әсіресе, Қызылорда облысы

аймағындағы 20-30 жастағы ер адамдардың 12%, 31-40 жастағы ер адамдардың 11%, 41-50 жастағы ер адамдардың 7% және Маңғыстау облысында 20-30

жастағы ер адамдардың 9%, 31-40 жастағы ер адамдардың 6%, 41-50 жастағы ер адамдардың 8% азооспермияға шалдыққан. Маңғыстау аймағы мұнай, газ өндіруге байланысты, радиоактивті қалдықтар және Қызылорда аймағында да уран яғни, техногенді үдерістер, бұл географиялық аймақтардағы факторлар ерлер гаметіндегі пролиферацияға кері әсер етеді, сондықтан бұл облыста қосымша зерттеу жүргізуді талап етеді. Алайда, бұл аймақ ерлерінің эякулятында ұрық саны көрсеткіші басқа географиялық аймақтарға қарағанда төмен болды. Алматы облысы бойынша 20-30 жастағы ер адамдардың 6%, 31-40 жастағы ер адамдардың 3% азооспермияға шалдықса, 41-50 жастағы ер адамдарда азооспермия табылған жоқ. Ұсынылған мәліметтер ХХ ғасырдың соңынан бастап, барлық елде ерлердің белсенді сперматогеңді қызметінің төмендеуіне айқын беталысты көрсетеді. Бұл

құбылыс барлық мүмкіндігімен тұрмыста, өндірісте, қоршаған ортада кездесетін зиянды факторлардың адам ағзасында даму әсерін бейнелеуге қызмет етеді. Шамасы, көп зиянды факторлар (кәсіби, табиғи, тұрмыстық) жеке жоғары белсенділікпен сперматогеңезге бұзушы әрекет көрсетеді.

Қорытынды. Жүргізілген зерттеулер барысында келесі қорытындыға келуге болады: Жүргізілген зерттеулер нәтижесі бойынша зерттелген ерлердің географиялық алаңынан спермограмма көрсеткішінің бұзылуы анықталды. Ең қалыпты көрінген Қазақстанның Алматы облысы, қолайсыз Маңғыстау облысы және ең қолайсыз аймақ-Қызылорда облысы жас ерекшеліктеріне байланысты 20-30 жас аралығындағы ер адамдардың аталық ұрықтары саны және сапасы жағынан 31-40 және 41-50 жастағы ер адамдарға қарағанда нашар көрсеткішті көрсетіп отыр.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Белсіздік, бедеулік, тексіздік қасіреті... арақтан! 24 мамыр, 2011 14:05 | Соңғы мақалалар » Таңдаулы мақалалар. Иман журналы, №6 (83) 2011ж.
- 2 Елімізде еркектердің денсаулығын қорғайтын бағдарлама неге жоқ? Таңдаулы мақалалар. Алаш газеті.
- 3 Руководство ВОЗ по лабораторному исследованию эякулята человека и взаимодействия сперматозоидов с цервикальной слизью / под ред. Курило Л.Ф. Изд. 4. – М: Медпресс, 2001. – 144 с.;
- 4 Быков В.Л. Сперматогеңез у мужчин в конце ХХ века (обзор литературы) // Проблемы репродукции. 2000. – №1 . – С. 6-13;
- 5 Никитин А.И. Вредные факторы среды и репродуктивная система человека (ответственность перед будущими поколениями). - СПб: «ЭЛБИ-СПб», 2005.- 216 с.
- 6 Курило Л.Ф., Дубинская И.П., Остроумова Т.В., Шилейко Л.В., Мхитаров В.А., Литвиненко В.М. Оценка сперматогеңеза по зрелым половым клеткам эякулята // Проблемы репродукции. 1995. – №3.- С.33 – 37.;
- 7 Dougherty R. C., Whitaker M. J., Tang S. Y. et al. In.: Environ. Health chemistry – the chemistry of Environ. agents as potential human hazards. Ed. Mc Kinney J.D. Ann. Arbor.// Science Publish. 1980. – P. 263-278.
- 8 James W.H. Andrologia 1980. – Vol.12. – P. 381-388.

С.А. КАЛМАНБЕТОВА, С.Т. ТУЛЕУХАНОВ¹, С.Б. БАЙКОШКАРОВА²

ПОКАЗАТЕЛИ СПЕРМОГРАММЫ У МУЖЧИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Резюме: По возрастным категориям 247 мужчинам провели исследовательские работы. Исследовательской работы репродуктивная система мужчин оценивали по критериям спермограммы. Результат показал фактор нарушения географических ареалов спермограммы. В результате комплексного исследования была выявлена определенная закономерность в нарушении показателей спермограммы от географического ареала исследуемых мужчин.

Ключевые слова: эякулят, спермограмма, азооспермия, олигозооспермия, астенозооспермия, олигоастенозооспермия.

S.A.KALMANBETOVA, S.T.TULEUKHANOV.¹, S.B.BAIKOSHKAROVA²

VIOLATION OF THE SEMEN PARAMETERS OF MEN LIVING IN DIFFERENT REGIONS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: To 247 men on age categories research works were performed. On research works the usual reproductive condition of men shows the main considered criterion of an indicative spermogram. In conclusion, complex research showed a consistent pattern in the disruption of spermogram results depending on geographical zone of observing men.

Keywords: ejaculate, spermogram, azoospermism, oligozoospermia, astenozoospermia, oligoastenozoospermia.

УДК 613.62:304.3:622.33

М.А. ДАРИШЕВА¹, Б.С. ЖУСУПОВ¹, А.М. ТЕРЛИКБАЕВА¹, Э.А. БЕРИКОВА², А.Х. АЛЕНОВА², Я.В. БЕССТРАШНОВА²,
А.Р. АКИЛЬЖАНОВА³, С.И. РАХИМОВА³

Центр изучения глобального здоровья в Центральной Азии, Алматы, Казахстан
Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, Алматы, Казахстан
Центр наук о жизни Назарбаев университета, Астана, Казахстан

ВЛИЯНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ИСХОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И РАЗВИТИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ УСТОЙЧИВОСТИ

Изучено влияние ВИЧ-инфекции на исходы лечения и развитие множественной лекарственной устойчивости среди новых случаев больных туберкулезом. В работе использованы данные Национального регистра больных ТБ. Выявлено, что наличие ВИЧ-инфекции ухудшает исходы лечения ТБ, повышает риск смертности и ассоциируется с повышенной вероятностью развития лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам.

Ключевые слова: ТБ/ВИЧ, исходы лечения, лекарственная устойчивость, факторы риска

Введение. Туберкулез (ТБ) является хроническим инфекционным заболеванием, основным возбудителем которого являются микобактерии туберкулеза. Спустя два десятилетия после введения стратегии управления DOTS, туберкулез по-прежнему остается одной из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире. Треть населения мира, по оценкам, инфицированы микобактериями туберкулеза [1].

По официальным данным ВОЗ в 2012 году было зарегистрировано 8,6 миллиона случаев заболевания туберкулезом и 1,3 миллиона случаев смерти от ТБ и еще 320 000 случаев смерти от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Число случаев смерти от туберкулеза продолжает оставаться недопустимо высоким, учитывая, что большинство из них предотвратимы и затрагивают, главным образом, молодых людей в наиболее производительном возрасте [2].

Казахстан занимает лидирующее положение по регистрируемой заболеваемости туберкулезом и входит в число приоритетных стран по туберкулезу Европейского региона ВОЗ [3]. ТБ является основной причиной смерти среди людей с ВИЧ/СПИДом. Быстро распространяющаяся эпидемия ВИЧ может также способствовать росту числа случаев заболевания ТБ, связанных с ВИЧ. Наличие ВИЧ-инфекции осложняет течение ТБ и увеличивает вероятность неблагоприятных исходов. Распространенность коинфекции туберкулезной бациллы и ВИЧ является причиной того, что глобальные цели в области борьбы против ТБ не достигнуты [4,5].

Данные Национального электронного регистра больных ТБ были проанализированы с целью определения основных эпидемиологических тенденций сочетанной инфекции ВИЧ-ТБ среди больных ТБ, а также влияния ВИЧ-инфекции на исходы лечения и развитие множественной лекарственной устойчивости (МЛУ-ТБ).

Материалы и методы. Использованы данные о новых случаях ТБ, зарегистрированных в 2007-2012 годах в Национальном электронном регистре больных ТБ (всего - 98801 случаев; в 2007 году - 18748 случаев; в 2012 году - 13729 случаев). В качестве индикатора МЛУ-ТБ было использовано отнесение больного к IV категории, которая включает случаи множественной и широкой лекарственной устойчивости, а также полирезистентного ТБ с исходом «неудача лечения». Лечение считалось успешным, если были зарегистрированы исходы лечения «вылечен» или «лечение завершено». Наличие

сочетанной инфекции ВИЧ-ТБ определялось на основе внесенных в регистр результатов тестирования на ВИЧ-инфекцию.

Результаты. Распространенность ВИЧ-инфекции среди новых случаев ТБ составила 1% (1034) с тенденцией к росту: от 0,4% в 2007 до 1,9% в 2012 году. Среди больных ТБ с ВИЧ-инфекцией по сравнению с остальными больными было больше мужчин (68,6% и 55,9%). Средний возраст больных с сочетанной инфекцией составил 35 лет (межквартильный интервал: 29,4-39,7), среди остальных больных - 33,5 лет (22,3-43,3). Среди больных с сочетанной инфекцией ВИЧ/ТБ было больше лиц употребляющих наркотики (15,2% по сравнению с 0,2% среди остальных больных), а также находившихся в местах лишения свободы в течение последних 2 лет (4,0% и 1,1% соответственно).

Распространенность неуспешных исходов лечения среди случаев ВИЧ-ТБ (52,8%, 483/914) по сравнению с остальными больными (21,4%, 16638/77815) была выше в 2,47 раза (Относительный Риск [ОР]=2,47; 95% Доверительный интервал [ДИ]=2,32-2,63), уровень смертности среди случаев ВИЧ-ТБ (21,2%, 194/914) был выше почти в 10 раз, чем среди остальных больных (2,3%, 1763/77815) (ОР=9,37; 95% ДИ=8,20-10,7).

Доля больных ВИЧ-ТБ, переведенных в категорию IV (МЛУ-ТБ), была выше в полтора раза по сравнению с другими больными (21,2% и 15,0% соответственно) (ОР=1,42; 95% ДИ=1,26-1,59).

Выводы. В настоящее время в Казахстане не наблюдается существенного пересечения двух эпидемий ВИЧ-инфекции и ТБ, но проблема сочетания этих двух инфекций в прогностическом плане возрастает. Сочетанная инфекция ВИЧ-ТБ в значительной степени связана с употреблением наркотиков, что повышает актуальность координированных усилий специализированных учреждений по борьбе с ВИЧ и туберкулезом и наркологической службы.

Наличие ВИЧ-инфекции ухудшает исходы лечения ТБ, повышает риск смертности и ассоциируется с повышенной вероятностью развития лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам. Распространение сочетанной инфекции ВИЧ-ТБ может воспрепятствовать достижению поставленных целей Национальной программы борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 CorbettEL, WattCJ, WalkerN, MaherD, WilliamsBG, etal. (2003) The growing burden of tuberculosis: global trends and interactions with the HIV epidemic. ArchInternMed 163 (9) 1009–1021. doi: 10.1001/archinte.163.9.1009
- 2 Global Tuberculosis Report 2013 // http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/index.html
- 3 WHO. World health statistics//<http://www.who.int/whosis/whostat/2012/en/index.html>; 2012.
- 4 Tweya H¹, Feldacker C, Phiri S, Ben-Smith A, Fenner L, Jahn A, Kalulu M, Weigel R, Kamba C, Banda R, Egger M, Keiser O. Comparison of treatment outcomes of new smear-positive pulmonary tuberculosis patients by HIV and antiretroviral status in a TB/HIV clinic, Malawi. PLoS One. 2013;8(2):e56248. doi: 10.1371/journal.pone.0056248. Epub 2013 Feb 15.
- 5 Manda SO¹, Masenyetse LJ², Lancaster JL³, van der Walt ML³. Risk of Death among HIV Co-Infected Multidrug Resistant Tuberculosis Patients, Compared To Mortality in the General Population of South Africa. J AIDS Clin Res. 2013 Jul 2; Suppl 3:7.

**М.А. ДАРИШЕВА¹, Б.С. ЖҮСІПОВ¹, А.М. ТЕРЛІКБАЕВА¹, Э.А. БЕРІКОВА², А.Х. АЛЕНОВА²,
Я.В. БЕССТРАШНОВА², С.И. РАХИМОВА³**

*Орталық Азиядағы жаһандық денсаулықты зерттеу орталығы, Алматы, Қазақстан
ҚР ДСМ Туберкулез проблемалары Ұлттық орталығы, Алматы, Қазақстан
«Назарбаев университеті» Өмір туралы ғылымдар орталығы, Астана, Қазақстан*

ТУБЕРКУЛЕЗДІ ЕМДЕУ НӘТИЖЕСІНЕ ЖӘНЕ ДӘРІГЕ КӨНБЕЙТІН АИТВ-ИНФЕКЦИЯСЫНЫҢ ӘСЕР ЕТУІ ЖӘНЕ ДАМУЫ

Түйін: Туберкулезбен ауыратындардың жаңа түрі арасында көптеген дәріге көнбейтін және емдеу нәтижесіне АИТВ-инфекциясының әсер етуі және дамуы зерттелді. Жұмыста ТБ ауыратындардың Ұлттық регистрінің деректері пайданылған. АИТВ-инфекциясының болуы ТБ емдеу нәтижесін нашарлататындығы, өлім қауіп-қатерін арттыратындығы анықталды және туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектерге дәрілік тұрақтылықтың дамуының жоғары ықтималдығына байланысты.

Түйінді сөздер: ТБ/АИТВ, емдеу нәтижесі, дәрілік тұрақтылық, қауіп-қатер факторлары

**M.A.DARISHEVA¹, B.S.ZHUSSUPOV¹, A.M.TERLIK BAYEVA¹, E.A.BERIKOVA², A.KH.ALENOVA²,
YA. V.BESSTRASHNOVA², S.I.RAKHIMOVA³**

*Global Health Research Center of Central Asia, Almaty, Kazakhstan
National TB Center, MOH RK, Almaty, Kazakhstan
Center of Life Sciences of Nazarbayev University, Astana, Kazakhstan*

HIV-INFECTION INFLUENCE ON TUBERCULOSIS TREATMENT OUTCOMES AND DRUG RESISTANCE DEVELOPMENT

Resume: Study of HIV-infection influence on treatment outcomes and multiple drug resistance development among the new TB cases. Data from the National TB Register were used in this paper. It is found out that HIV-infection worsens TB treatment outcomes, increases mortality risk and is associated with higher likelihood of drug resistance development.

Keywords: TB/HIV, treatment outcomes, drug resistance, risk factors.

М.А. БУЛЕШОВ, А.М. ТАЛГАТБЕК., А.М. БУЛЕШОВА,
К.А. СУЛТАНБЕКОВ., З.И. БЕЙСЕМБАЕВА

Южно-Казахстанская Государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент

ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ПРОФИЛАКТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА И ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

Выявление и получение количественных оценок влияния благоприятных и неблагоприятных факторов дало возможность строить интегрированную профилактику хронического гастрита и язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

При осуществлении комплексных программ интегрированной профилактики ХГ и ЯБ мы стремились к достижению следующих первоочередных задач: среди мужчин — отказ от курения и употребления алкоголя, обеспечение продолжительности сна не менее 8 ч, предпочтение фруктовых напитков, фруктов и овощей, исключение производственных факторов риска; среди женщин — приобщение к занятиям физической культурой, увеличение частоты приема пищи до 3 раз в день и чаще, увеличение количества употребляемых овощей и фруктов, уменьшение потребления специй и нормализация сна.

Ключевые слова: *Хронический гастрит, язвенная болезнь желудка, факторы риска, профилактика.*

Актуальность исследования. Среди болезней органов пищеварения наиболее распространенными являются хронический гастрит (ХГ) и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ЯБ). Имея склонность к частым рецидивам, вовлекая в патологический процесс другие органы системы пищеварения, приводя к осложнениям, угрожающим жизни больных, эти заболевания довольно часто становятся причиной временной и стойкой нетрудоспособности, особенно у лиц молодого возраста. Этим и обуславливается необходимость разработки и внедрения в практическое здравоохранение научно обоснованных методов их первичной профилактики, поскольку никакие успехи в диагностике и лечении не приведут к уменьшению заболеваемости населения ХГ и ЯБ.

Выделение отдельных неблагоприятных для здоровья факторов риска (ФР), влияющих на возникновение заболевания, и групп риска среди населения — представляет значительные возможности для разработки мероприятий по первичной профилактике ХГ и ЯБ.

Наиболее эффективной стратегией использования комплексных мер для профилактики является воздействие на ряд ФР, одновременно влияющих на возникновение ХГ и ЯБ. Такой интегральный подход к профилактике разрабатывается на уровне ВОЗ [1,2]. Первые шаги по его практическому применению делаются в нашей стране применительно к болезням системы кровообращения, в отношении которых научно доказанные ФР известны в большей степени, чем в отношении других заболеваний.

В настоящем исследовании была поставлена цель с позиции системного подхода и на основании единой методологии выявить общие факторы условий и образа жизни, влияющие на возникновение ХГ и ЯБ, определить приоритетность отдельных направлений работы на индивидуальном и популяционном уровнях при разработке комплексных межведомственных интегрированных программ первичной профилактики.

Методы и объекты исследования. Репрезентативная выборка сформирована с использованием когортного метода, где объектом исследования стали 50-летние жители города Шымкент. Общий объем выборочной совокупности составил 770 человек, из которых 370 — больные (основная группа) и 400 лиц, неотягощенные ХГ

и ЯБ (контрольная группа). Первичная социально-гигиеническая информация о выборке, т. е. данные о накопленной заболеваемости и факториальных признаках, получена путем выкопировки сведений о хронических заболеваниях из амбулаторных карт и опроса объектов исследования по специально разработанным анкетам. Анкеты включают в себя характеристику 180 переменных условий и образа жизни для основной группы и 174 — для контрольной. Учитывая тот факт, что хроническая болезнь часто является причиной изменений в условиях и образе жизни больного, в анкету вносили те характеристики факторов, которые были присущи человеку до первичной регистрации у него диагноза ХГ или ЯБ.

Базовый анализ первичной социально-гигиенической информации проведен с применением методов корреляционно-регрессионного анализа. В последующем детальная аналитическая проработка велась по специально разработанным программам на мини-ЭВМ. В каждом случае достоверной связи между неблагоприятными ФР и болезнью ($p < 0,05$) определялись коэффициенты детерминации и величины относительного риска (ОР) как центрального показателя в аналитической эпидемиологии, не зависящего от коэффициента заболеваемости в референтной группе. Для оценки значимости факторов на популяционном уровне рассчитывались показатели атрибутивного риска, который одновременно учитывает и силу влияния фактора на отдельных индивидов (индивидуальный уровень), и частоту распространенности фактора в популяции (популяционный уровень).

Основные результаты исследования. В результате анализа выявлено всего 38 общих факторов, достоверно влияющих на возникновение ХГ и ЯБ; из них 18 являются неблагоприятными и 20 — благоприятными факторами, т. е. повышающими или уменьшающими вероятность возникновения заболеваний.

Поскольку для ХГ женский пол уже сам по себе является ФР (ОР=1,16), как для ЯБ мужской пол (ОР=2,61), анализ структуры и информативности общих для ХГ и ЯБ неблагоприятных- и благоприятных факторов риска проводится по полу.

В первую очередь обращает на себя внимание тот факт, что из общего числа неблагоприятных и благоприятных факторов у лиц обоего пола преобладают факторы

индивидуально детерминированные, наличие или отсутствие которых в образе жизни человека определяется соответствующими психологическими установками и мотивациями, а не условиями труда и быта. Из 9 неблагоприятных факторов риска, учтенных в табл. 1 и 2, только 4 являются общими. Если у мужчин в возникновении ХГ и ЯБ большую роль играют вредные привычки, то у женщин — техногенные факторы. Сопоставляя в целом роль указанных факторов в возникновении ХГ и ЯБ у мужчин и женщин, получим соотношение показателей комплексного риска 1:3, комплексного антириска 1:4

Распространенность ХГ и ЯБ больше зависит от сочетания неблагоприятных факторов, чем от благоприятных для здоровья факторов, что подтверждается следующими расчетами. Если успешная реализация мероприятий по устранению указанных в таблицах факторов риска может обеспечить снижение заболеваемости мужчин ХГ на 7,9 % и ЯБ на 9,4 % (заболеваемость женщин соответственно на 19,5 и 9,9%), то культивирование факторов здорового образа жизни может снизить заболеваемость мужчин ХГ на 5,7 % и ЯБ на 5,5 % (заболеваемость женщин соответственно на 12,3 и 6,0 %).

По нашим данным, аноргазмия является самым значимым на индивидуальном уровне фактором риска, повышая вероятность возникновения у женщин ХГ в 2,7 раза и ЯБ в 4,8 раза.

Из числа условно управляемых факторов, влияющих на возникновение ХГ и ЯБ, существенное значение имеет

уровень материальной обеспеченности семьи. При среднемесечном доходе на 1 члена семьи менее 7000 тенге по сравнению с прочими вероятность возникновения ХГ у мужчин повышается в 2,1 раза, у женщин — в 2,2 раза; ЯБ — соответственно в 2,7 и 3,4 раза[3].

Среди условно управляемых социально-гигиенических факторов у женщин следует отметить 5-дневную рабочую неделю, при которой вероятность возникновения ХГ уменьшается в 1,5 раза и ЯБ — в 2 раза по сравнению с другими режимами работы. Положительное влияние на возникновение ХГ (ОР-1,6) и ЯБ (ОР-1,9) оказывает также наличие родов в анамнезе.

У лиц обоего пола выявлен факт дистропии между гипертонической болезнью и ХГ и ЯБ. На фоне имеющейся гипертонической болезни вероятность возникновения ХГ уменьшается в 2,1 раза у мужчин и в 2 раза у женщин; ЯБ — соответственно в 6,9 и 3,4 раза.

Ряд авторов указывают на наличие наследственной предрасположенности к ЯБ и они [4] считают, что доля влияния генетических факторов при ЯБ колеблется в пределах 70 %. По нашим данным, в отношении мужчин наличие болезней органов пищеварения у отца повышает вероятность ЯБ в 1,5 раза, а наличие их у матери — в 1,4 раза. В отношении женщин наличие болезней органов пищеварения у отца повышает вероятность возникновения ЯБ в 2 раза, а при наличии их у матери — соответственно ХГ в 1,3 раза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Капаница И.В. Медико-социальные аспекты заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки работников металлургического производства и пути её профилактики // Автореф. Дис. канд. мед. наук. — Воронеж: 2005. — 21 с.
- 2 Мириджанян Г.М., Мардяян М.А., Саканян Г.Г., Даниелян Л.М. Социально-гигиенические аспекты изучения заболеваемости язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.// Научно-практический журнал Вопросы теоретической и клинической медицины. — Ереван: 2010. - №1. - С.24-26.
- 3 Альтшуллер Б.А., Курчатова М.К., Меликова М.Ю. Психологические исследования в программе изучения генетической предрасположенности к язвенной болезни двенадцатиперстной кишки//Актуальные вопросы гастроэнтерологии-М.: 1977. — Т.1. — №10. — С. 100-106.
- 4 Богер М.М. Язвенная болезнь: современные аспекты этиологии, патогенеза, саногенеза. — Новосибирск: Наука, 1986. — 256 с.

**М.А. БУЛЕШОВ, А.М. ТАЛГАТБЕК, А.М. БУЛЕШОВА,
К.А. СУЛТАНБЕКОВ, З.И. БЕЙСЕМБАЕВА**

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академиясы

СОЗЫЛМАЛЫ ГАСТРИТ ЖӘНЕ АСҚАЗАН ОЙЫҚ ЖАРАСЫНЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫН ЖЕТІЛДІРУ ЖОЛДАРЫ

Түйін: Созылмалы бейэпидемиялық аурулардың қалыптасуына әсерін тигізетін жайлы және жайсыз себептерді анықтап, олардың қатерлілік қуатына баға беру, жекелей және жалпы тұрғындар тобы арасында созылмалы гастрит және асқазанның ойық жара ауруына қарсы жүзеге асырылатын алдын алу және сауықтыру шараларын белсенді ұйымдастыруға жол ашты.

Созылмалы гастрит пен асқазанның ойық жара ауруына байланысты жүзеге асырылатын шаралар ауқымында бірінші кезекте іске асырылатын міндеттер: ер кісілер арасында — темекі шегуден және алкогольдік ішімдіктен бас тарту, ұйқының ұзақтығын 8 сағатқа дейін жеткізу, жеміс-жидектердің нәрін көптеп қабылдау, өндірістік зиянды себептерден арылу; әйелдер арасында — аноргазмды реттеу, өндірістік зиянды себептерден арылу және жеміс-жидек нәрлерін көптеп қабылдау. Сонымен қатар, ерлер мен әйелдер арасында созылмалы гастрит пен асқазан жарасы ауруының профилактикасы ретінде дене тәрбиесімен айналысу, тамақтанудың санын 3 реттен асыру, ұйқыны реттеу ерекше орын алуы тиіс.

Түйінді сөздер: созылмалы гастрит, асқазанның және 12 елі ішектің ойық жара ауруы, қатерлі себептер, профилактика.

M.A. BULESHOV, A.M. TALGATBEK, A.M. BULESHOVA, K.A. SULTANBEKOV, Z.I. BEISEMBAEYEVA
Southern Kazakhstan State pharmaceutical academy

APPROACHES TO A SOVERSHCHENSTVOAVNIYA OF PREVENTION OF CHRONIC GASTRITIS AND STOMACH ULCER OF A STOMACH

Resume: The carriage of regional researches, provides deflection and reception of quantitative estimations of influence of favorable and unfavorable factors of chronic of uninfected disease, that gived ability to build integrated prophylaxis chronic gastritis and ulcerated disease stomach and duodenum.

During realization complex program integrated prophylaxis of KHG and YAB necessary aspire to progress following high priority tasks; among men- is a waiver of smoking and use of alcohol, providing duration sleep no less 8 hour, preference of fruit drinks, fruit and vegetables, exception of production FR (monotone of labour operations, irregular program of load flow month); practically same, that and on individual level; among women- is attaching to employment physical culture, increase of frequency of eating to 3 on time per a day and more frequent quality to use vegetables and fruits, diminution use spices and normalization of sleep.

Keywords: chronic gastritis, peptic ulcer, risk factors, prevention.

УДК 613.632

**М.А. ГАЗАЛИЕВА, Т.Т. НУРПЕИСОВ, Б.К. ЖУМАБЕКОВА,
С.Б. АХМЕТОВА, Н.А. ТИМЧЕНКО, О.Ю. ДЕДОВА, Г.А. АЙТЖАНОВА**
Карагандинский государственный медицинский университет,
г. Караганда, Республика Казахстан, e-mail: info@kqmu.kz
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК,
г. Алматы, Республика Казахстан, e-mail: ncvb-dir@yandex.ru

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БЕРИЛЛИОЗА У РАБОЧИХ ХИМИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

Проведено изучение клинико-функциональных изменений бронхолегочной системы у рабочих бериллиевого производства. Вентиляционная функция легких у больных с хроническим бериллиозом характеризуется нарушениями смешанного типа со значительными диффузионно-перфузионными изменениями, которые свидетельствуют о наличии прогрессирующей гипоксемии.

Ключевые слова: бериллий, бериллиоз, вентиляционная функция легких, газовый состав крови.

Разносторонними исследованиями [1,4] по изучению механизма биологического действия бериллия доказано, что этот элемент способствует нарушению иммунного гомеостаза и подключению к процессу повреждения в организме многообразных иммунных реакций для восстановления гомеостаза. Иммунопатологическая реакция и специфическая сенсibilизация являются ведущими, определяющими картину и исход заболевания бериллиозом.

Наблюдения за состоянием здоровья рабочих бериллиевых производств выявили разнообразные изменения, которые связывают с действием бериллия и его поступлением через верхние дыхательные пути, легкие, кожные покровы и слизистые [5]. При воздействии растворимых соединений в высоких концентрациях преобладают раздражающее и общетоксическое действия, а при низких уровнях, особенно не (или) слаборастворимых соединений, - аллергический эффект, диффузный легочный гранулематоз.

Бериллий, с одной стороны, способен индуцировать формирование специфической гиперчувствительности замедленного типа гуморальную антибериллиевую реакцию, с другой – может вызвать иммунологический ответ в организме на новый, хотя и не содержащий бериллий, антиген. Необходимость связывания и удаления нарушенных внутриклеточных структур

измененных белков ведет к активации аутоиммунных реакций.

Целью исследования явилось изучение клинико-функциональных изменений бронхолегочной системы у рабочих бериллиевого производства.

Материалы и методы исследования. Обследовано 7 рабочих с хроническим бериллиозом гидрометаллургического отделения цеха №1 бериллиевого производства АО «УМЗ» (основная группа) и 27 человек контрольной группы, не имеющих контакта с факторами данного производства. Все обследованные были мужского пола от 20 до 59 лет.

Исследование функции внешнего дыхания проводили с помощью автоматизированного спирометрического анализатора дыхания «Спиро С-100» (совместного производства ТОО «Альтоника» г. Москва и ЗАО «Невская лаборатория» г. Санкт-Петербург). Данные оценивались с помощью системы должных величин, разработанных в НИИ пульмонологии [2]. Оценка функции внешнего дыхания проводилась по петле поток-объем с определением легочных объемов: жизненной емкости легких (ЖЕЛ), форсированной жизненной емкости легких (ФЖЕЛ), объема форсированного выдоха за 1 сек (ОФВ₁), индекса Тиффно (ОФВ₁/ЖЕЛ), максимальной объемной скорости выдоха при объемах легких равных 25, 50 и 75% ФЖЕЛ (МОС₂₅, МОС₅₀, МОС₇₅), средней объемной скорости выдоха при объемах легких от 25% до 75% ФЖЕЛ и от

75% до 85% ФЖЕЛ ($СОС_{25-75}$, $СОС_{75-85}$), пиковой объемной скорости (ПОС).

Спирографическое исследование проводили с реакцией не менее двух качественных кривых, различающихся между собой ФЖЕЛ не более, чем на 5%. Для анализа выбирались кривые с наибольшей суммой $ОФВ_1$ и ФЖЕЛ, выдох считался завершенным при максимальной для данного пациента скорости выполнения.

Определение газового состава крови проводилось с помощью оксигемометра OSM-I фирмы «Радиометр» методом микро-Аstrup.

Статистическую обработку результатов исследования проводили стандартными методами математико-статистического анализа с вычислением средних значений параметров и их ошибкой. Достоверность различий результатов выявляли с применением пакета Excel (Microsoft) и Statistica 5.0 (StatSoft) с использованием как параметрического критерия Стьюдента, так и непараметрического метода χ^2 -критерия, который применяется при оценке достоверности различий нескольких относительных величин, объединенных одним каким-либо признаком.

Результаты исследования.

Группа больных с хроническим бериллиозом представлена 7 рабочими гидromеталлургического отделения АО «УМЗ».

По возрастным группам и стажу распределение больных с хроническим бериллиозом было следующим: 57,1% рабочих было в возрасте 50-59 лет, 42,9% - от 40-49 лет; 57,1% - более 20 лет, 42,9% - от 15-19 лет.

Анализ заболеваемости бронхолегочной системы в группе хронического бериллиоза, по данным ретроспективного изучения амбулаторных карт, показал, что в структуре заболеваемости дыхательной системы преобладают заболевания верхних дыхательных путей (56,3%) в виде хронических атрофических процессов слизистых носа, гортани и глотки. Заболевания нижних дыхательных путей (43,7%) представлены хроническим бронхитом, трахеобронхитом.

В клинической картине у больных с хроническим бериллиозом кашель встречался у всех обследуемых, одышка в 85,7% случаях и боли в грудной клетке у 71,4% лиц. Длительный непродуктивный сухой кашель в течение дня отмечали 71,4%, кашель с отделением скудной светлой мокроты определялся только у 28,6%.

Одышка при значительных и умеренных физических нагрузках наблюдалась у 42,9% и 57,1% соответственно. Неинтенсивные боли в грудной клетке носили симметричный характер, локализовались в нижнебоковых отделах грудной клетки (42,8%) и подлопаточных областях (28,6%).

При анализе объективных данных выявлено, что перкуторно ясный легочный звук наблюдался у 71,4% лиц, коробочный оттенок легочного звука в нижнебоковых отделах у 28,6%. Аускультативно жесткий оттенок дыхания отмечался у 42,9% лиц, ослабление везикулярного дыхания в 28,6% случаев. Единичные сухие хрипы при форсированном выдохе наблюдались у 28,6% обследованных. Легкий цианоз был выявлен у 14,3% лиц.

На всех участках гидromеталлургического отделения на органы дыхания рабочих воздействует комплекс неблагоприятных факторов бериллиевого производства. Компьютерная спирография, считающаяся перспективным методом исследования функциональной диагностики бронхиальной обструкции, степени ее выраженности, занимает важное место [3]. Значение имеют показатели, характеризующие первую половину форсированного выдоха, отражающие проходимость проксимального отдела дыхательных путей (ФЖЕЛ, $ОФВ_1$, ПОС, $МОС_{25}$) и показатели второй половины, отражающие проходимость дистальных отделов дыхательных путей ($МОС_{50}$, $МОС_{75}$).

Изменение показателей вентиляционной функции легких у больных с хроническим токсическим бронхитом и хроническим бериллиозом показаны в таблице 1. Как видно из таблицы 1, изменения функции внешнего дыхания у больных с хроническим бериллиозом характеризовались достоверным снижением объемных показателей, таких как ЖЕЛ (на 18,4%), ФЖЕЛ (на 18,0%) в сравнении с группой контроля ($p < 0,05$). $ОФВ_1$ снижался на 20,5%, индекс Тиффно на 19,7% ($p < 0,01$), но по сравнению с группой больных с хроническим токсическим бронхитом отмечалась тенденция к повышению данных показателей. Достоверно снижены ПОС на 18,5%, $СОС_{25-75}$ на 10,0%, $МОС_{50}$ на 11,4% ($p < 0,05$) по сравнению с контролем, но по сравнению с группой больных с хроническим бронхитом отмечалась тенденция к повышению данных показателей.

Таблица 1 - Показатели функции внешнего дыхания у больных рабочих гидromеталлургического отделения ($M \pm m$)

Показатели	Контрольная группа (n=27)	Хронический бериллиоз (n=7)
ЖЕЛ, л	5,36±0,21	3,46±0,23
ДЖЕЛ, л	5,41±0,20	4,47±0,04
ЖЕЛ, %	99,43±4,03	81,15±3,16*
ФЖЕЛ, л	5,34±0,25	3,42±0,16
ДФЖЕЛ, л	5,21±0,32	4,15±0,06
ФЖЕЛ, %	103,84±2,73	85,17±2,14*
$ОФВ_1$, л	4,57±0,14	3,72±0,16
$ДОФВ_1$, л	4,43±0,11	4,12±0,05
$ОФВ_1$, %	102,23±2,14	81,23±2,1**
$ОФВ_1/ЖЕЛ$	98,85±2,51	79,41±2,34**
ПОС, л/с	8,72±0,36	6,32±0,24
ДПОС, л/с	9,03±0,41	8,16±0,31
ПОС, %	101,0±3,32	82,34±4,23*
$СОС_{25-75}$, л/с	5,04±0,22	4,27±0,32
$ДСОС_{25-75}$, л/с	4,72±0,17	4,26±0,16
$СОС_{25-75}$, %	102,6±4,3	92,32±4,26*

СОС ₇₅₋₈₅ , л/с	2,42±0,15	5,42±0,27
ДСОС ₇₅₋₈₅ , л/с	2,54±0,14	6,74±0,17
СОС ₇₅₋₈₅ , %	95,03±4,11	88,04±4,63
МОС ₂₅ , л/с	6,23±0,41	5,62±0,42
ДМОС ₂₅ , л/с	6,54±0,21	6,74±0,34
МОС ₂₅ , %	98,3±3,42	91,36±4,18
МОС ₅₀ , л/с	5,32±0,37	3,62±0,24
ДМОС ₅₀ , л/с	6,12±0,22	4,63±0,21
МОС ₅₀ , %	92,17±3,42	81,63±7,12*
МОС ₇₅ , л/с	2,63±0,12	1,62±0,14
ДМОС ₇₅ , л/с	2,72±0,19	2,27±0,11
МОС ₇₅ , %	95,2±4,21	87,63±3,02
Примечание - * – достоверность в сравнении с контролем (* - p<0,05, ** -p<0,01)		

Результаты исследования газового состава крови в группе больных с хроническим бериллиозом представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Сравнительный анализ газового состава крови в обследуемых группах (M±m)

Показатели	Контрольная группа (n=27)	Хронический бериллиоз (n=7)
РСО ₂ , мм.рт.ст.	37,6±1,2	44,3±0,6*
РО ₂ , мм.рт.ст.	98,2±2,3	70,4±1,3*
О ₂ sat, %	96,2±0,4	87,5±0,2*
Примечание - * - достоверность в сравнении с контролем (p<0,05)		

В группе больных с хроническим бериллиозом нарушение газообмена между альвеолярным воздухом и кровью имели выраженные изменения вследствие развития альвеолярно-капиллярного блока, возникающего в результате гиперергической реакции легочной ткани на соединения бериллия. Так, отмечалось достоверное снижение парциального давления О₂ до 70,4±1,3 мм.рт.ст., сатурации кислорода артериальной крови до 87,5±0,2% при повышении парциального давления СО₂ до 44,3±0,6 мм.рт.ст. по сравнению с контрольными величинами (p<0,05).

Выводы. Таким образом, анализ жалоб, клинических проявлений заболеваний бронхолегочной системы и

объективного осмотра рабочих гидрометаллургического отделения показал, что развитие хронического бериллиоза происходит после 40 лет при стаже работы свыше 15. Клиническая картина заболеваний бронхолегочной системы характеризуется малосимптомностью, ведущими из которых являются малопродуктивный кашель и одышка при физическом напряжении. Вентиляционная функция легких у больных с хроническим бериллиозом характеризуется нарушениями смешанного типа со значительными диффузионно-перфузионными изменениями, которые свидетельствуют о наличии прогрессирующей гипоксемии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Денисов Э.И., Чесалин П.В. Профессионально-обусловленная заболеваемость и ее доказательность // Мед. труда и пром. экология, 2007. - № 10. – С. 1-9.
- 2 Кузнецова В.М., Аганезова Е.С. Критерии оценки границ нормальных значений параметров, рассчитываемых из регистрации отношений поток-объем-время маневра форсированной жизненной емкости выдоха // Пульмонология, 1996. - № 1. - С. 42-46.
- 3 Пенкнович А.А., Косельников И.В. Функция внешнего дыхания у работающих с раздражающими дыхательные пути химическими веществами // Гигиена и санитария, 1990. - № 3. - С. 19-21.
- 4 Производственная обусловленность нарушения здоровья как мера профессионального риска. Стандарт медицины труда // Метод. рекомендации. – Уфа: 2000. – 20 с.
- 5 Сивенкова М.Р., Гусева М.Ю. Состояние бронхолегочной системы у больных бериллиозом в отдаленном периоде наблюдения // Мед. труда и пром. Экология, 2007. - № 7.- С. 14-20.

**М.А. ГАЗАЛИЕВА, Т.Т. НҰРПЕИСОВ, Б.К. ЖҰМАБЕКОВА,
С.Б. АХМЕТОВА, Н.А. ТИМЧЕНКО, О.Ю. ДЕДОВА, Г.А. АЙТЖАНОВА**

ХИМИЯЛЫҚ ӨНДІРІС ЖҰМЫСКЕРЛЕРІНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ БЕРИЛЛИОЗДЫҢ КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛДЫҚ ӨЗГЕРІСТЕРІ

Түйін: Бериллді өндіріс жұмыскерлеріндегі бронхоөкпелік жүйе өзгерістеріне клиническі-функционалды зерттеу өткізілді. Созылмалы бериллиозбен аурағандардың өкпе вентиляциялы функциясы прогрессивті гипоксемия бар екенін айқындайтын, айтарлықтай диффузиялы-перфузиялық өзгерістерімен аралас типті бұзушылығын мінездейді.

Түйінді сөздер: бериллий, бериллиоз, өкпенің вентиляциялы функциясы, газды қан құрамы.

M.A. GAZALIYEVA, T.T. NURPEISSOV, B.K. ZHUMABEKOVA,
S.B. AKHMETOVA, N.A. TIMCHENKO, O.U. DEDOVA, G.A. AITZHANOVA

CLINIC-FUNCTIONAL CHANGES OF CHRONIC BERYLLIOSIS AT WORKERS OF CHEMICAL MANUFACTURE

Resume: Studying of clinic-functional changes of bronchopulmonary systems at workers of beryllium manufactures was made. Ventilating function of lungs at patients with chronic berylliosis is characterised by infringements of the mixed type with considerable diffusion-perfuzional changes which testify to presence progressing of hypoxemia.

Keywords: beryllium, berylliosis, ventilating function of lungs, gas structure of blood.

УДК 616.233-002:613.632

**М.А. ГАЗАЛИЕВА, Т.Т. НУРПЕИСОВ, Б.К. ЖУМАБЕКОВА, С.Б. АХМЕТОВА,
Н.А. ТИМЧЕНКО, О.Ю. ДЕДОВА, С.К. БАЙГУЖИНА**

*Карагандинский Государственный медицинский университет,
г. Караганда, Республика Казахстан, e-mail: info@kgmu.kz
НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК,
г. Алматы, Республика Казахстан, e-mail: ncvb-dir@yandex.ru*

КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ТОКСИЧЕСКОГО БРОНХИТА У РАБОЧИХ ХИМИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ

Проведено изучение клинично-рентгенологических изменений бронхолегочной системы у рабочих бериллиевого производства. Данные анамнеза, санитарно-гигиеническая характеристика условий труда рабочих, предъявляемые жалобы, объективный осмотр, результаты рентгенографического исследования бронхиального дерева у обследованных лиц бериллиевого производства констатируют профессиональные заболевания системы органов дыхания, представленные хроническим токсическим бронхитом легкой степени тяжести.

Ключевые слова: бериллий, промышленные аэрозоли, хронический токсический бронхит, бронхолегочная система.

Промышленные аэрозоли – основной фактор, поражающий слизистую оболочку верхних дыхательных путей. Степень нарушений в этом отделе дыхательного тракта может быть определена только при комплексном исследовании морфофункционального состояния верхних дыхательных путей [2].

Характер и структура профессиональной заболеваемости на предприятии по получению бериллия в большей степени обусловлены особенностями производства на различных этапах его функционирования. В период становления производства ведущими были острые поражения легких преимущественно вследствие воздействия растворимых соединений металла в высоких концентрациях. В последующем по мере улучшения санитарно-гигиенических условий стали выявляться хронические формы поражения легких [1].

Длительное воздействие соединений бериллия (преимущественно нерастворимых в низких концентрациях) привело к доминированию аллергического действия металла, проявившегося в виде развития хронического легочного бериллиоза (гранулематоза).

Хроническое воздействие бериллия приводит к последовательному формированию изменений (имеется как специфический, так и неспецифический характер) состояния здоровья работающих. По мере повышения уровня этого воздействия неспецифические изменения становятся ведущими, проявлением чего является увеличение показателей общей заболеваемости болезнями органов дыхания инфекционного характера. Возникновение острых и

хронических бериллиевых поражений легких, кожи и слизистых, а также формирование изменений состояния здоровья в значительной степени определяются уровнем и длительностью воздействия бериллия [4].

Целью исследования явилось изучение клинично-рентгенологических изменений бронхолегочной системы у рабочих бериллиевого производства.

Материал и методы исследования. Обследован 21 рабочий с хроническим токсическим бронхитом гидрометаллургического отделения цеха №1 бериллиевого производства АО «УМЗ» (основная группа), где на работников воздействуют водорастворимые соединения бериллия, концентрация которых достигает 3 ПДК [3], 27 человек контрольной группы, не имеющих контакта с факторами данного производства. Все обследованные были мужского пола от 20 до 59 лет.

Обследуемым лицам проводили крупнокадровую флюорографию и рентгенографию органов грудной клетки в двух проекциях.

Статистическую обработку результатов исследования проводили стандартными методами математико-статистического анализа с вычислением средних значений параметров и их ошибкой.

Достоверность различий результатов выявляли с применением пакета Excel (Microsoft) и Statistica 5.0 (StatSoft) с использованием как параметрического критерия Стьюдента, так и непараметрического метода Хи-квадрат, который применяется при оценке достоверности различий нескольких относительных величин, объединенных одним каким-либо признаком.

Результаты исследования. Хронический бронхит обследованных рабочих гидрометаллургического отделения относится к токсико-химическим и развивается вследствие длительного воздействия на слизистую оболочку бронхов бериллийсодержащей аэрозоли.

Токсико-химическую этиологию бронхита у обследованных подтверждают анамнез заболевания – появление первых признаков хронического бронхита через несколько лет после контакта с вредными факторами производства, отсутствие в анамнезе и амбулаторных картах рабочих сведений о наличии бронхолегочных заболеваний до поступления на завод, изучение заболеваемости рабочих бериллиевого производства с временной утратой трудоспособности, показавшая высокий удельный вес заболеваний органов дыхания. Диагноз был верифицирован на основании профессионального маршрута, данных санитарно-гигиенической характеристики условий труда, динамики заболевания, клинико-функционального обследования. Группу больных с хроническим бронхитом токсико-химического генеза составили 21 человек гидрометаллургического отделения АО «УМЗ». Среди больных с хроническим бронхитом токсико-химического генеза большая часть (52,4%) наблюдаемых лиц была в возрасте 40-49 лет, 38,1% в возрасте 30-39 лет, 9,5% в возрасте 50-59 лет.

По стажу работы с производственно-профессиональными факторами распределение было следующим. Среди больных с хроническим токсическим бронхитом 52,4% имели стаж 15-19 лет, 33,3% - более 20 лет, 14,3% - 10-14 лет.

Анализ заболеваемости бронхолегочной системы в группе хронического токсического бронхита, по данным ретроспективного изучения амбулаторных карт, показал, что в структуре заболеваемости дыхательной системы заболевания нижних дыхательных путей составили 72,3%, которые были представлены обострением хронического бронхита, острым бронхитом, острым трахеобронхитом. 27,3% составили заболевания верхних дыхательных путей в виде воспалительных процессов слизистой носа, гортани и глотки.

В группе лиц с хроническим токсическим бронхитом клиническая картина характеризовалась наличием триады симптомов: кашель – 90,5%, одышка – 66,7% и боли в грудной клетке – 42,9%.

Кашель в группе хронического токсического бронхита определялся практически у всех обследуемых. Длительный малопродуктивный кашель, более выраженный в утренние часы, определялся у 76,2%, кашель с отделением светлой мокроты у 33,3%. Одышка при значительных и умеренных физических нагрузках наблюдалась у 81%. Боли в грудной клетке локализовались преимущественно в нижне-боковых отделах грудной клетки и были связаны с длительным непродуктивным кашлем.

При объективном обследовании обнаружено, что перкуторно ясный легочный звук определялся у 85,7%, коробочный оттенок легочного звука в нижне-боковых отделах определялся у 14,3%. Аускультативно жесткий оттенок дыхания был выявлен у 71,4% лиц, ослабление везикулярного дыхания отмечалось в 28,6%. Сухие хрипы при форсированном выдохе определялись у 33,3% обследованных.

Таким образом, анализ жалоб, клинических проявлений заболеваний бронхолегочной системы и объективного осмотра рабочих гидрометаллургического отделения показал, что развитие хронического токсического бронхита происходит после 40 лет при стаже работы свыше 15. Отмечается высокая распространенность хронического токсического бронхита. Клиническая картина заболеваний бронхолегочной системы характеризуется малосимптомностью, ведущими из которых являются малопродуктивный кашель и одышка при физическом напряжении.

Своевременное распознавание форм хронической бериллиевой интоксикации имеет большое практическое значение [5]. При этом решающая роль принадлежит методам лучевой диагностики, среди которых в первую очередь выделяют рентгенологические методы обследования: обзорную рентгенографию органов грудной клетки в двух проекциях, рентгенографию с прямым увеличением изображения, продольную линейную томографию, радиоизотопные методы исследования, компьютерную томографию. Для обследования больных, работающих в контакте с бериллием и его соединениями, целесообразно поэтапное использование рентгенологических методов. В качестве основного метода обязательно применение традиционной обзорной рентгенографии, которая дает общее ориентировочное представление о характере патологического процесса в легких.

На следующем этапе целесообразно применение компьютерной томографии тонкими срезами как высокоразрешающего метода, который позволяет значительно дополнить объем информации об изменениях в легких и средостении. На этой стадии в случаях, не требующих уточнения, можно ограничиться рентгенологическим обследованием, не применяя функциональной пробы. Как правило, это касается больных со II и III стадией бериллиоза. В случаях I стадии интерстициальной формы или I стадии гранулематозной формы бериллиоза показано проведение функциональной компьютерной томографии. Это позволяет выявлять ранние стадии и формы заболевания, проводить дифференциальную диагностику этих форм бериллиоза, что имеет большое значение при решении вопросов трудовой экспертизы.

Особую роль при определении стадии бериллиоза имеет изучение состояния лимфатических узлов и жировой клетчатки переднего средостения, на которые необходимо обращать внимание при проведении компьютерной томографии.

У обследованных нами больных с хроническим токсическим бронхитом были выявлены рентгенологические изменения по типу перибронхиального периваскулярного пневмосклероза, которые определялись практически у всех лиц данной группы. Эмфизема легких в виде повышенной прозрачности легочного рисунка, высокого стояния верхушек легкого, уплощения диафрагмы, снижения аэрационной функции легких диагностирована в 42,9% случаях. Плевральные изменения в виде плевродиафрагмальных спаек, уплотнения и обызвествления плевры наблюдались у 28,6% обследованных.

Следовательно, у всех больных с хроническим токсическим бронхитом на рентгенограммах легких выявлено двустороннее усиление легочного рисунка по

тяжистому типу, расширение, уплотнение, неструктурность корней легких.

Выводы. Таким образом, данные анамнеза, санитарно-гигиеническая характеристика условий труда рабочих, предъявляемые жалобы, объективный осмотр, результаты рентгенографического исследования

бронхиального дерева у обследованных лиц бериллиевого производства констатируют профессиональные заболевания системы органов дыхания, представленные хроническим токсическим бронхитом легкой степени тяжести.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дусь В.И., Новиков В.Г., Овсепян В.А., Борисов Е.Я., Вологдин И.М. Некоторые вопросы эпидемиологии бериллиоза легких // Тезисы докл. IV Всесоюзного симпозиума «Бериллий-90». - М.: 1992. - С. 84-85.
- 2 Накатис Я.А. Методические аспекты исследования верхних дыхательных путей в клинике профессиональных заболеваний // Тезисы докл. IV Всесоюзного симпозиума «Бериллий-90». - М.: 1992. – 73 с.
- 3 Пак Л.Р. Опасность воздействия химических веществ бериллиевого производства на здоровье работающих // XIII межд. конгр. по реаб. в мед. и иммунореаб. Всем. форум по астме. International Journal of Immunorehabilitation, 2008. – Т. 9, - №1. – 172 с.
- 4 Хелковский-Сергеев Н.А. Гигиена труда и состояние здоровья рабочих, контактирующих с бериллием в концентрациях, не превышающих ПДК // Тезисы докл. IV Всесоюзного симпозиума «Бериллий-90». - М.: 1992. – 100 с.
- 5 Щетинин В.В., Цэдиш С.Ц., Мерзликин Л.А., Левадная О.А., Русак Т.В. Компьютерно-томографическая характеристика ранних стадий бериллиоза легких // Мед. радиология и радиационная безопасность, 2003. - Т. 48. - № 3. - С. 35-40.

**М.А. ГАЗАЛИЕВА, Т.Т. НҰРПЕИСОВ, Б.К. ЖҰМАБЕКОВА, С.Б. АХМЕТОВА,
Н.А. ТИМЧЕНКО, О.Ю. ДЕДОВА, С.К. БАЙГУЖИНА**

ХИМИЯЛЫҚ ӨНДІРІС ЖҰМЫСКЕРЛЕРІНІҢ СОЗЫЛМАЛЫ ТОКСИКАЛЫҚ БРОНХИТИНІҢ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ МІНЕЗДЕМЕСІ

Түйін: Бериллді өндіріс жұмыскерлеріндегі бронхоөкпелік жүйе өзгерістеріне клиничко-рентгенологиялық зерттеу өткізілді. Берілген анамнездер, жұмыскерлердің еңбек шарты санитарлы-гигиеналық мінездемесі, ұсынылған шағымдар, объективті қарау, бериллді өндірістегі тексерілген адамдардың бронхиалды ағаш зерттеуінің ренигенографиялық қорытындысы ауырлық дәрежесінің жеңіл созылмалы токсикалық бронхитпен көрсетілген, тыныс алу жүйесі кәсіби ауруларын айқындайды.

Түйінді сөздер: бериллий, өнеркәсіптік аэрозоль, созылмалы токсикалық бронхит, бронхоөкпелік жүйе.

**M.A. GAZALIYEVA, T.T. NURPEISSOV, B.K. ZHUMABEKOVA, S.B. AKHMETOVA,
N.A. TIMCHENKO, O.U. DEDOVA, S.K. BAIGUZHINA**

THE CLINIC-RADIOLOGICAL CHARACTERISTIC OF CHRONIC TOXIC BRONCHITIS AT WORKERS OF THE CHEMICAL ENTERPRISE

Resume: Studying of clinic-radiological changes of bronchopulmonary systems at workers of beryllium manufactures was made. The anamnesis data, the sanitary-and-hygienic characteristic of working conditions of the workers, shown complaints, objective survey, results of radiographic research of a bronchial tree at the surveyed persons of berryllium manufactures ascertain occupational diseases of system of the respiratory organs, presented by a chronic toxic bronchitis of easy severity level.

Keywords: beryllium, industrial aerosol, a chronic toxic bronchitis, bronchopulmonary system.

УДК 612.347:256.54

Р.Н.ЕСПАЕВА, Т.Б.ДЖЕНАЛАЕВ, Ж.С.АЖМУХАНОВ, Э.М.ХАМЗИНОВА, Г.Е.АБДИКАСЫМОВА
 Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова
 ГКП на ПХВ «Родильный дом №2» г.Алматы.

ФАКТОРЫ РИСКА АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА

Целью исследования было выявление факторов риска антенатальной гибели плода до 37 недель еременности. Был произведен ретроспективный анализ историй родов и обменных карт беременных женщин с антенатальной гибелью, направленных на родоразрешение в Родильный дом №2 в 2012 г. Были выявлены основные факторы риска антенатальной гибели плода на уровне женской консультации, такие как:поздняя явка, есвоевременная диагностика и лечение бессимптомной бактериурии, поздняя диагностика ВПР плода, незнание беременными «тревожных признаков». **Ключевые слова:** антенатальная гибель плода, перинатальная смертность, факторы риска, мертворождаемость, врожденные пороки развития, акушерские кровотечения.

Показатель перинатальной смертности (ПС) в мире приблизительно равен 30‰. Коэффициент ПС имеет многофакторную зависимость, и в первую очередь социально-экономическую детерминированность, что подтверждено данными мировой статистики. В экономически развитых странах ПС не превышает 5-10‰, в противовес развивающимся странам, где ПС больше в 10 раз. В России данный показатель в 2005 году составил 10,2‰[1].

При оценке качества акушерской, реанимационной и интенсивной помощи учитывают структурное соотношение мертворождаемости и ранней неонатальной смертности среди всех перинатальных потерь (в среднем 50% и 50%). Увеличение доли

мертворождений при одном и том же показателе ПС может указывать на дефекты антенатальной охраны плода, ведения родов и оказания реанимационной помощи новорожденным. Увеличение ранней неонатальной смертности говорит о недостаточной организации постнатального ухода за новорожденными. Целью исследования явилось выявление факторов риска антенатальной гибели плода до 37 недель беременности.

Для достижения данной цели были изучены обменные карты беременных и истории родов женщин сантенатальной гибелью плода по Родильному дому №2 за 2011-12 годы. Так, показатели ПС по Родильному дому №2 за 2011-12 гг представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Структура ПС

Показатель	2011 год	2012 год
Мертворождаемость:	6,3‰	8,8‰
доношенных	0,6‰	2,4‰
недоношенных	85,8‰	107,7‰
- антенатальная	3,9‰	7,5‰
- интранатальная	2,4‰	1,3‰
Неонатальная смертность, общая	5,3‰	3,9‰
доношенных	1‰	0,6‰
недоношенных	71,2‰	62,1‰
Ранняя неонатальная смертность, общая	3‰	2,5‰
доношенных	0,4‰	0,2‰
недоношенных	42,1‰	41,4‰
ПС, общая	9,2‰	11,2‰
доношенных	1,1‰	2,6‰
недоношенных	124,3‰	144,6‰

Преобладание доношенных детей среди перинатальных потерь является крайне неблагоприятным фактором. Социальная значимость этих потерь особенно велика, поскольку теряются функционально сформированные, зрелые дети.

Как видно из представленной таблицы, в 2012 году по Родильному дому №2 отмечается некоторое увеличение показателей ПС по сравнению с 2011 году как среди доношенных, так и среди недоношенных детей. Увеличение показателей ПС связано с повышением антенатальной мертворождаемости как среди доношенных, так и среди недоношенных плодов, а благоприятной тенденцией является снижение интранатальной мертворождаемости в 1,9 раз - с 2,4‰ в 2011 году до 1,3‰ в 2012 году.

В 96% случаях беременные поступили в родильный дом с антенатальной гибелью плода или на прерывание беременности по медицинским показаниям после 22 недель беременности, что несомненно отражает недостатки в работе женских консультаций.

Так, по Родильному дому №2 антенатальная смертность при недоношенной беременности составила в 2011 году – 3,9‰, в 2012 году – 7,5‰. В связи с тенденцией к возрастанию данного показателя, нами проведен анализ 30 историй родов с антенатальной гибелью плодов в сроке 22-37 недель за 2011-12 годы. 23 из них (77%) поступили с антенатальной гибелью плода, у остальных 23% антенатальная гибель плода наступила в стационаре.

Наиболее высокий показатель антенатальной гибели плодов в сроке гестации 22-27 недель (таблица 2).

Таблица 2 – Срок гестации

22-27 недель	28-33 недель	34-37 недель
12 – 40%	11 – 37%	7 – 23%

По возрастному фактору все родильницы были репродуктивного возраста,

из них 13% находились в позднем репродуктивном периоде (таблица 3).

Таблица 3 – Возраст родильниц

До 20 лет	21-29 лет	30-35 лет	36-39 лет	Старше 40 лет
3 – 10%	19 – 64%	4 – 13%	3 – 10%	1 – 3%

У 64% женщин антенатальные потери были в наиболее благоприятный репродуктивный возрастной период: 21-29 лет, по сравнению с другими возрастными группами.

По паритету беременности и родов 47% беременных были повторнوبرеменными, повторнородящими и 37% составили - первобеременные, первородящие (таблица 4).

Таблица 4 – Паритет беременности и родов

Первобеременные, Первородящие	Повторнобеременные, первородящие	Повторнобеременные, повторнородящие	Первородящие старшего возраста
11 – 37%	3 – 10%	14 – 47%	2 – 6%

У 22 анализируемых женщин (73%) отмечалась поздняя явка в женскую консультацию, среди них были те, которые встали на учет в 28 недель беременности. 4

женщин (13%) на учете не состояли, что говорит о том, что они не были заинтересованы в данной беременности.

Таблица 6 – Вид родоразрешения

Вагинальные роды	Оперативные роды		
	Плодоразрушающая операция	Малое кесарево сечение	Кесарево сечение
21 – 70%	1 – 3%	1 – 3%	7 – 24%

Большая часть беременных женщин (73%) с антенатальной гибелью плода была родоразрешена через естественные родовые пути, только в одном случае вагинальные роды закончились плодоразрушающей операцией (краниотомия). В остальных случаях были оперативные роды путем кесарева сечения. Показаниями к кесареву сечению были: преэклампсия тяжелой степени, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), полное предлежание плаценты (ПП) – произведено малое кесарево сечение, кровотечение при неполном ПП. При трех случаях тотальной ПОНРП произведена экстирпация

матки без придатков. Одной из них была 29 летняя женщина, которая осталась без детородного органа и с нереализованной детородной функцией, так как первая беременность закончилась медицинским абортom, а вторая была данной.

Из 11 первобеременных, первородящих - 4 (36%) были прооперированы. Из них у двоих была преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), у одной кровотечение из-за неполногopедлежания плаценты (ПП) и у одной малое кесарево сечение по поводу полного ПП.

Таблица 7 – Вес мертворожденных

До 1000,0	1001,0-1500,0	1501,0-2500,0	Более 2501,0
14 – 47%	8 – 27%	6 – 20%	2 – 6%

Распределение мертворожденных по весу представлена в таблице 4. Как видно из таблицы почти половина мертворожденных (47%) имели массу тела до 1000,0 г., 27% - 1001,0-1500,0 г., 20% - 1501,0-2500,0 г. и двое мертворожденных были с весом более 2501,0 г.

19 из 30 анализируемых женщин (67%) были повторнوبرеменными, первородящими и повторнوبرеменными, повторнородящими. Из них у 13 (68%) имелся отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА), а именно: преждевременные роды, несостоявшиеся выкидыши, самопроизвольные выкидыши, медицинские аборты, тяжелая преэклампсия, рубец на матке после кесарева сечения, пузырный занос в анамнезе.

Во всех анализируемых случаях отмечался отягощенный соматический анамнез: хронический пиелонефрит и

другие заболевания почек, хронический тонзиллит, острый бронхит 17 недель беременности, умеренная анемия, эндемический зоб 1 ст, в 28 недель беременности острый ринофарингит, бессимптомная бактериурия, ОРВИ.

Из гинекологических заболеваний отмечались миома матки, эрозия шейки матки.

В 5 случаях (13%) причиной антенатальной гибели плода были врожденные пороки развития (ВПР), а именно: врожденный порок сердца (ВПС)- общий артериальный ствол, дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП),единственная артерия пуповины, ВПР желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) плода и ВПР центральной нервной системы (ЦНС) – Spinabifidae, тератома копчика с преобладанием пресакрального

компонента. Эти пороки развития были диагностированы после 22 недель беременности.

Беременность у анализируемых женщин протекала на фоне выраженного маловодия, острого многоводия, трихомонадного кольпита, внутриматочного контрацептива (ВМК).

Предполагаемая причина антенатальной гибели плода: хроническая плацентарная недостаточность на фоне внутриутробного инфицирования, кровотечение на фоне неполного предлежания плаценты, ПОНРП, преэклампсия тяжелой степени, тяжелая анемия, ВПР, тупая травма живота.

В результате проведенного анализа историй родов с антенатальной гибелью при недоношенном сроке беременности отмечались такие дефекты ведения в женской консультации, как: неадекватная санация инфекционных очагов, при УЗИ не диагностировано полное ПП, не выполнение клинических протоколов МЗ РК, не качественная санитарно-просветительная работа по «тревожным» признакам во время беременности: в результате беременные обращались при отсутствии шевелений плода от одного до четырех суток или через 4 часа от начала распирающих болей в животе. При выявлении маловодия не проводится определение состояния плода, при остром многоводии не проводится госпитализация беременной в родильный дом, поздно проводится УЗИ плода после постановки на учет по беременности.

Так, учитывая, что 94% анализируемых женщин относились к группе риска по перинатальным потерям, врачам женской консультации необходимо было вести данных женщин с учетом их анамнеза и характера экстрагенитальной патологии, что помогло бы избежать антенатальной гибели плода.

Таким образом, в результате проведенного анализа обменных карт и историй родов были выявлены следующие факторы риска антенатальной гибели плода:

- Поздняя явка в женскую консультацию;

- Отягощенный акушерский и гинекологический анамнез у беременной;
- Выявление у беременной перинатальной инфекции, бессимптомной бактериурии;
- Воспалительные заболевания половых органов в анамнезе;
- Бактериальный вагиноз при беременности;
- Отягощенное течение предыдущих беременностей (ПОНРП, преэклампсия, преждевременные роды, синдром потери плода);
- Экстрагенитальная патология, осложняющая течение данной беременности;
- Осложнения данной беременности: единственная артерия пуповины, маловодие, многоводие, синдром задержки развития плода (СЗРП), преэклампсия.

В отношении последующих беременностей наличие в анамнезе перинатальных потерь является фактором риска не только в аспекте физического здоровья и качества вынашивания, но и в аспекте психического здоровья женщины. При последующей беременности женщины имеют тенденцию хронически испытывать повышенную тревожность, особо обостряющуюся в преддверии очередного осмотра. Состояние хронического стресса является существенным осложнением течения беременности и требует особого врачебного и психологического сопровождения. Несмотря на то, что шансы благополучного вынашивания последующих беременностей, безусловно, велики, если гибель плода не была обусловлена аномалиями развития, существует опасность рождения недоношенного и/или маловесного ребенка[2].

Таким образом, *потеря ребенка* не только влияет на психоэмоциональное состояние женщины и ее семьи, но и может неблагоприятно отразиться на последующих беременностях и родах. Поэтому, оправдывается наличие психолога в штатах родильных домов и женских консультаций для работы с женщинами, перенесшими перинатальные потери.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Под ред. Кулакова В.И. Гинекология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 1072 с.
- 2 Под ред. Надишаускене Р.Й.. Избранные вопросы перинатологии. – Литва: 2012. – 652 с.

Р.Н.ЕСПАЕВА, Т.Б.ДЖЕНАЛАЕВ, Ж.С.АЖМУХАНОВ, Э.М.ХАМЗИНОВА, Г.Е.АБДИКАСЫМОВА

НӨРЕСТЕНІҢ АНТЕНАТАЛДЫ ӨЛІМІНІ ӨКЕЛЕТІН ҚАУЫП ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫ

Түйін: Ізденудің мақсаты жүктіліктің 37 аптасына дейін антенаталды өлімнің қауып қатер факторларын анықтау болды. 2011-12 ж. №2 Перзентханаға босандыруға жіберілген жүкті әйелдердің босану тарихтары мен алмасу карталары ретроспективті талқыланды. Әйелдер кеңесі деңгейінде антенаталды өлімнің келесі негізгі қауып қатер факторлары анықталды: жүктілік бойынша кеш есепке тіркелу, симптомсыз бактериурияны уақытылы анықтамау және емдеуімеу, туа біткен ақауларды кеш анықтау, жүкті Әйелдердің «дабылдық» белгілерін білмеу

Түйінді сөздер: нәрестенің антенаталды өлімі, перинаталдық өлім, қауып қатер факторлары, өлі туылу, туа біткен ақаулар, акушерлік қан ағу.

R.N. ESPAYEVA, T.B. DJENALAYEV, ZH.S. AZHMOUKHANOV, E.M. KHAMZINOVA, G.E. ABDIKASIMOVA

RISK FACTORS OF ANTENATAL FETAL DEATH

Resume: The goal of the study was to identify risk factors of antenatal fetal death within 37 week pregnancy period. Retrospective analysis of birth cases and exchange cards of pregnant women who have sustained antenatal fetal death being referred to maternity hospital No 2 for delivery in 2011-12. Basic risk factors of antenatal fetal death have been identified at maternity consulting level such as: late attendance, ill-timed diagnostics and treatment of latent bacteriuria, late diagnostics of congenital fetal malformation (CFM), poor awareness of alert symptoms (indications).

Keywords: antenatal fetal death, perinatal mortality, risk factors, mortinatality, congenital malformation, obstetrical bleedings.

СЕКЦИЯ 2. МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ – КЛЮЧЕВОЙ ПРИОРИТЕТ
СТРАТЕГИИ «КАЗАХСТАН - 2050»

УДК 616.58.7

Н.Н.АВГАМБАЕВА, М. СОЛТАНОВА, А.Б. ХАДЖИЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Денсаулық сақтау мен фармацевтикадағы менеджмент және маркетинг кафедрасы

«ҚАЗАҚСТАН-2050» СТРАТЕГИЯСЫ БАҒДАРЛАМАСЫНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ ОРНЫ МЕН БАҒАЛАНУЫ

Қоғамдық денсаулық сақтау көрсеткіштері мемлекеттің тұрақты даму келешегін бағалау үшін өте қажет, себебі адам капиталының сапасы мемлекеттің әлеуметтік-экономикалық дамуының кез келген бағдарламасын іске асырудың табыстылығын анықтайды.

Түйінді сөздер: стратегия, адам капиталы, денсаулық.

Стратегия - күннен күнге, жылдан жылға елімізді, қазақстандықтардың өмірін жарқын ете түсетін нақты практикалық істер бағдарламасы.

Г. Беккер, денсаулық капиталына инвестиция мен адам капиталының басқа нысандары инвестициялары арасындағы тікелей аналогиясын келтіре отырып, адам капиталына, денсаулыққа инвестициялардың теориялық моделін әзірледі [1]. Адам капиталына, денсаулыққа инвестиция туралы Г. Беккердің одан ары идеясын денсаулық капиталының неоклассикалық теориясын М. Гроссман дамытты. М. Гроссман денсаулық капиталын денсаулық иесіне «өзінің адам капиталын ұзағырақ «өзінің мақсаты бойынша қолдануға» мүмкіндік беретін актив ретінде түсіндірді [2]. Бұл зерттеудің тарихи-танымдық идеясының мәні денсаулық капиталының келесідей негізгі ерекшеліктері мен белгілері қолданылатындығында:

1- Денсаулық капиталы адам капиталы үшін негіз болып табылады. Денсаулыққа, ауру мен өлімді қысқартуға, адам ағзасына тозуын төмендетуге себін тигізетін оның қорғанысына инвестициялар адамның еңбекке қабілетті өмірін, тиісінше, адам капиталының қызмет ету уақытын ұзартады.

2- Денсаулық капиталы ұлттық мақтаныш болып табылады, өйткені ол қоғамдық еңбек өнімділігіне, тиісінше, қоғамның экономикалық даму динамикасына елеулі әсерін тигізеді[2].

3- Капитал ретіндегі адам денсаулығы оның иесіне әп-сәттік немесе жылдам табыс алып келмейді және көп жағдайда ағымдағы қажеттіліктер зарарына едәуір көлемдегі құралды жұмсауды қажет етеді.

4- Денсаулық капиталы екі жақты сипатқа ие. Ол бір уақытта резерв негізінде өндірілетін игіліктер, ал оның негізінде игіліктерге өндірілетін ресурс болып табылады. Денсаулық капиталы – ұзақ мерзімді игілік, бірақ физикалық және моральдық тозу тұрғысында пайдалануы шектелген.

5- Адам капиталы білім беруге қарағанда қысқа уақытта ие болуға немесе қайта қалпына келтіру мүмкін емес. Сонымен қатар, адамның өмір бойы жинақталған денсаулық капиталы төтенше оқиға салдарынан әп-сәтте құртылуы мүмкін.

6- Адам денсаулығы оны іске асырмаса да, яғни қызметпен айналыспаса да, адам капиталы болып қала береді. Сол уақытта экономикалық ғылым тұрғысынан білім беру адам капиталы болып саналмайды, егер ол оған табыс алып келмесе.

7- Капитал ретіндегі денсаулық құнсыздануға жатпайды. Денсаулық жүдеуі, таусылуы мүмкін, бірақ адам үшін өз

құндылықтарын жоғалтпайды. Сол уақытта адаммен алынған білім адамның өмір сүру уақыты мен орнына байланысты өзінің құндылығын жоғалтуы мүмкін.

8- Денсаулық капиталы – жоғары деңгейде адамның жеке жауапкершілігінің аясы. Мемлекет денсаулық сақтау органдары түрінде адамның денсаулық капиталын қалыптастыруға көмек беруі тиіс, бірақ оған демеу көрсетуге толық жауапкершілігін алмауы керек.

9- Денсаулық капиталының сапасы көп жағдайда адам капиталын тасымалдаушының өмір сүру дәстүрін: әлеуметтік, экономикалық және еңбектің белсенділік деңгейін, көші-қон қозғалыс деңгейін, мәдениеттің, ғылымның, техника мен технологияның заманауи жетістіктеріне қатысу, бос уақытты өткізу мен демалысты өткізу сипаттамасын анықтайды[2].

Қазіргі уақытта денсаулық капиталының ерекшеліктері айтарлықтай орын алуда, дей тұрғанмен ДДСҰ мәліметтеріне, статистикалық көрсеткіштерге сүйенсек, халықтың әл-ауқатын стратегиялық даму жолдарымен көрсетуде.

Сонымен, қоғамдық денсаулық көрсеткіштері мемлекеттің тұрақты даму келешегін бағалау үшін өте қажет, себебі адам капиталының сапасы мемлекеттің әлеуметтік-экономикалық дамуының кез келген бағдарламасын іске асырудың табыстылығын анықтайды. Тұрақты даму өндірістің тоқтаусыз өсуіне, бақылаусыз табиғатты пайдалану, шексіз антропологиялық экспансияның баламасы секілді. Тұрақты даму мемлекет пен қоғамның өркендетілігі деңгейінің негізгі көрсеткіштері болып табылады.

ДДСҰ деректері бойынша, адам денсаулығы денсаулық сақтау жүйесіне 10%-ға, ал адамның қоршаған ортасы әсерінен қалыптасатын өмір сүру дәстүріне, таңдау құқығына, өмір сүру сапасына және денсаулықты нығайту мүмкіндіктеріне қол жетімділігіне 50%-ға тәуелді [3]. Өзге сөзбен, денсаулықты айқындайтын факторлар арасында адамның өзінің денсаулығына қатысты мінез-құлқы жетекші орындардың бірін алады, кейде басқа факторларға әсер етеді. Өмір сүрудің бірдей экономикалық, экологиялық және басқа жағдайлары кезінде әртүрлі өзін сақтау мінез-құлқының салдары болып табылатын денсаулыққа қатысты айқын көрсетілген саралану байқалады: олар, әртүрлі адамдар үшін өз денсаулықтарының әртүрлі құндылығы және оның әртүрлі жақтары туралы білуімен; зиянды әдеттердің болуы немесе болмауымен; өзінің денсаулығын сақтауға бағытталған үнемі әрекеттері немесе әрекетсіздігімен; денсаулық туралы ақпараттандырылуы немесе

ақпараттандырылмағандығымен және осы ақпаратты тәжірибеде белсенді қолданумен немесе қолданбаумен. Стратегиялық бағдарламалар бойынша, Саламатты өмір салтының орнығуы, медицинаның дамуы қазақстандықтардың өмір сүру ұзақтығын 80 жасқа дейін арттырады. Қазақстан медициналық туризмнің жетекші еуразиялық орталықтарының біріне айналмақ[4].

Сондай-ақ, денсаулық сақтау саласындағы басты басымдық - алғашқы медициналық-санитарлық көмекті дамыту. Міндетті медициналық сақтандыру енгізу мәселесін зерттеген жөн. Мемлекеттің, жұмыс берушілердің және қызметкердің денсаулық үшін ортақ жауапкершілігі - медициналық қызметтің барлық жүйесінің басты қағидаты. Спортпен шұғылдану, дұрыс тамақтана білу, жүйелі профилактикалық тексерілу - аурудың алдын алудың негізі стратегиялық көрсеткіштердің бағыттарының бірі болып табылады [4]. Қазақстанда қабылданған алғашқы медициналық – санитарлық көмек моделі шеңберінде профилактика және әлеуметтік - психологиялық көмек бөлімшелерімен Отбасылық денсаулық орталықтары құрылды.

Заманауи денсаулық сақтау саясатының дамуының бағыты мен жаңғыртылуы сырқаттық және өлім құрылымында көп жағдайда өмір сүру дәстүрлерімен және пациенттің өз денсаулығына деген тәуекелді мінез-құлқымен шартталған созылмалы аурулармен аурудың басым болуымен анықтыланады. Созылмалы ауруларды емдегеннен гөрі алдын алған оңай – бұл пікір мемлекет үшін де, халық үшін де дұрыс. Біздің пікірімізше, денсаулық мәдениетінің деңгейін арттыру, өз кезегінде, «дәрігер-пациент» қарым-қатынасының дәстүрлі патерналистік моделін «ақпараттық келісім» моделі шеңберінде сипатталған серіктестік қарым-қатынасқа қайта бағдарлануын қажет етеді. Дәрігер мен пациент арасындағы қарым-қатынастың жаңа моделі оның қатысушыларына жаңа кәсіби және құқықтық талаптар қояды, мұндай өзара әрекеттің эмоционалдық, этикалық және ақпараттық шекаралардың өзгеруін білдіреді. Денсаулық сақтауға қатысты әлеуметтік және экономика саясатындағы мәдени факторларды білу және ескеру халықтың мінез-құлқын болжауға, мүмкіндігіне қарай, денсаулық капиталына әртүрлі факторлардың әсер етуінің теріс жақтарын жоюға мүмкіндік береді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Беккер Г. С. Человеческое поведение: экономический подход. Избранные труды по экономической теории. Пер. с англ. — М.: ГУ-ВШЭ, 2003. — 672 с.
- 2 Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012 г. на 52 сессии Европейского регионального комитета ВОЗ, сентябрь 2012 г. // Пресс-релиз ЕРБ ВОЗ/15/02. — Копенгаген: 17 сентября 2012 г.
- 3 Grossman M. The Human Capital Model// Handbook of Health Economics. Vol. 1A. ed. By A.J. Culver, J.P. Newhouse. 2010. — P.349
- 4 ҚР Тұңғыш Президенті-Елбасы Нұрсұлтан Назарбаев «Қазақстан-2050» стратегиясы қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты Қазақстан халқына Жолдауы.

Н.Н. АВГАМБАЕВА, М. СОЛТАНОВА, А.Б. ХАДЖИЕВА

РОЛЬ И ОЦЕНКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРОГРАММЕ СТРАТЕГИИ «КАЗАХСТАН -2050»

Резюме: В наше время показатели общественного здравоохранения необходимы для оценки его перспектив стабильного развития, так как качество человеческого капитала определяет социально-экономическое продвижение государства в успешном внедрении его любой программы.

Ключевые слова: стратегия, человеческий капитал, здоровье.

N.N. AVGAMBAEVA, M. SOLTANOVA, A.B. HADJYEVA

ROLE AND ESTIMATION OF HEALTH PROTECTION IN THE PROGRAM OF STRATEGY "KAZAKHSTAN - 2050"

Resume: In our time indexes of community health care of necessary for the estimation of his prospects of stable development, because quality of human capital determines socio-economic advancement of the state in successful introduction him any program.

Keywords: strategy, human capital, health.

Ф.Т. СТАМКУЛОВ

Городская клиническая больница №7 г. Алматы

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ Г. АЛМАТЫ О ПЕРЕСАДКЕ ОРГАНОВ И ДОНОРСТВЕ

Значительный прорыв в медицинской науке, произошедший в последние десятилетия, открыл уникальные возможности для человечества по пересадке органов. За период чуть более 50 лет трансплантология смогла пройти путь от «демонстрации хирургического чуда» до проведения плановых операций по спасению жизни сотней тысяч больных. Современная ситуация ставит новые вызовы перед развитием этой области медицины - несмотря на все возможности врачей по проведению сложных операций по спасению еще некогда неизлечимых больных, они остаются практически нереализованными из-за нехватки донорских органов.

Ключевые слова: трансплантация, пересадка, органы, почки, печень сердце, донор.

В контексте поставленных Главой государства задач по развитию человеческих ресурсов, по увеличению продолжительности жизни, снижению смертности мы считаем развитие трансплантологии одним из базовых приоритетных направлений казахстанской медицины. Уровень развития трансплантологии считается важным интегральным показателем, позволяющим судить об общем состоянии медицины той или иной страны. Если проводятся успешные операции по пересадке органов - значит, медицина в этой стране находится на должном уровне. И это логично, ведь пересадка органа позволяет спасти жизнь тысячам обреченных пациентов, а современная медицина достигла такого уровня, что позволяет пересаживать не только почку или печень, но и сразу несколько органов - сердце, легкие, печень, поджелудочную железу. В этой связи изучение

состояния организации трансплантологической помощи населению на современном этапе предопределила актуальность темы.

Цель исследования: Изучение основных проблем, связанных с функционированием действующей системы донорства органов, состояние и организацию трансплантологической помощи населению в г. Алматы и разработать предложения по оптимизации службы трансплантологической помощи. В исследовании участвовали 162 пациента, обратившиеся за медицинской помощью в ГКБ №7 г. Алматы. В структуре опрошенных удельный вес женщин (53,7%) превышает удельный вес мужчин (46,3%).

Значительная доля респондентов (69%) относит эту проблему к важным проблемам для казахстанской системы здравоохранения (рисунок 1).

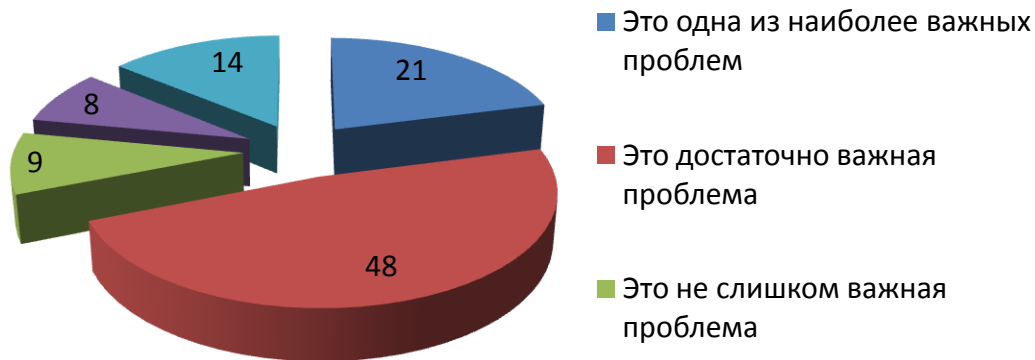


Рисунок 1 - Мнение населения об актуальности донорства и трансплантации в Республике Казахстан, %

Незначительная доля населения (9%) считают, что это не слишком важная проблема, 9% - считают, что этой проблеме не нужно уделять серьезное внимание и 14% затруднились ответить. На вопрос: «Как Вы считаете, насколько развита в нашей стране область трансплантологии и пересадки органов?» большинство опрошенных не испытывают иллюзий в отношении уровня развитости данной области в нашей стране – половина населения относит Казахстан в число отстающих стран (47%), четверть опрошенных оценивает нас на уровне большинства развитых стран и только 4% считает, что наша страна входит в число лидеров в этой области. Также респонденты в целом поддерживают идею использования органов как умерших, так и живых

доноров (39%). Вместе с тем, около четверти считают допустимым лишь посмертное донорство (24%), 9% считают допустимым использование органов от живых доноров, без нанесения непоправимого вреда здоровью и 10% выступают в принципе против подобных способов лечения.

Более глубокий анализ сложившихся в общественном мнении представлений о донорстве органов свидетельствует, о весьма поверхностных и настороженных взглядах на эту проблему. Большинство граждан убеждены – что донорство при жизни (почки или печени) наносит невосполнимый ущерб здоровью донора (72%), а люди с пересаженными органами не

могут жить полноценной жизнью – с этим суждением

согласна почти (48%) половина опрошенных (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение мнения населения о разных суждениях трансплантологии, %

Ответы	Согласен	Не согласен	Затрудняюсь ответить
Согласие на завещание своих органов после смерти - это долг каждого человека	26	61	13
Пересадка почки от здорового человека, хотя и спасает жизнь больному, но при этом наносит непоправимый вред здоровью донора	73	15	12
Люди, которым пересадили орган, не могут жить полноценной жизнью	48	36	16
Донорство органов позволит увеличить продолжительность жизни в нашей стране	54	30	16
Донорство органов - это противоестественный процесс: все должны жить столько, сколько отпущено	31	51	18
Донорство органов не получит широкого распространения без массовой информационной поддержки	65	14	21

Наличие опасений граждан РК в отношении возможных злоупотреблений при пересадке органов находит отражение во мнении опрошенных относительно широкого распространения в стране «черной» торговли органами. С таким стереотипным мнением согласны четверть населения; каждый второй считает, что незаконная торговля все же имеет некоторое распространение в нашей стране и только 3% могут сказать, что черный рынок в Казахстане отсутствует. При этом среди населения эти опасения выражены в наибольшей степени – более 40% согласились с мнением, что торговля органами широко распространена у нас.

Среди тех каналов информации, через которые жители нашей страны предпочли бы получить информацию о донорстве органов и трансплантации, на первое место выходят руководители Министерства здравоохранения и известные медицинские деятели – предпочтение этим каналам информации отдают 41% и 39% населения. Именно эти институты власти сейчас наделены авторитетом для формирования идеологического

направления на установки в отношении донорства и пересадки органов. Следующим предпочитаемым каналом распространения информация о донорстве и пересадке органов также является один из институтов медицины – лечащие врачи в обычных больницах (32%). От первых лиц государства и ведущих телепередач по медицинской тематике подобную информацию хотели бы услышать не более 15% населения. Другие социальные институты - мечеть, церковь, ВУЗы, школа – также остались практически без поддержки в этом вопросе – получать информацию через деятелей этих институтов предпочли 8 и 4% соответственно. Вместе с тем, 13% населения не считают, что тематика донорства и пересадки органов заслуживает какого-либо освещения и распространения.

На вопрос: «Готовы ли Вы отдать свой орган в случае необходимости близким родственникам?» подавляющее большинство населения (79%) были бы готовы отдать свой орган, если бы это касалось спасения жизни своих детей. Для супруга пожертвовать свой орган хотели бы 60% (рисунок 2).

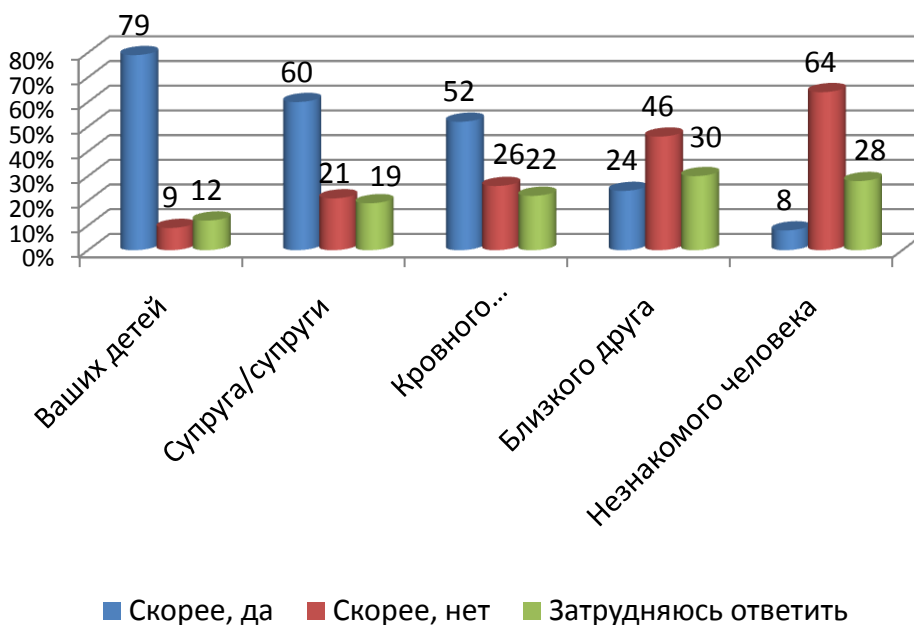


Рисунок 2 - Распределение респондентов о согласии стать донором, %

В отношении других кровных родственников эта доля близка к 50%, а если это касается близкого друга, то только четверть готовы бы были стать донорами для спасения их жизни. В вопросе касающихся близких друзей мнение осталось крайне неопределенным – доля затруднившихся с ответом достигает почти трети опрошенных. Готовность стать донором органов вне зависимости от кровных и эмоциональных связей для абсолютно незнакомых людей, нуждающихся в пересадке, мала, но, тем не менее, составляет 8% выборочной совокупности. Информированность знаний о том, как можно выразить свое волеизъявление в отношении донорства лишь 15% смогли оценить как «достаточные», более 75% считают их недостаточными. На этом основании можно полагать, что базовые

предпосылки о введении нормы презумпции согласия не подкрепляются должным уровнем осведомленности населения по этому механизму. Мнение респондентов о том, что многие ли жители нашей страны могли бы дать согласие на использование их органов после смерти, в целом отражает пассивные установки в этом отношении – только в глазах четверти населения так поступили бы многие; обратной позиции придерживается вдвое больше населения. Среди основных причин такого отказа не выдвинулось единого мнения – опасения того, что информация о сделанном решении будет использована в недобросовестных целях и поставит под угрозу их жизнь, сочетаются с наличием религиозных противоречий или просто не мотивированным отказом на становление донором органов (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение причины отказа на использование органов для трансплантации

Ответы	%
Я в принципе не хочу быть донором органов	23
Я опасаясь, что информация о моем решении завещать органы будет использована в недобросовестных целях и поставит под угрозу мою жизнь	22
Это противоречит моим религиозным убеждениям	19
Я опасаясь, что врачи не будут пытаться спасти мне жизнь, если они будут знать, что я завещал свои органы	17
Я мало что знаю о пересадке органов	11
Затрудняюсь ответить	8

Коммерциализация донорства является одним из сложнейших вопросов морально-этического рода. Проникновение элементов денежной логики в сферу, не подразумевающей изначально развитие товарно-денежных отношений, вызывает дилемму. С одной стороны распространение рыночных механизмов вызывает череду опасений, связанных с тем, что это может привести 1) к бесконтрольному использованию органов людей и эксплуатации организма человека и 2) к подрыву моральной ценности таких сакральных благ в процессе оценивания и назначения им цены. С другой стороны, действующая система донорства органов не позволяет достичь оптимального равновесия между реальным спросом и уровнем предложения органов, что приводит к крайне острому дефициту органов. На чаше весов оказываются моральные ценности и жизнь не спасенных пациентов.

Сейчас в Казахстане нуждаются в трансплантации органов около пяти тысяч человек. Из них примерно трем тысячам требуется пересадка почек, одной тысяче - пересадка печени и 800 нуждаются в новом сердце.

Анализ показал, что современная ситуация в области трансплантологии Казахстана характеризуется наличием институциональных противоречий внутри всей совокупной системы. Рассматриваемая проблема развития донорства органов представляет одну из морально-этических проблем современной отечественной медицины. Являясь одним из самых сложных видов медицинской помощи, требующим высокого уровня профессионального и материального обеспечения, эта область не может развиваться без поддержки общества и участия населения в становлении донорами органов. Прогресс в оказании трансплантологической помощи в Казахстане поставил новые вызовы перед необходимостью формирования институциональных рамок взаимодействия в организационном поле системы здравоохранения. Неэффективность действующих законодательных норм определяет необходимость поиска оптимальных институциональных форм, способствующих развитию практик донорства на массовом уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Готье С.В., Мойсюк Я.Г., Ибрагимова О.С. Органное донорство и трансплантация в Российской Федерации в 2009 г.: II сообщение регистра Российского трансплантологического общества // Вестник трансплантологии и искусственных органов, 2010. – Т. XII. – № 3. – С 6–15.
- 2 Готье С.В., Мойсюк Я.Г., Ибрагимова О.С. Тенденции развития органного донорства и трансплантации в Российской Федерации в 2006–2008 гг. Сообщение I (по данным регистра Российского трансплантологического общества) // Вестник трансплантологии и искусственных органов, 2009. – Т. XI. – № 3. – С. 8–16.
- 3 Полушин Ю. С., Резник О. Н., Сергиенко С. К., Логинов И.В. Кризис в органном донорстве: роль образовательных программ в его преодолении // Вестник анестезиологии и реаниматологии, 2009. – Т. 6. – № 2.– С. 17–25.
- 4 Мойсюк Я.Г. Трансплантация почки от живого родственного донора – новый взгляд и подходы к проблеме. // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – М.:2001. – №3-4. – С. 56-62.
- 5 Тареева И.Е. Нефрология: Руководство для врачей. //Медицина, 2000. – С. 596 - 657.

Ф.Т. СТАМКУЛОВ

№7 Алматы қаласының клиникалық ауруханасы

ДЕНЕ МҮШЕЛЕРІН ТРАНСПЛАНТАЦИЯЛАУ ЖӘНЕ ДОНОРЛЫҚ ТУРАЛЫ АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ПІКІРІ

Түйін: Соңғы он жыл ішінде медициналық ғылымда дене мүшелерін трансплантациялау үлкен бір жетістікке ие болды. Қазіргі кезде медицина саласында дене мүшелерін трансплантациялау бойынша оталарды жасауға дәрігерлердің мүмкіншіліктері бар, бірәқ донорлық мүшелердің жоқтығынан бұл жұмыс іске асырылмай тұр.

Түйінді сөздер: трансплантация, дене мүшелерін ауыстырып салу, мүшелер, бүйрек, бауыр, жүрек, донор

F.T. STAMKULOV

City clinical hospital No. 7 of Almaty

SOCIOLOGICAL ASSESSMENT OF OPINION OF THE POPULATION OF ALMATY ABOUT ORGAN TRANSPLANTATION AND DONORSHIP

Resume: Considerable break in the medical science, occurred in the last decades, opened unique opportunities for mankind on organ transplantation. During a little more than 50 years the transplantology could pass a way from "demonstration of a surgical miracle" before carrying out planned operations on life rescue by one hundred thousands patients.

The modern situation puts new calls before development of this area of medicine - despite all opportunities of doctors for carrying out difficult operations for rescue still once incurable patients, they remain almost unrealized because of shortage of donor organs.

Keywords: transplantation, change, bodies, kidneys, liver heart, donor.

А.Н. НУРБАКЫТ, Г.М. УТЕУЛИН

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті
ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі*

МИ ИНСУЛЬТЫНЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫН ӨЛЕУМЕТТІК ЗЕРТТЕУ

Бұл мақалада өлеуметтік зерттеулерді қолдана сұхбаткерлер арасында ми инсультының даму қауіп факторлары зерттелінген.

Түйінді сөздер: *инсульт, өлеуметтік зерттеулер, қауіп факторлары.*

Қазіргі кезде церебральді инсульт әлем бойынша өмірге қауіп төндіретін, жиі кездесетін неврологиялық ауру және де тұрғындардың өлімі мен мүгедек болып қалуының маңызды себептерінің бірі болып табылады. Жыл сайын инсульт 5,6-6 млн. адамда байқалады. Бұл эпидемиямен күресу бойынша белсенді ғаламдық шаралар қолданылмаса 2015 жылы инсульттан өлім 6,7 млн. дейін, ал 2030 жылы 7,8 млн. дейін өсетіндігі болжалып отыр.

Қазақстанның түрлі аудандарында церебральді инсультпен сырқаттанушылық 1000 адамға шаққанда 2,5-3,7 жағдайды, өлім-жітім – 1000 адамға шаққанда 1,0-1,8 жағдайды құрады. ҚР статистикасы агенттігінің мәліметтері бойынша 2010 жылы Қазақстанда 32 мың адам инсультқа шалдыққан, ал инсульттың болуына байланысты мүгедектік бойынша жәрдемақы алатын тұлғалар саны 200 мыңнан асқан [1,2].

Сонымен, келтіріліп отырылған мәліметтер церебральді инсультпен сырқаттанушылықтың өзекті мәселелердің бірі екендігін анықтап отыр.

Церебральді инсульттың даму қауіпі мен ерте кезеңдерде оны уақытылы анықтау мақсатымен 2012 жылы медициналық ұйымдардағы пациенттер арасында өлеуметтік сауалнама жүргізілді.

Өлеуметтік пікір сауалнамасының жалпы таңдамалы жиыны 2000 сұхбаткерлерден (облыстың қалалық және аудандық медициналық ұйым пациенттері) құралды. Рандомизация әдістерімен облыстық медициналық ұйым (неврология, кардиология және терапия бөлімдері) пациенттері арасынан сауалнаманы жүргізу үшін сұхбаткерлер таңдалып алынды.

Сауалнамаға қатысқан сұхбаткерлердің басым көпшілігін әйелдер (54,5%) құраған, ер адамдар (45,5%) құрады. Сұхбаткерлерді жас бойынша үлестіру цереброваскулярлы патологиясы бар сырқаттар ішінде 31-50 жас аралығындағы тұлғалардың үлесі (67,6%) басым екендігін куәландырады. Сұхбаткерлердің білім дәрежесі пациенттердің жартысынан көбінде (56,2%) арнайы орташа және жоғары білімі бар екендігін көрсетті.

Сауалнамаға қатысқандар арасында көбісі (төрттен үші) емделуге қайталанып жатқызылған болатын және тек бір төртіншісі (26%) цереброваскулярлы патологиямен алғашқы рет жатқызылған болатын. Стационарға қайталанып түскендер арасында: 37% - денсаулығының нашарлауына байланысты, екінші ретті профилактика жүргізу үшін – 14,5%, ағымдағы жылда 2 рет емдеуге жатқызылғандар – 22,0% құрады.

Сұралған пациенттер жартысының дерлік денсаулығының жалпы жағдай (47%) «орташа» деп бағалады (денсаулықтары кезеңді түрде нашарлап отырады), бір үшінші пациент (30,5%) денсаулықтың «қалыпты» жағдайын белгілейді (мезгілдік вирустық

ауруларды ескермегенде) және 22,5% - денсаулық жағдайы «нашар». Көріп тұрғанымыздай, денсаулық жағдайын көрсеткіштерінің «орташа» мен «нашарлары» жалпы (53%) денсаулықтың «қалыпты» (47%) деген көрсеткішінен жоғары, бұл зерттелген сұхбаткерлер жиынының жалпы жағдайын – созылмалы ауруларға, соның ішінде инсультқа бейім сипатта екендігін көрсетті. Инсульт дамуына әсер ететін маңызды факторлардың бірі эмоционалды жүйке жүйесінің шиеленісі, күйзелістер болып табылады. Егер сұхбаткерлердің 43,7% олардың жұмыстық қызметтері күйзелістермен ешқандай байланысы жоқ десе, 47,2% күйзелістік жағдайлар кей кездері болып тұратындықтарын атап өтті, 37,5% жұмыс орындарында күйзелістердің жоғары жиіліктерін белгілеп берді. Жалпы, жұмыс орындарында күйзелістердің болу мен жиілігі туралы сұхбаткерлердің жауаптары осы фактордың инсульт белгілерінің күшеюіне әсер ететіндігін куәландырады.

Церебральді инсульт дамуының маңыздылығы аз емес психологиялық факторына пациенттер өмірінде анықталған жеке дара терең эмоционалды күйзелістер жатады: жақын адамның қайтыс болуы немесе ауруы – 37,2%; жұмыстан босатылу – 27,0%; ажырасу – 16,0%; көшу – 19,7%. Сұхбаткерлер психологиялық күйзеліске тек жақын адамның қайтыс болуы немесе ауруын ғана жатқызыбай, сонымен қатар жұмыстан босатылу, ажырасу сияқты себептерді жатқызыған.

Біздің сырқаттардың 87,5% жағдайында анықталған созылмалы күйзелістің болуы тұрақты демалыстың болмауынан пайда болады. Көбінесе, бұл күн тәртібін дұрыс ұйымдастырмаудан, жыл сайынғы еңбек демалысын толық қолданбаудан болады.

Сұхбаткерлерден күйзелістердің 4 негізгі түрі анықталды: еңбек қызметінің орны бойынша психологиялық, жанұялық жан-жалдар, қысқартулар мен жұмыссыздық және қаржылық қиындықтарды, осыларды церебральді инсульт даму предикторларына жатқызу керек.

Сондай-ақ жүрек-қан тамырлары ауруларының даму қауіпінің факторларына шылым шегу де жатады: еркін фактор және ең жаратылыс шылым шегу. Сұхбаткерлердің жартысынан азы (45,2%) шылым шекпейді, зерттелген топта шылым шегетіндер 54,8% құрады және шылым шегудің ұзақ өтілдері бар (5 және одан да көп жыл). Сонымен қатар, сұралғандардың 67,0% күніне 1 данадан 5 данаға дейін темекіні тартады, 27,3% - күніне темекінің жарты немесе бір қорабын тартады, шылым шегуді бақыламайтындар – 5,8% (35 адам) құрады. Осылайша, сұралғандардың көбісі, оларда церебро-васкулярлы аурулардың бар болуына қарамастан кішкене мөлшердің өзінде церебральді инсульт даму қауіпін қоздыратын фактор болып табылатын шылымды шегеді.

Жүрек-қан тамырлары ауруларының дамуының келесі предикторы ішімдікті қолдану болып табылады.

Алынған мәліметтердің талдауы сауалнамаға қатысқандардың басым көпшілігі ішімдікті пайдаландығын (72,9%) атап өтті, бұл шылым шегетін пациенттер үлесінен 1,5 есе жоғары. Әлеуметтік пікір бойынша ішімдікті пайдалану факторы ішімдікті пайдалану өмір салтына айналған сұхбаткерлер арасындағы инсульт қаупінің негізгі факторларының бірі болып табылады.

Сауалнама мәліметтері көрсеткендей сұхбаткерлердің тек бесінші бөлігі (20,3%) күнделікті өмірде диетаны сақтайды, алайда «диеталық тамақтану» түсінігі қоғамның түрлі әлеуметтік топтарында әртүрлі болып келеді және ол дін, ұлт, әлеуметтік-экономикалық ерекшеліктермен байланысты. Әр үшінші дерлігінде (29,1%) өзінде бар ауруларға қарамастан диеталық тамақтануды ұстанбайды. Сондай-ақ сұхбаткерлердің 42,0% көбінесе майлы ет және қуырылған тағамдарды қолданады. Сауалнама алынған 10,4% ашты және тұздалған тамақтарды жақсы көреді.

Осылайша, инсульт бойынша жоғарғы қауіп тобындағы пациенттердің тамақтану мәдениеті төмен деп бағаланады. Мүмкін бұл дәстүрлі қазақ және жалпы шығыс тағам менталитетімен байланысты болар, алайда аймақтағы әлеуметтік орал тұрғындар топтарының маңызды статистикалық деңгейін ескеріп, тұрғындар тамақтануына әсер ететін әлеуметтік-экономикалық факторларды ескере кету қажет.

Сұхбаткерлердің жартысынан көбінде қалыпты салмақ анықталды, бұл олардың субъективті бағалауымен сәйкес келмейді, ол бойынша 45,5% өздерін артық салмағы бар тұлғалар ретінде көреді.

Сауалнамаға қатысушылардың жартысынан көбі (67,0%) баспалдақтан көтерілу кезінде өздерінде енгірудің болуын белгілейді. Сонымен қатар: 1 қабат деңгейінде - 37,7%; 3 қабат деңгейінде - 38,8%; 5 қабат деңгейінде - 23,5%. Тек 33% сұхбаткерлерде жоғарыға көтерілгенде енгігу болмайды.

Сұралғандардың тек 18,0% өз денсаулықтарын сақтап тұру үшін спортпен, спорттық жаттығулармен белсенді шұғылданатындығын ерекше атап өткен жөн. Сауалнама сұхбаткерлерінің көбісі (82,0%), олардың ішінде спорттық жаттығуларды сирек жасайтындар - 27,4%, 15,5% - аурудың кесірінен жасай алмайды, 57,0% - спортқа әуестігі жоқтықтан, жалқаулықтан екендігін атап өтті.

Сауалнама сұхбаткерлерінің үштен екі бөлігі хал-жағдайлар мен ауа райы өзгеруі арасындағы байланысты

белгіледі : кейде - 44,2%; әр оныншы (9,6%) - жиі, тұрақты - 15,2%. Осылайша, цереброваскулярлы аурулары бар пациенттердің көбісі метеосезімтал болып келеді.

Анемнездің жүрекқан тамырлары ауруларымен күрделенуі біздің зерттеулеріміздің мәліметтері бойынша сұхбаткерлердің 40% анықталды, олардың ішінде артериалды гипертония әкесінде 37,8%, анасында 30,0% және екі ата-анасында да 32,2% кездескен, бұл жүрек-қан тамырлары патологиясы бойынша тұқымқуалаушылықтың бар болуын дәлелдейді, ол цереброваскулярлы жеткіліксіздігі бар ауруларда қауіп факторларының маңыздыларының бірі болып табылады.

Артериалды гипертониямен ауыратын пациенттердің осы жиынынан ауыру ұзақтығы 1-3 жыл үлесі - 38,7%; 3-5 жыл - 32,5%; 5-10 жыл - 15,8%; 10 жылдан аса - 7,2%, сұхбаткерлердің 5,8% жақын арада ғана артериалды қысым туралы білді. Осылайша, сауалнама сұхбаткерлерінің 61,5% артериалды гипертония ұзақтығы бойынша инсульт қаупі жоғары пациенттерге жатады (4 жылдан бастап одан да ұзақ). Сұралғандардың тек 13,7% өздерінің артериалды қысымының жағдайын қалыпты деп бағалайды. Сұхбаткерлердің жартысынан астамы (53,3%) артериалды қысым ағымын жиі көтеріліп кететін жағдайда деп санайды, әр төртінші сұхбаткер артериалдық қысымдарының жиі төмендеп кетуін белгілеп отыр (25,5%), шамамен 8% өздерінің артериалды қысымы жағдайы туралы білмейді.

Церебральды инсульттың даму предикторларының бірі ретінде қант диабеті жағдайлардың көбісінде анықталды (54,8%): олардың ішінде 14,5% эндокринологта диспансерлік тіркеуде тұр, 10,1% инсулингетәуелді қант диабеті анықталды, әрқайсысында қандағы қанттың жоғару болуы белгіленіп отыр.

Қорытындылай келе, церебральді инсульттардың таралуы негізінен өмір сүру салты және онымен байланысты қауіп факторларына тәуелді екендігі белгіленді: артериалды гипертониядан (44,8%), жүрек ауруларынан (37,2%), қант диабетінен (20,5%), күйзелістерден (56,3%), дененің артық салмағынан (50,6%), шылым шегуден (49,3%), ішімдік сусындарды пайдаланудан (34,2%), аз қозғалысты өмір салтынан (82%), метеосезімділіктен (59%). 64,7% жағдайда пациенттер осы факторларды қауіп факторлары ретінде бағаламайды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Күлебрас А. Инсульт — острое заболевание, которое можно предотвратить // Журн. неврологии и психиатрии. — 2007. — С.74-76.
- 2 Информационный бюллетень ВОЗ. 2011. — №310

А.Н. НУРБАКЫТ, Г.М. УТЕУЛИН

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова
Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК*

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ

Резюме: В данной статье изучены факторы риска развития мозговых инсультов среди респондентов с применением методов социологического исследования.

Ключевые слова: инсульт, социологическое исследование, факторы риска.

A.N.NURBAKYT, G.M.UTEULIN

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarova
Kazakh School of Public Health

SOCIOLOGICAL RESEARCH OF RISK FACTORS OF CEREBRAL STROKES

Resume: This article studied the risk factors of cerebral strokes among the respondents using the methods of sociological research.

Keywords: stroke, sociological research, risk factors.

УДК 612.347:246.55

Р.Н. ЕСПАЕВА, Т.Б. ДЖЕНАЛАЕВ, Ж.С. АЖМУХАНОВ, Э.М. ХАМЗИНОВА, А.М. ИСКАКОВА

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

Кафедра акушерства и гинекологии №2

ГКП на ПХВ «Родильный дом №2» г.Алматы

АНАЛИЗ ИСТОРИЙ РОДОВ С АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Цель исследования состояла в оценке качества жизни женщин, перенесших гистерэктомию в связи с массивными акушерскими кровотечениями. Качество жизни оценивалось путем тестирования по шкале NHP - Nottingham Health Profile и визуальной аналоговой шкале (ВАШ). При оценке качества жизни данных женщин в основном страдают такие параметры, как энергичность, эмоциональные реакции, сон и физическая активность. По методике ВАШ более 91% женщин оценивали свое состояние на 2-4.

Ключевые слова: акушерские кровотечения, гистерэктомия, психо-эмоциональное состояние, качество жизни, реабилитация.

Кровотечения во время беременности и родов были и остаются основной проблемой акушерской науки и практики, основной причиной материнской смертности и инвалидизации женщин. Необходимость в экстренной экстирпации матки после кесарева сечения составляет 0,7%, а после родов через естественные родовые пути – 0,02%. Основной причиной гистерэктомий во время беременности и родов являются массивные кровотечения [1,2].

По современным представлениям клинический симптомокомплекс, развивающийся после гистерэктомии с сохранением одного или двух яичников, характеризующийся психовегетативными и метаболическими нарушениями объединяют в постгистерэктомиический синдром (ПГС) [3]. Гистерэктомии подвергается каждая пятая женщина в течение жизни. Наибольшее количество гистерэктомий приходится на наиболее социально-активный период жизни женщин. ПГС резко снижает качество жизни женщины.

Качество жизни больных после гистерэктомии в современных условиях заслуживает особого внимания, так как гистерэктомия способствует нарушению сложных нейроэндокринных взаимоотношений в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-кора надпочечников-щитовидная железа, влияет на кровообращение, лимфатическую систему тазового дна, уродинамику нижних отделов мочевой системы, половую функцию женщины. Среди отдаленных последствий удаления матки преобладают вегетоневрологические расстройства, что связано с изменением психогенного характера или угнетением функции оставленных яичников [3,4].

Целью исследования было проведение анализа особенностей течения беременности и родов у

беременных женщин и родильниц с массивными кровотечениями, исходов для матери и плода, а также частоты, показаний, обоснованности гистерэктомий и определение качества жизни женщины после перенесенной гистерэктомии.

Качество жизни нами оценивалось путем тестирования по шкале NHP - Nottingham health Profile и визуальной аналоговой шкале (ВАШ). NHP – оценивает такие параметры, как энергичность, болевые ощущения, эмоциональные реакции, сон, социальная изоляция и физическая активность в баллах. ВАШ представляет шкалу на противоположных концах которой находятся наименьшее и наибольшее значения изучаемого показателя. Исследуемый пациент должен поставить значение показателя на шкале, который затем выражается в цифровом виде (Очень хорошее самочувствие соответствует цифре – 0, очень плохое – 10).

Так, по данным ретроспективного анализа историй родов по Родильному дому №2 за 2012 год было проанализировано 25 историй родов с массивными акушерскими кровотечениями (Таблица 1). Как видно из представленной таблицы, у 28% беременных женщин были спонтанные вагинальные роды в доношенном сроке, в одном случае при массивном атоническом кровотечении при безэффективности консервативного гемостаза и компрессионных швов была произведена экстирпация матки без придатков, общая кровопотеря составила 2400,0 мл, что составило 14% к числу самостоятельных родов. 18 (72%) беременных женщин были родоразрешены путем операции кесарево сечение, из них у 33% преждевременные оперативные роды, у 61% - срочные оперативные роды, в 6% (1 случай) было произведено малое кесарево сечение в 17-18 недель.

Таблица 1 – Вид родоразрешения

Вагинальные роды – 7 (28%)		Кесарево сечение – 18 (72%)		
Преждевременные	Срочные	Преждевременные	Срочные	Малое кесарево сечение
-	7 (100%)	6 (33%)	11(61%)	1 (6%)

Структура акушерских кровотечений представлена в таблице 2. Так, 44% приходится на атонические кровотечения, которые были связаны с антенатальной гибелью плода, многоводием, преэклампсией тяжелой степени, множественной миомой матки больших размеров, рубцом на матке, дефектом последа, чрезмерно сильной родовой деятельностью, крупным

плодом, анемией тяжелой степени. 44% кровотечений явились осложнением полного и неполного предлежания плаценты (ПП), в 28% отмечалась различная степень тяжести преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП) и в 2 (8%) случаях кровотечение было связано с частичным приращением плаценты.

Таблица 2 – Структура акушерских кровотечений

Причина	Количество
Атоническое кровотечение	11 (44%)
Кровотечение при ПП	5 (20%)
ПОНРП	7 (28%)
Частичное приращение плаценты	2 (8%)

Таблица 3 – Объем кровопотери

1000,0-1500,0	1501,0-2000,0	2001,0-2500,0	2501,0-3000,0
14 (56%)	1 (4%)	6 (24%)	4 (16%)

В 56% объем кровопотери составил до 1,5 л., 16% в объеме 2,5-3,0 л., в остальных случаях была кровопотеря в объеме 1,5 – 2,0 л. (Таблица 3).

В 11 случаях (61%) при оперативных родах был произведен хирургический гемостаз в объеме гистерэктомии и у одной роженицы выполнена перевязка внутренних позвоночных артерий. Гистерэктомия в 10 случаях заключалась в экстирпации матки и в одном случае - в надвлагалищной ампутации матки.

Нами были проанализированы 12 историй родов за 2012 год с акушерскими кровотечениями, которые закончились гистерэктомией.

Проведенный анализ показал, что возраст женщин составил от 24 до 39 лет, в среднем - 32,3 года. Общая кровопотеря составила от 1200,0 до 3000,0 мл, в среднем – 2416,7 мл. Из них 3 - 25% были первородящими. Одна из них была первородящей 39 лет. У всех трех женщин отмечается отягощенный соматический анамнез. Двое женщин были с отягощенным гинекологическим анамнезом (ОГА): медицинские аборт, диатермоэлектрокоагуляция шейки матки по поводу эрозии, эндометриоз половых органов, вторичное бесплодие. Повторнородящие женщины также были с отягощенным акушерско-гинекологическим и соматическим анамнезом: медицинские аборт, самопроизвольные выкидыши, рубец на матке, киста яичника, множественная миома матки больших размеров. Отмечалось осложненное течение данной беременности: предлежание плаценты, угрожающие поздние выкидыши и угрожающие преждевременные роды, бактериальный вагиноз и кандидоз, преэклампсия легкой и тяжелой степени, бессимптомная бактериурия, многоводие. Из экстрагенитальных заболеваний отмечались обострение хронического холецистита, умеренная анемия и заболевания почек.

Из 12 рожениц у 1 (8%) женщин роды были самостоятельными, а 11 (92%) беременных были родоразрешены путем операции кесарево сечение.

Исход в отношении женщин и новорожденных был благоприятным.

Из данных женщин, перенесших органосохраняющую операцию детородного органа, у девяти рожениц отмечается недостаточно реализованная репродуктивная функция. У одной роженицы 29 лет – нереализованная репродуктивная функция. В данном случае у повторнобеременной-первородящей женщины (первая беременность закончилась медицинским аборт в 8-9 недель) при сроке беременности 30-31 неделя была диагностирована ПОНРП и антенатальная гибель плода. При операции обнаружена матка Кювелера, что явилось показанием для гистерэктомии, общая кровопотеря составила 2500,0. Отмечает на себя внимание, что данная женщина обратилась за медицинской помощью через 4 часа от начала появления распирающих болей в животе.

При оценке качества жизни данных женщин по шкале NHP в основном страдают такие параметры, как энергичность, эмоциональные реакции, сон и физическая активность. 42% женщин отмечают ухудшение памяти. Эмоциональное состояние характеризовалось максимальной выраженностью таких негативных психологических реакций как ощущение подавленного, унылого, депрессивного состояния. Самыми выраженными психологическими симптомами было ощущение тревожности и нервозности. По методике ВАШ более 91% женщин оценивали свое состояние на 2-4.

Таким образом, низкий индекс здоровья женщины, наличие ОАА и/или ОГА, наличие гинекологических заболеваний, УГИ влияют на течение беременности и родов, вплоть до таких грозных осложнений как акушерские кровотечения, когда в случае массивного кровотечения приходится выполнять калечащую женщину операцию, как гистерэктомия. Что особенно неблагоприятно в случаях, когда женщина еще не полностью выполнила свою репродуктивную функцию. Тем более, что данные женщины нуждаются в

последствии в комплексной реабилитации, с целью улучшения качества жизни.

Дефектами ведения данных беременных в женской консультации являются: поздняя постановка на учет, несвоевременная диагностика и лечение экстрагенитальных заболеваний, неадекватная санация воспалительных заболеваний нижнего отдела полового тракта, недостаточная санитарно-просветительная работа в отношении «тревожных» признаков при

беременности, соблюдении интергенетического интервала, о вреде абортот и преимуществах планирования семьи безопасными методами.

Учитывая влияние гистерэктомии на соматическое и психическое здоровье, данным женщинам необходимо проведение комплекса реабилитационных мероприятий для коррекции соматического и психического состояния с целью улучшения качества жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Чернуха Е.А., Федорова Т.А. Эволюция методов терапии послеродовых кровотечений.// Акушерство и гинекология, 2007. - №4. - С.61-64.
- 2 Чернуха Е.А., Пучко Т.К., Комиссарова Л.М. Профилактика и лечение массивных акушерских кровотечений, как фактор снижения материнской смертности.// Материалы форума «Мать и Дитя». – 2007. - С.294-295.
- 3 Кулаков В.И., Адамян Л.В., Аскольская С.И. Гистерэктомия и здоровье женщины. - М.: Медицина, 1999.-312 с.
- 4 Мясникова Г.П. Нарушения репродуктивной функции женщин после родов, осложненных массивной кровопотерей.// Акушерство и гинекология, - 1986. - №10. - С.29-32.
- 5 Латыпов А.С. Реабилитация женщин, перенесших неотложную гистерэктомию при акушерской патологии: автореф.дис. ... канд.мед. - М.: 1992. – С.5.

Р.Н. ЕСПАЕВА, Т.Б. ДЖЕНАЛАЕВ, Ж.С. АЖМУХАНОВ, Э.М. ХАМЗИНОВА, А.М. ИСКАКОВА

АКУШЕРЛІК ҚАН АҒУ БОЛҒАН БОСАНУ ТАРИХТЕРІН ТАЛҚЫЛАУ

Түйін: Мақаланың мақсаты массивті акушерлік қан кетуге байланысты гистерэктомия болған әйелдердің өмірлік сапасын бағалау болды. Әйелдердің өмірлік сапасы NHP - Nottingham health Profile және визуалдық аналогтық шкалалары бойынша (ВАН) тестілеу арқылы жүргізілді. Өмірлік сапасын бағалау кезінде келесі параметрлер өзгерді: қуаттылық, эмоционалдық реакциялар, ұйқы және физикалық белсенділігі. ВАН Әдісі бойынша 91%-дан аса әйелдер өзінің жағдайын 2-4 арасында бағалады.

Түйінді сөздер: акушерлік қан кету, гистерэктомия, психо-эмоционалдық жағдай, өмірлік сапа, реабилитация.

R.N. ESPAYEVA, T.B. DJENALAYEV, ZH.S. AZHMOUKHANOV, E.M. KHAMZINOVA, A.M.ISKAKOVA

ANALYSIS OF CHILDBIRTH REPORTS ON OBSTETRICAL BLEEDING

Resume: The study was performed with the aim to evaluate life quality of women who have had hysterectomy due to voluminous obstetrical bleeding. Their life quality was assessed through testing based on Nottingham health Profile (NHP) and visual analogue scales (VAS). When assessing the women' life quality aggravation of some parameters such as vitality, emotional reactions, sleep and physical activity was observed. According to VAS based assessment over 91% of women evaluated their condition at 2-4 score level.

Keywords: obstetrical bleeding, hysterectomy, psycho-emotional condition, life quality, rehabilitation.

УДК: 616.366-003.7.

А.К.ЖАНАБЕКОВА

ГКП на ПХВ Городская поликлиника г.Кокшетау

ИНФОРМАТИВНОСТЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Одним из распространенных и информативных методов исследования считается ультразвуковое исследование (УЗИ), которое относится к неинвазивным методам диагностики. Несмотря на это УЗИ позволяет исследовать внутренние органы, с большей вероятностью выявить нарушения и размеры патологий и других возможных отклонений.

Желчнокаменная болезнь по распространенности находится на третьем месте после сердечно - сосудистой патологии и сахарного диабета. При УЗИ диагностике камни желчного пузыря и желчевыводящих путей определяются как плотные образования с ультразвуковой тенью. С помощью УЗИ можно не только увидеть камни, но и определить положение, размеры, форму желчного пузыря и проходимость желчевыводящих протоков.

Результаты наблюдений лучевой диагностики убеждают необходимость дальнейшего поиска новых не- или малоинвазивных способов применения ультразвука в предупреждении и коррекции возникающих желчнокаменных патологий с поражением органов желчесоудержающих и желчевыводящих путей.

Ключевые слова: ультразвуковое исследование, желчекаменная болезнь, конкременты, желчный пузырь, желчевыводящие пути, неинвазивный метод диагностики.

Патологические процессы в организме человека часто бывают причиной развития болезни, которые имеют похожие симптомы. Особое внимание уделяется органам брюшной полости, при которых клиническая картина заболеваний очень похожая и без результатов диагностических исследований сложно поставить правильный диагноз и назначить лечение.

Одним из распространенных и информативных методов исследования считается ультразвуковое исследование (УЗИ), которое относится к неинвазивным методам диагностики [1,2]. Несмотря на это УЗИ позволяет исследовать внутренние органы, с большей вероятностью выявить нарушения и размеры патологий и других возможных отклонений.

Желчнокаменная болезнь (холелитиаз или, желчекаменная болезнь) – заболевание, связанное с нарушением обмена холестерина и билирубина, в результате чего образуются конкременты (камни) в желчном пузыре (холецистолитиаз) и/или в желчных протоках (холедохолитиаз). Это заболевание по распространенности находится на третьем месте после сердечно - сосудистой патологии и сахарного диабета [3]. И часто связана с теми лицами, чьи образ жизни обусловлен со стрессовыми ситуациями и ведущими малоподвижный образ жизни. Поэтому наибольшее распространение болезни сопряжено с экономическим развитием страны.

При УЗИ диагностике камни желчного пузыря и желчевыводящих путей определяются как плотные образования с ультразвуковой тенью, следующей за ними. Камни обычно располагаются на задней стенке

желчного пузыря и смещаются при перемене положения тела. При УЗИ видны камни с наименьшим размером 1-2 мм. Нередко определяется осадок, т. е. песок. Точность метода при диагностике желчнокаменной болезни составляет до 98%.

С помощью УЗИ можно не только увидеть камни, но и определить положение, размеры, форму желчного пузыря и проходимость желчевыводящих протоков.

Движение желчи по желчевыводящим путям обеспечивается за счет согласованной деятельности печени, желчного пузыря, общего желчного протока, поджелудочной железы, двенадцатиперстной кишки. Это обеспечивает своевременное поступление желчи в кишечник во время пищеварения и накопление ее в желчном пузыре натошак. Образование в нем камней происходит за счет изменения состава и застоя желчи (дисхолия), воспалительных процессов, моторно-тонических нарушений желчевыделения (дискинезия).

Различают холестериновые (до 80-90% от всех желчных камней), пигментные и смешанные камни. Холестериновые камни образуются путем перенасыщения желчи холестерином (Рисунок 1), выпадения его в осадок и формирования холестериновых кристаллов. Они содержат свыше 90 % холестерина, 2-3 % кальциевых солей и 3-5 % пигментов, причём билирубин обычно находится в виде небольшого ядра в центре конкремента. Камни с преобладанием пигментов часто содержат значительную примесь известковых солей, и их называют пигментно-известковыми.



Рисунок 1 – Состав холестериновых камней

Причины возникновения желчных камней: несбалансированное питание с преобладанием в

рационе животных жиров (свиного, бараньего, говяжьего) в ущерб растительным жирам; гормональные

нарушения, в частности, связанные с ослаблением функции щитовидной железы; нарушения жирового обмена с увеличением массы тела; поражения печени; малоподвижный образ жизни; воспаление в желчном пузыре; застой желчи.

Было много интересных исследований, о том, стоит ли хранить желчный пузырь с камнями, которые дают приступы печеночной колики и в любой момент могут привести к острому панкреатиту и панкреонекрозу. во время так называемого "гонения" камней они могут застревать по дороге, вызвав тем самым тяжелейшие осложнения.

В развитых странах желчекаменная болезнь по частоте конкурирует с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и приобретает значение социальной проблемы. По данным исследований, у 10 % населения в желчном пузыре обнаруживаются камни или песок. Однако клинические проявления болезни встречаются лишь у 10 % носителей камней, преимущественно у женщин в возрасте от 30 до 55 лет.

Желчные камни могут образовываться в любом возрасте, но точно определить время начала образования желчных камней довольно трудно, поскольку они довольно долго не дают о себе знать.

Инфекции способствуют образованию камней таким образом, что при воспалении желчного пузыря нарушается коллоидный и химический состав желчи, из-за чего происходят выпадение билирубина, холестерина, кальция и образование смешанных камней, типичных для инфекционного поражения желчного пузыря.

Имеет значение и наследственная предрасположенность: нередко в нескольких поколениях одной семьи, особенно по женской линии, отмечаются желчные камни.

Промышленно развитые страны, по данной патологии, располагают статистикой порядка 15%-ной

заболеваемости, при этом можно заметить, что распространенность напрямую зависит от возраста и от пола пациентов. В частности, мужчины страдают от этого заболевания в два раза реже, чем, соответственно, женщины. Каждая пятая из женщин в возрасте от 40 и более лет сталкивается с желчекаменной болезнью, в то время как мужчины этого же возраста с ней сталкиваются в каждом десятом случае. До 50 лет желчекаменная болезнь отмечается порядка у 11%, от 50 до 69 – до 23%, от 70 лет и более – до 50%.

На УЗИ желчные конкременты визуализируются в виде экзогенных участков с акустической тенью: экзогенную линию передней стенки желчного пузыря; анэхогенную полосу, представляющую желчь; гиперэхогенную линию, образуемую передней стенкой конкрементов; заднее акустическое затенение; заднее акустическое затенение. Акустическое затенение может отсутствовать, если конкременты имеют не диагностируемые размеры. Существует множество распространенных вариантов визуализации и аномалий желчного пузыря, которые могут выявиться при сканировании. Заслуживающей упоминания патологией является желчный осадок. Осадок выявляется в виде слоя на нижней стенке ЖП с различной экзогенностью и отсутствием акустической тени. Он часто возникает при состояниях, связанных с застоем желчи, таких, как голодание. Также известно, что он способен вызывать обструкцию желчных путей и холецистит.

Результаты наблюдений лучевой диагностики убеждают необходимость дальнейшего поиска новых не- или малоинвазивных способов применения ультразвука в предупреждении и коррекции возникающих желчнокаменных патологий с поражением органов желчевыводящих путей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Борсуков А.В., Лемешко З.А., Сергеев И.Е., Момджян Б.К. Малоинвазивные вмешательства по ультразвуковым контролем в клинике внутренних болезней / Под общей редакцией Харченко В.П. // Учебно-методическое пособие. – Смоленск: 2005. - 192 с.
- 2 Пропедевтика внутренних болезней: учебник для вузов / Н.А. Мухин, В.С. Моисеев. - Испр. изд. - М. : Гэотар-мед, 2004. - 768 с.
- 3 Ильченко А.А. Желчнокаменная болезнь.// – М.: Анархарсис, 2004. - 199 с.

А.К. ЖАНАБЕКОВА

ШЖҚ МҚМ Көкшетау қ. қалалық емхана

ӨТ-ТАС АУРУЫН ДИАГНОСТИКАЛАУДАҒЫ УЛЬТРАДЫБЫСТЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ АҚПАРТАНДЫРУ МҮМКІНДІГІ

Түйін: Зерттеу әдістерінің ішінде кең таралған және ақпартандыру мүмкіндігі жоғары болып диагностикалаудың инвазивті емес түріне жататын ультрадыбыстық зерттеу (УДЗ) әдістері табылады. Соған қарамастан УДЗ ішкі мүшелерді зерттеп, патологиялар мен басқа да мүмкін ауытқулардың орны мен өлшемдерін анықтауға мүмкіндік береді.

Өт-тас ауруы таралуы жағынан жүрек-қан тамыр және қант диабеті кейін үшінші орында тұр. УДЗ диагностикада өт қабындағы және өт жолдарындағы тастар ультрадыбыстық көлеңке беретін қатты түзілістер ретінде анықталады. УДЗ көмегімен тек тастарды көріп ғана қоймай, олардың орналасуын, өлшемдерін, өт қапшығының формасы мен өт шығару эозектерінің өткізгіштігін анықтауға болады.

Сәулелі диагностикамен байқау мәліметтері өт-тас патологиясының алдын алу және түзетуде инвазивті емес және аз – инвазивті ультрадыбысты қолданудың жаңа әдістерін іздестіру қажеттігін нұсқайды.

Түйінді сөздер: ультрадыбыстық зерттеу, өт-тас ауруы, конкременттер, өт қапшығы, өт шығару жолы, инвазивті емес диагностика.

A.K. ZHANABEKOVA
City polyclinic of Kokshetau

DESCRIPTIVENESS ULTRASOUND IN DIAGNOSIS CHOLELITHIASIS

Resume: One of the common methods of research and informative considered ultrasonography (USG), which relates to non-invasive diagnostic techniques. Despite this ultrasound allows us to study the internal organs are more likely to identify violations and sizes pathologies and other possible abnormalities.

Gallstone disease prevalence is in third place after cardio-vascular disease and diabetes. Ultrasound diagnosis of gallbladder stones and biliary tract are defined as tight formation with ultrasonic shadow. With the help of ultrasound can not only see the stones, but also determine the position, size, shape of the gallbladder and bile duct patency.

The results of observations of radiation diagnosis convince the need for further search for new non- or minimally invasive methods of application of ultrasound in the prevention and correction of emerging pathologies gallstone zhelchesoderzhaschih organ damage and biliary tract.

Keywords: ultrasound, gallstone disease, konkerement, gallbladder, bile duct, non-invasive method of diagnosis.

УДК616.12-008.311

А.К. ЖАНАБЕКОВА

ГКП на ПХВ Городская поликлиника г.Кокшетау

ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Ультразвуковой метод исследования в настоящее время является одним из ведущих в диагностике заболеваний женской половой сферы, поскольку он высокоинформативен и не имеет противопоказаний. Регулярные осмотры врача-гинеколога, а также УЗИ органов малого таза помогут вовремя распознать проблему в случае ее возникновения и принять соответствующие меры по ее устранению.

Ключевые слова: ультразвуковой метод, органы малого таза, гинекология, беременные женщины

Ультразвуковое исследование в целом считается безопасным способом получения информации. Диагностическое ультразвуковое исследование плода так же в целом рассматривается как безопасный метод для применения в течение беременности. Эта диагностическая процедура должна применяться, только если есть веские медицинские показания, с таким наименьшим возможным сроком воздействия ультразвука, который позволит получить необходимую диагностическую информацию, то есть по принципу минимального допустимого.

Каждая женщина, независимо от возраста, раз в полгода должна посещать гинеколога, даже в случае отсутствия каких-либо проблем и беспокойств, ведь многие гинекологические заболевания не сопровождаются болезненными симптомами, особенно на начальном этапе. Регулярные осмотры врача-гинеколога, а также УЗИ органов малого таза помогут вовремя распознать проблему в случае ее возникновения и принять соответствующие меры по ее устранению. Плановое УЗИ исследование органов малого таза женщинам следует проводить не реже 1 раза в год. При проведении такого исследования обычно изучают тело матки, эндометрий, шейку матки, позадидматочное пространство и мочевого пузырь. При необходимости проводится сканирование сосудов малого таза, лимфатических узлов и обзорное сканирование органов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Впервые проводить УЗИ органов малого таза можно в любой день менструального цикла, исключая дни менструации. Оптимально проведение исследования в I

фазе цикла (5-7-й день от 1 дня менструации). Если диагноз будет неясен или потребуется его уточнение, нужно будет повторно провести исследование в определенный день, назначенный врачом.

УЗИ органов малого таза проводится с помощью двух взаимодополняющих методик - трансабдоминального - ТА (наружного) и трансвагинального - ТВ (внутреннего) доступа. Исследование начинают с ТА эхографии, которая позволяет определить правильность расположения органов малого таза, размеры и строение выявленных патологических образований, при необходимости оценить состояние органов брюшной полости и забрюшинного пространства. На качество изображения при ТА сканировании большое влияние оказывают толщина передней брюшной стенки, перистальтика кишечника и наличие спаечного процесса.

ТВ исследование проводится специальным вагинальным датчиком, максимально приближенным к изучаемым органам. ТВ эхография дает более качественное изображение, позволяет оценивать мелкие детали. Однако, при ТВ сканировании не получается обзорной картины всего объема малого таза, что может привести к диагностическим ошибкам: крупные или далеко расположенные образования не попадают в поле зрения специалиста, проводящего исследование. Именно комбинация ТА и ТВ эхографии дает возможность наиболее точно оценить состояние органов малого таза и выявить существующую патологию.

Показания для проведения гинекологического ультразвукового исследования.

- Профилактические осмотры внутренних половых органов для выявления патологии;
 - Патология матки: миома (фибромиома) матки, аденомиоз (эндометриоз тела матки);
 - Патология эндометрия: гиперплазия эндометрия, полипы;
 - Воспалительные заболевания органов малого таза: гидросальпинкс, пиосальпинкс, эндометрит;
 - Патология яичников: кисты и опухоли яичников, поликистоз;
 - Образования малого таза: опухоли кишечника, мочевого пузыря, яичников, матки;
 - Диагностика аномалий развития матки: седловидная, двурогая матка, матка с вертикальной перегородкой и др.;
 - Оценка расположения внутриматочной спирали (ВМС) в полости матки;
 - Ультразвуковой мониторинг овуляции;
 - Диагностика беременности на ранних сроках и ее осложнений: угрожающий выкидыш, отслойка плодного яйца, неразвивающаяся беременность, пузырный занос, внематочная беременность; диагностика многоплодной беременности;
 - Диагностика осложнений после аборт, родов, диагностических манипуляций.
- С помощью УЗИ можно увидеть и оценить состояние тела матки, шейки матки, яичников, маточных труб (при их патологии) и окружающих их органов. Во время УЗИ измеряются размеры всех доступных для исследования органов, оценивается их структура и соответствие фазе менструального цикла.
- При наличии миомы матки УЗИ предпочтительнее производить в первую фазу менструального цикла, сразу после окончания менструации. Особенно это касается контрольных УЗИ, которые необходимо будет делать 1-2 раза в год. Это обусловлено тем, что в первой фазе размеры узлов миомы гораздо меньше, чем во второй, когда возможен их отек вследствие специфического действия гормона прогестерона. То есть, если сделать УЗИ дважды за один месяц, размеры одних и тех же узлов будут значительно отличаться в зависимости от фазы менструального цикла. Причем истинными будут считаться размеры узлов в первой фазе цикла. УЗИ помогает достоверно оценить количество узлов, их размеры, структуру, расположение по отношению к стенкам матки и полости матки, что очень важно для принятия решения о дальнейшем лечении.
- При эндометриозе с помощью УЗИ можно поставить диагноз при расположении эндометриодных очагов в мышце матки (миометрии). Это так называемый внутренний эндометриоз или аденомиоз. При этом заболевании, в отличие от миомы матки, лучше производить исследование во второй фазе менструального цикла, когда очаги "набухшие", и они лучше определяются во время УЗИ. Также при УЗИ можно определить наличие эндометриодных кист яичников - они имеют характерную структуру. При другой локализации очаги эндометриоза практически недоступны для визуализации с помощью УЗИ.
- При воспалении придатков матки (аднексит, сальпингофорит) УЗИ можно делать в любой день менструального цикла. Однако если имеется расширение маточных труб (гидросальпинкс, сактосальпинкс), исследование необходимо повторить сразу после

окончания менструации, чтобы определить, имеется ли дополнительный заброс менструальной крови в маточные трубы. При воспалении слизистой оболочки матки (эндометрите) важно оценить структуру эндометрия, поэтому УЗИ необходимо сделать и в первой, и во второй фазах цикла.

Состояние после аборта и других внутриматочных вмешательств. Здесь обязательно проведение УЗИ сразу после окончания очередной менструации, а также при наличии дополнительных показаний или при развитии осложнений (кровотечение, эндометрит, подозрение на остатки плодного яйца и т.д.)

При дисфункции яичников УЗИ может помочь в уточнении диагноза, оценке состояния яичников и эндометрия. Для этого необходимо произвести УЗИ, как минимум, дважды в течение одного менструального цикла. Особенно это важно при оценке эффективности лечения, когда необходимо отследить, имеется ли растущий фолликул, произошла ли овуляция и как изменяется эндометрий под действием гормонов, вырабатываемых яичниками.

Если при гиперплазии эндометрия во время УЗИ, во второй фазе цикла был заподозрен этот диагноз, необходимо повторное исследование сразу после окончания очередной менструации, чтобы посмотреть, произошло ли самостоятельное отторжение утолщенного эндометрия и/или полипов или в этом потребует врачебная помощь.

Поставить диагноз опухоли и кисты яичников можно при УЗИ, произведенном сразу после очередной менструации. В середине же и во второй фазе менструального цикла в яичниках в норме определяются достаточно большие (около 2 см в диаметре) дополнительные включения - растущий фолликул или желтое тело, которые при отсутствии опыта у врача можно принять за опухоль.

Подозрение на беременность устанавливается при задержке очередной менструации. С помощью УЗИ можно достоверно увидеть плодное яйцо в полости матки примерно на 5 - 7 дни задержки.

Если женщина практически здорова, в профилактических целях для раннего выявления различных гинекологических заболеваний необходимо делать УЗИ органов малого таза один раз в 1 - 2 года, а в возрасте после 40 лет - один раз в год.

Подготовка к трансвагинальному УЗИ органов малого таза - за двое суток до исследования следует исключить из рациона растительную пищу (фрукты, овощи, соки, бобовые), газированные напитки, мясные и молочные продукты в большом количестве. Цель такой диеты - предотвратить газообразование в кишечнике. Пузыри газа могут создать серьезные помехи исследованию и привести к диагностической ошибке. При отсутствии стула накануне, следует сделать очистительную клизму. Исследование проводится с умеренным наполнением мочевого пузыря, поэтому последнее мочеиспускание должно быть за 1 - 1.5 часа до исследования. Наполненный мочевой пузырь является ориентиром для определения расположения внутренних половых органов.

Подготовка к трансабдоминальному УЗИ органов малого таза - за двое суток до исследования следует исключить из рациона растительную пищу (фрукты, овощи, соки, бобовые), газированные напитки, мясные и молочные продукты в большом количестве. Цель такой диеты -

предотвратить газообразование в кишечнике. Пузыри газа могут создать серьезные помехи исследованию и привести к диагностической ошибке. При отсутствии стула накануне, следует сделать очистительную клизму. Исследование проводится с полным мочевым пузырем. На наполнение мочевого пузыря указывает умеренное желание помочиться.

УЗИ во время беременности проводится в первом триместре (первые три месяца беременности или до 12 недель) исследование проводится трансвагинальным методом. Во втором и третьем триместрах исследование проводится трансабдоминальным методом. Женщинам, рожавшим прежде путем операции кесарева сечения, исследование проводится с наполненным мочевым пузырем, не рожавшим и рожавшим самостоятельно наполнение мочевого пузыря не принципиально.

Эхогистеросальпингоскопия (ЭХГС) исследование проводится до 10 дня менструального цикла (при 28

дневном цикле). Амбулаторная процедура, используется в основном для выяснения проходимости маточных труб. В полость матки, под небольшим давлением, вводится жидкость. Если трубы проходимы, жидкость свободно проходит по ним и попадает в позадиматочное пространство. На основании этого факта выставляется заключение о проходимости маточных труб.

УЗИ молочных желез - исследование проводится до 5-го дня менструального цикла и специальной подготовки не требует.

В последнем отчете Всемирной организации здравоохранения отражена поддержка мнения, что ультразвук безвреден: «Диагностическое ультразвуковое исследование плода признаётся безопасным, эффективным и в высокой степени гибким способом получения изображения, позволяющим выявить клинически существенную информацию о большинстве частей тела быстрым и рентабельным способом».

СПИСОК ЛИТЕРАУРЫ

- 1 В. Breyer, С. А. Bruguera, Н. А. Ghaarbi, В. В. Goldberg, F. E. H. Tan, M. W. Wachira, F. S. Weill. Руководство по диагностическому ультразвуковому исследованию. // Всемирная организация здравоохранения. Всемирная федерация ультразвука в медицине и биологии.
- 2 Буланов М. Н. Ультразвуковая гинекология. / Курс лекций в 2-х частях. – М.: ВИДАР, 2014. – 568 с.
- 3 Митькова В. В. Практическое руководство по ультразвуковой диагностике. – М.: ВИДАР, 2011. – 720 с.
- 4 Труфанов Г. Е., Рязанов В. В. Неотложная ультразвуковая диагностика. – М.: ЭЛБИ-СПб, 2014, – 160 с.
- 5 Э. И. Блют. Ультразвуковая диагностика. // Практическое решение клинических проблем. УЗИ в акушерстве.. – М.: Медицинская литература, 2014. – Т. 3. – 192 с.

А. К. ЖАНАБЕКОВА

ШЖҚ МҚМ Кокшетау қ. қалалық емхана

ГИНЕКОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ УЛЬТРАДЫБЫСТЫ ЗЕРТТЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Түйін: Қазіргі кезде гинекологиялық ауруларды ультрадыбысты әдісімен зерттеу ең тиімді және жоғары ақпаратталған, қарсы көрсетілімсіз болып саналады. Дәрігер-гинекологтың қарауынан үнемі және ультрадыбысты зерттеуден дер кезінде өтіп отырған әйелдер арасында гинекологиялық аурулар да азаяды.

Түйінді сөздер: ультрадыбысты әдіс, кіші жамбас мүшелері, гинекология, жүкті әйелдер.

ZHANABEKOVA A.K.

City polyclinic Kokshetau

FEATURES OF ULTRASONIC RESEARCH GYNECOLOGIC DISEASES

Resume: The ultrasonic method of research is now one of leaders in diagnostics of diseases of the female sexual sphere as it and has no contraindications. Regular surveys of the gynecologist, and also ultrasonography of bodies of a small basin will help to distinguish in time a problem in case of its emergence and to take the appropriate measures on its elimination.

Keywords: ultrasonic method, bodies of a small basin, gynecology, pregnant women.

Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, Ф.А. БАГИЯРОВА, А. ЖАНКАРКЫЗЫ
КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра политики и управления здравоохранением

АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗА В МИРЕ И В КАЗАХСТАНЕ

Туберкулез является не только производным уровня жизни населения, но и маркером состояния общества. Некоторое улучшение эпидемиологических показателей по туберкулезу является косвенным свидетельством частичной стабилизации общественных процессов в нашей стране и уровня жизни населения. За последние пять лет Казахстан достиг неплохих результатов в лечении этой болезни. В Казахстане в данное время одним из приоритетных направлений противотуберкулезной программы является борьба с мультirezистентным туберкулезом. Требуются многогранные усилия для борьбы с туберкулезом, включая работу со стороны государства, международных организаций, неправительственного сектора и каждого человека.

Ключевые слова: туберкулез, распространенность, мультirezистентная форма туберкулеза.

Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев в своем Послании народу Казахстана от 27 января 2012 года «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» определил: «важным направлением повышения уровня человеческого потенциала являются повышение доступности и качества оказания медицинских услуг, продвижение здорового образа жизни».

Здоровый образ жизни оказывает положительное влияние на снижение уровня многих заболеваний. Одним из таких заболеваний является туберкулез, факторами риска развития которого, наряду с другими причинами, являясь многие аспекты нездорового образа жизни [1,2].

За прошедшие пять лет в Казахстане произошла существенная стабилизация эпидемиологической ситуации по туберкулезу. После пика заболеваемости 2002 года, когда этот показатель составил 165,1 человек на 100 тысяч населения (без учета людей, находящихся в заключении), фтизиатрам, наконец, удалось остановить рост распространения этого страшного недуга.

В настоящее время проводятся много исследований по проблемам туберкулеза, на развитие которого, помимо медицинских факторов, влияют также и социальные факторы. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), выявлены серьезные недостатки в социальном плане: во-первых, медперсонал не проявляет должного уважения и внимания к больным, во-вторых, сами больные в 50 процентах случаев прерывают лечение, а население из-за своей низкой осведомленности практически не занимается профилактикой [3,4,5].

Туберкулез пришел к нам из древности под названием «чахотка». Это широко распространенное и часто смертельное инфекционное заболевание обычно поражает легкие, редко затрагивает другие органы, передается через воздух при кашле и чихании больного. Коварство заболевания в том, что чаще всего оно протекает в скрытой форме. Лишь один случай из десяти скрытой инфекции, в конце концов, переходит в активную форму, при которой, если ее не лечить, умирает более 50 процентов зараженных.

Классические симптомы туберкулеза – хронический кашель с мокротой и кровохарканием, потливость по ночам и потеря веса.

В современной эпидемиологии туберкулеза все более существенное значение приобретают такие факторы как: лекарственная устойчивость микобактерии туберкулеза и

ВИЧ – инфекция, непосредственно влияющие на все показатели. При этом ухудшаются не только эпидемиологические показатели, но и эффективность лечения, а также резко повышается его стоимость [6,7].

Факторы, способствующие заболеванию туберкулезом, в значительной мере совпадают с таковыми по ВИЧ – инфекции. Туберкулезом и СПИДом преимущественно поражаются группы социального неблагополучия: наркоманы, алкоголики, проститутки, а также лица без постоянного места жительства, мигранты. Из-за общности групп риска данных заболеваний возрастает вероятность развития обеих болезней у одного и того же человека.

Сочетание клинического синдрома СПИДа и туберкулеза является крайне неблагоприятным по прогнозу в связи с высокой ранней летальностью. Туберкулез в данном случае протекает более тяжело, характеризуется поражением нескольких органов и низкой эффективностью лечения.

Таким образом, на современном уровне все большее значение приобретает организация противотуберкулезной помощи с учетом вышеизложенных особенностей [8,9].

Согласно оценке ВОЗ, наибольшая заболеваемость туберкулезом в Евразийском регионе (более 120 на 100 тысяч населения) имеет место в Таджикистане (200), в Афганистане (190), Казахстане (180), Республике Молдова (170), Кыргызстане (160), Румынии (130) и Узбекистане (130). Близка к этому критическому показателю Российская Федерация и Грузия, имеющих 110 случаев заболевания на 100 000 человек.

Чтобы понять масштабы трагедии, сравним эти же показатели с другими странами. Так в США и Германии туберкулеза практически нет. Здесь по данным ВОЗ всего 5 случаев заболевания туберкулезом на 100 000 человек. В Израиле – 6, в Чехии – 9 случаев. В среднем по Европе – 48 случаев заболевания этим страшным недугом. Конечно, есть в мире страны с еще худшей ситуацией – 960 случаев в Южной Африке, 1200 случаев в такой экзотической стране как Свазиленд. Но это несколько не уменьшает размеров тяжелого состояния по уровню заболевания туберкулезом в Казахстане [10,11].

Оказание медицинской помощи больным туберкулезом в Казахстане гарантируется государством и осуществляется на принципах законности, соблюдения прав человека и гражданина. За последние пять лет Казахстан достиг неплохих результатов в лечении этой болезни.

Согласно официальным данным, по Казахстану охват обследованием увеличился до 9,4 млн человек, из них 60 процентов взрослых и 50 процентов детей. Заболеваемость городского населения снизилась на 23,5 процента. Более того, в два раза снизилась заболеваемость детей и составила 20,9 на 100 тысяч населения в 2009 году. Охват вакцинацией новорожденных - 97,8 процента, ревакцинацией - 90,2 процента[12,13].

Только за 2005-2009 годы в Казахстане проведено 7188 хирургических вмешательств по лечению туберкулеза. На сегодняшний день в Казахстане насчитывается порядка 26833 специалистов-фтизиатров.

Кроме того, появилась и социальная форма помощи больным туберкулезом. Так, на эти цели только в 2010 году было выделено более 200 млн. тенге. По последним данным, 78660 больных получили социальную поддержку на сумму 431,3 млн. тенге, выделенных акиматами областей из местных бюджетов. Активнее всего осуществляется помощь в таких областях, как Павлодарская, Карагандинская, Акмолинская, а также в Алматы и Астане.

В Казахстане в данное время одним из приоритетных направлений противотуберкулезной программы

является борьба с мультирезистентным туберкулезом (МЛУ ТБ). С этой целью в 2008-2009 годах во всех противотуберкулезных учреждениях республики внедряются ускоренные методы диагностики с использованием современного лабораторного оборудования. С 2010 года в Национальном центре проблем туберкулеза Министерства здравоохранения РК и в 10 областях Казахстана внедряется метод молекулярного генотипирования. К слову сказать, Казахстан является единственной страной в СНГ, где все больные проходят обследование на МЛУ ТБ и получают дорогостоящее лечение за счет средств государственного бюджета[14].

Таким образом, проблема распространенности туберкулеза является приоритетной для Казахстана. Она обусловлена как экологическими факторами, социальными аспектами, так и изменениями формы туберкулеза и другими причинами. Это диктует необходимость проведения научных исследований в области диагностики, лечения и профилактики, дальнейшую работу по совершенствованию профилактических программ, как на популяционном, так и на индивидуальном уровне.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаев народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» от 27 января 2012 года
- 2 Визель А.А., Гурьева М.Э. Туберкулез. - М.: Гэотар, 1999. - 208 с.
- 3 М.В. Шилова, В.С. Гавриленко. Справочник по противотуберкулезной работе. - М.: ГРАНТЬ, 1998. – 94 с.
- 4 Съезд фтизиатров Беларуси, VI, Минск, 1998 VI Съезд фтизиатров Беларуси 10-11 сентября 1998г. : Тез.докл. – Минск: НИИ пульмонологии и фтизиатрии, 1998. - 540 с.
- 5 Туберкулез у детей и подростков: Руководство для врачей/Под ред. Е.Н. Янченко, М.С. Греймер. – 2-е изд., испр. и доп. - СПб.: Гиппократ, 1999. – 336 с.
- 6 Туберкулез у детей и подростков: руководство/Под ред. О.И. Король, М.Э. Лозовской. – СПб.: Питер, 2005. – 432 с.
- 7 Линева, З.Е. Причинные факторы инвалидности по туберкулезу легких//Научные труды XXI международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке», «Влияние космической погоды на биологические системы в свете учения А.Л. Чижевского». - Екатеринбург: 27-30 ноября 2008г. –514 с.
- 8 Внелегочный туберкулез: Руководство для врачей./Под ред. А.В.Васильева. - СПб : Фолиант, 2000. - 568 с.
- 9 Организация выявления и профилактики туберкулеза в системе органов внутренних дел и внутренних войск Министерства Внутренних Дел Республики Беларусь: Метод.рекомендации/Бел. гос. мед. ун-т. – Минск: 2001. - 42 с.
- 10 Актуальные проблемы туберкулеза в органах и подразделениях внутренних дел: Сб ст. Респ. науч.-практ. конф. (30-31 мая 2000 г., г.Минск) /Минский мед. ин-т. – Минск: 2000. - 178 с.
- 11 Л.П. Яковлева, А.А. Корнилов Влияние использования современных информационных технологий в социальной профилактике туберкулеза на уровень знаний о туберкулезе среди молодых лиц в Республике Саха (Якутия) // Туберкулез и болезни легких - 2011. - №4. - С. 156.
- 12 Формирование групп риска по туберкулезу с использованием метода иммуноферментного анализа и проведение им химиопрофилактики в пенитенциарных учреждениях Республики Беларусь : Инструкция по применению. – Минск: 2003. - 12 с.
- 13 Линева, З.Е. С.П. Зорина Анализ причин первичной инвалидности вследствие туберкулеза в г. Якутске // Сб. науч. Тр. III межрегион. науч.-практ. конф., посвящ. 70-летию известного ученого, организатора Яковлева Прокопия Николаевича. – Якутск: 2009., - С. 150-155.
- 14 Фрейдович А.И. Интенсивное комбинированное лечение туберкулеза. - М.: ТРИАДА-Х, 1999. - 87 с.

Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА А., ЖАНКАРҚЫЗЫ

С.Д. Асфендияров атындағы КазҰМУ

Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы

ӘЛЕМДЕ ЖӘНЕ ҚАЗАҚСТАНДА ТУБЕРКУЛЕЗ ДАМУ МӘСЕЛЕРІНІҢ АНАЛИЗИ

Түйін: Туберкулез халық өмір деңгейінің туындысы ғана емес, сонымен қатар қоғам жағдайының маркері болып табылады. Туберкулез бойынша эпидемиологиялық көрсеткіштің кейбір жағдайда жақсаруы халық өмірінің жағдайы мен біздің еліміздегі қоғамдық үрдіс жеке тұрақтануының қосымша куәлігі болып табылады. Соңғы бес жылда Қазақстан бұл ауруды емдеуде жақсы нәтижелерге жетті. Қазақстанның қазіргі уақыттағы туберкулезге қарсы бағдарламасы бойынша негізгі бағыты мультирезистентті туберкулезбен күрес болып табылады. Туберкулезге қарсы күрес үшін көптеген күш қажет болып табылады, соның ішінде мемлекет, халықаралық мекемелер, үкіметтік емес ұйымдар және жеке адам өз үлестерін қосу қажет.

Түйінді сөздер: туберкулез, таралуы, туберкулездің мультирезистентті түрі.

B.S.TURDALIYEVA, G.E. AIMBETOVA, A. ZHANKARAKYZY

S Asfendiyarov Kazakh National medical university

Healthcare policy and management department

ANALYSIS OF THE PROBLEM OF TUBERCULOSIS IN THE WORLD AND IN KAZAKHSTAN

Resume: TB is not only a derivative of the standard of the population living, but also a marker of the state of society. Some of the improvements in the tuberculosis epidemiological indicators are being an indirect evidence of partial stabilization of the social processes in our country and in the standard of living of the population. Over the past five years Kazakhstan has achieved good results in the treatment of this disease. In Kazakhstan, for the time being, one of the priorities of the TB program is the fight against MDR TB. Multifaceted efforts in fight against tuberculosis are required, including the work of the state, international organizations, non-governmental sector and every individual.

Keywords: tuberculosis, prevalence, MDR-TB.

Н.Ж. ОРМАНОВ, Л.Д. ЖОЛЫМБЕКОВА, ҚАРАТАЕВА Г.Е.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы,
қалыпты және патологиялық физиология кафедрасы

КСЕНОБИОТИККЕ СЕЗІМТАЛДЫҒЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ЖАНУАРЛАР ОРГАНИЗМІНЕ ФОСФОРДЫҢ ӨЛІМГЕ ӨКЕЛЕТІН ОРТАША МӨЛШЕРІНІҢ ӨСЕРІ

Сары фосфордың сулы қалқымасының өлімге өкелетін орташа дозасы (DL_{50}) «төзімді» тобында «жалпы», «сезімтал» және «өте сезімтал» топтарына қарағанда 63%-ға, 83%-ға және 3,13 есеге жоғарылады. «Өте сезімтал» топта жануарлардың өлуі жоғары деңгейде орын алды және олардың өмір сүруінің орташа уақыты қысқарды.

Түйінді сөздер: фосфор, даралық сезімталдығы, хемилюминесценттік төзімділік, өлімге өкелетін орташа доза.

Белгілі бір себеп-шарттар организмге әсер еткенде, оның жауабы негізінен даралық сезімталдығына байланысты болады [1-4]. Тәжірибелік жануарлардың тіндерінде күйзелістік (стресс) әсердің нәтижесінде «төзімді» топтарда тек қана қайта әсерленген үрдістер орын алса, ал күйзелістік әсерге төзімсіз жануарлардың тіндерінде құрылымдық бүлінестер (жасушаішілік ыдырау) орын алды. Сары фосфордың сулы қалқымасының өлімге алып келетін орташа дозасының деңгейі жануарлардың ксенобиотикке сезімталдығына байланысты мәліметтер әдебиеттерде кездеспейді

Зерттеу мақсаты. Фосфорға даралық сезімталдығына байланысты жануарлардың сары фосфордың сулы қалқымасының өлімге өкелетін орташа мөлшерін анықтау.

Зерттеу әдістері. Зерттеуге алынған егеуқұйрықтардың сары фосфорға сезімталдығын алдын-ала хемилюминесценттік әдіспен анықтадық. Тәжірибелік жануарлардың хемилюминесценттік қасиеттері және асқын тотық радикалдарының түзілу жылдамдығы есептелінді. Әдісті жасау үшін алдын-ала 1%-ды сары

фосфордың сулы қалқымасы жасалынды (майлы ерітіндісі жарамайды). Бұл үшін 1,0г сары фосфорды 99 мл суытылған суға ерітіп, оны 10 минут бойы 22 кГц ультрадыбыспен әсерлендірілді. Ультрадыбысты алу үшін қуаты 400 Вт УЗДН-1 аспабы қолданылды.

Зерттеуге алынған тәжірибелік жануарлардың құйрығынан 0,2 мл қан алып, оны теңдей екіге бөліп, 0,9 мл-ден физиологиялық ерітінді қосылды. Оның бір бөлігіне 0,01 мл 10^{-3} м сары фосфордың сулы қалқымасын, ал екінші бөлігіне 0,01 мл физиологиялық ерітінді қосылды. Бұл екі сынаққа алынған ерітінділер 30 минут бойы $t=37^{\circ}\text{C}$ термостатта ұсталды. Алынған қанның өзбетінше шұғыла шашыратылуы анықталды. Артынан 3%-0,5 мл сутегінің асқын тотығын қосып, қанның әсерленген хемилюминесценттік қасиетін ХЛМЦ-01 аспабында 5 минут бойы зерттегеннен кейін, оның жалпы әлсіз шұғыла шашыратуының қосындысы анықталды [5,6].

Хемилюминесценттік төзімділік көрсеткішін (ХЛТК) есептеу өрнегі арқылы организмнің фосфорға даралық сезімталдығы анықталды[7,8] :

$$ХЛТК = \frac{\frac{\partial ХЛ_1}{\partial ХЛ_2} + \frac{АТРТЖ_1}{АТРТЖ_2}}{3}$$

Мұндағы: $\partial ХЛ$ -өз бетінше хемилюминесценция;

$\partial ХЛ$ -әсерленген хемилюминесценция;

АТРЖ–асқын тотық радикалдарының түзілу жылдамдығы;

1-болмыстық көрсеткіш;

2- фосформен әсерленген көрсеткіштер;

ХЛТК деңгейі бойынша тәжірибеге алынған егеуқұйрықтар үш топқа бөлінді: 1-ші топ-фосфорға «төзімді» деп алынды, олардың ауытқулары 0,7 шб-ден 1,1 шб-ге дейін орын алды. 2-ші топ-ХЛТК мәні ал 0,7-0,5 шартты белгі аралығындағы жануарлар фосфорға «сезімтал» тобына жатқызылды. 3-ші топ - ХЛТК шб мәні 0,5 шартты белгіден төмендеген жағдайда фосфорға «өте сезімтал» деп есептелді.

Тәжірибенің екінші сатысында ақ егеуқұйрықтарды қолданып фосфорға сезімталдығына байланысты сары фосфордың 1% сулы қалқымасының өлімге өкелетін орташа дозасын (DL_{50}) Софына З.П. және әріптестер [9]. әдісімен анықтадық. Өлімге өкелетін орташа дозасының деңгейін есептеу үшін (DL_{50}) пробит-анализ [10] әдісін қолдандық.

Тәжірибелік жануарлардың тіршілігін сақтап қалуын, өмір сүруінің орташа ұзақтығын және жалпы жағдайын фосфорға сезімталдығына байланысты зерттеу үшін

оларға фосфордың сулы қалқымасымен жіті уыттанудың үлгісін жасадық. Тәжірибеге салмағы 170-180г 60 ақ егеуқұйрықтар пайдаланылды. Оларға фосфордың сулы қалқымасының $31,1 \pm 1,81$ мг/кг (DL_{50}) мөлшерін іш қуысына енгіздік.

Зерттеу нәтижесі. Тәжірибе барысында жануарлардың жағдайы өте мұқият байқауға алынды: дене салмағын бағалау, түк жабындысының жағдайы, қимыл белсенділігі, тағам және сұйықтықты пайдалану қабілеті, нәжіс жағдайы және т.б.

Егеуқұйрықтардың фосфорға «төзімді» тобы бақылаудың барлық кезеңінде белсенді, қимылдары ширақ болып қала берді, төбеттері жақсы және зерттеудің 30-ы тәулігінде 25-30 граммнан салмақ қосты. Түк жабындысы таза және тегіс болып қалды. Бұл топтағы егеуқұйрықтардың өлімі 30 тәуліктің ішінде 1,67% -ға тең болды.

Фосфорға «сезімтал» жануарлар ксенобиотикті енгізген соң 2 сағаттан кейін тынышталып, қимыл әрекеттері төмендеп, тамақтан бас тартқаны байқалды. Алғашқы 1-ші тәулікте жануарлар тынышталып, қимылдары азайды, бірақ 3-ші тәуліктен бастап олардың қимыл-әрекеттері жоғарылап, тәжірибенің аяғына дейін сақталынды. Фосформен жіті ұыттанған тәжірибелік жануарларда 3-ші тәуліктен кейін 25%-ында диспепсиялық құбылыстар байқалып, 4-ші тәулікте жоғалды. 6-7 тәулікте дене салмағы 15-20г төмендеді. Одан кейін дене салмағы біртіндеп өсе бастады, 14-ші тәулікте тірі қалған егеуқұйрықтардың салмағы қайта қалпына келе бастады. Түктері ұйпаланған, бірақ таза болып қалды. Тәжірибенің 10-11-ші тәуліктерінде 16% егеуқұйрықтар (жалпы топта 25%) аяқтарында және құлақтарында нүктелі қан құйылу байқалды. Жануарлардың 25%-ның басында түктерінің түсуі фосформен ұыттанғаннан кейін 21-ші тәуліктен бастап кездесті.

Тірі қалған жануарлардың 1/4 бөлігінде тәжірибенің 20-шы тәулігінде бастарындағы түктері түскені байқалды.

Ксенобиотикке «өте сезімтал» жіті ұыттанған жануарлар тәжірибеден 2 сағат өткеннен кейін тынышталып, қимыл

әрекеттері төмендеп, тамақтан бас тартқаны байқалды. Алғашқы 1-ші тәулікте жануарлар тынышталып, қимылдары азайды, бірақ 2-ші тәуліктен бастап олардың қимыл-әрекеттері төмендеді, тәжірибенің аяғына дейін сақталынды. Фосформен ұыттанғаннан кейін 3-ші тәуліктен бастап 85%-ында диспепсиялық құбылыстар байқалып, 4-ші тәулікте жоғалды. 3-4 тәулікте дене салмағы 25-30г төмендеді. Одан кейін дене салмағы біртіндеп өсе бастайды, 23-ші тәулікте тірі қалған егеуқұйрықтардың салмағы қайта қалпына келе бастайды. Тәжірибенің 4-5 күндері жануарлардың 8%-да, 13-15-ші тәуліктері 20%-да, 20-21-ші тәуліктері ақ егеуқұйрықтардың 6%-да құлағында және аяқтарында қан құйылу байқалған, соның нәтижесінде жануарлар өлген. Тірі қалған жануарлардың 1/3 бөлігінде тәжірибенің 20-шы тәулігінде бастарындағы түктері түскен.

Фосформен жіті ұыттанған жануарлардың өмір сүру қабілеті мен өмір сүрулерінің орташа ұзақтығы 1-ші кестеде көрсетілген.

Кесте 1 - Фосформен жіті ұыттанған тәжірибелік жануарлардың сары фосфорға даралық сезімталдығына байланысты өлуі мен өмір сүруінің орташа ұзақтығының өзгеруі

Бақылау уақыты	Топтар			
	төзімді	сезімтал	өте сезімтал	жалпы
1-5 тәулікте	-	-	3(5%)	3(5%)
6-10 тәулік	-	3 (5%)	14(23,33%)	17(28,3%)
11-15 тәулік	-	3 (10%)	1 (1,67%)	4(6,67%)
16-20 тәулік	-	2(3,33%)	2 (3,33%)	4(6,67%)
21-30тәулік	1 (1,67%)	1(1,67%)	-	2(3,33)
Жалпы	1 (1,67%)	9 (20%)	20 33,33%)	30 (50%)
ОӨУ, тәулік	25,0±0,85	13,7±0,82	7,4±0,39	15,3±0,62

Жіті ұыттанғаннан кейін жалпы топта 5-ші тәулікке дейін егеуқұйрықтардың өлуі басталды, олар 5% құрады. 6-10 тәулікте жануарлардың 28,3% өлді және тәжірибенің 11-15, 16-20 тәулік кезеңдерінде жануарлардың 6,7%-ы өлді, тәжірибенің 20-шы тәулігіне дейін жануарлардың 46,6%-ы өлді, ал 54,4%-ы тірі қалды. Тәжірибенің 21-30 тәулігінде жануарлардың 3,33%-ы өлді. Тәжірибенің толық кезеңінде жануарлардың жалпы топта 50 %-ы өлді. Фосфордың сулы қалқымасының өлтіре алатын орташа дозасымен ұыттанған жануарлардың өмір сүрулерінің орташа ұзақтығы жалпы топта 15,3±0,62 тәулікке тең болса, бұл көрсеткіштің мәні «төзімді» тобында 63,3%-ға ұзарды, ал «сезімтал» және «өте сезімтал» топтарында 10,5%-ға және 51,6%-ға қысқарды.

Тәжірибелік жануарлардың «төзімді» тобында зерттеудің 21-30 тәулік арасында 1,67 %-ы өлсе, «сезімтал» тобында егеуқұйрықтардың өлуінің деңгейі 1,67%-ға, 6-10 тәулік арасында 5%-ға тең болса, «өте сезімтал» топта тәжірибелік жануарлардың өлуі 1-5

тәулікте 5%-ға, 6-10 тәулік арасында 23,3%-ға тең болды. Зерттеудің толық уақытында жануарлардың өлуі «төзімді» тобында 1,67%-ға, «сезімтал» тобында 20%, «өте сезімтал» тобында 33,3%-ға тең болды.

Сонымен сары фосфордың сулы қалқымасының ұытты әсерінен жануарлардың өлуі «өте сезімтал» топта жоғары деңгейде орын алып және олардың орташа өмір сүру уақыты қысқарды.

Қорыта келгенде, сары фосфордың сулы қалқымасының өлімге әкелетін орташа дозасымен (DL₅₀) ұыттанған жануарларда патологиялық өзгерістер диспепсиялық бұзылыстармен, бас аймағында түктердің түсуімен білінеді, бұлардың барлығы фосформен жіті ұыттанудың айғақ көрсеткіштері болып табылады..

Фосформен жіті ұыттанған жануарлардың тіршілігін сақтап қалуы туралы алынған деректер әдебиеттерде келтірілген мәліметтерге сәйкес келеді, сондықтан алынған фосформен ұыттану үлгісі дұрыс жасалынған деп айтуға болады.

Кесте 2 - Сары фосфордың сулы қалқымасының жануарлардың ксенобиотикке сезімталдығына байланысты DL₅₀ мөлшері

Топтар	DL ₅₀	% бойынша
«жалпы»	31,1 ±1,81мг/кг	61,3
«төзімді»	50,7±3,0 мг/кг*	100
«сезімтал»	27,7 ±1,6 мг/кг* ^Δ	54,6

«өте сезімтал»	15,3 ±0,9 мг/кг* ^{Δ□}	29,6
<p>Нұсқама-</p> <p>1 * - p < 0,05 жалпы топпен салыстырғандағы дәлдік көрсеткіші;</p> <p>2 ^Δ - p < 0,05 төзімді топпен салыстырғандағы дәлдік көрсеткіші;</p> <p>3 [□] - p < 0,05 сезімтал топпен салыстырғандағы дәлдік көрсеткіші.</p>		

Организмнің сары фосфорға сезімталдығына немесе төзімділігіне байланысты ақ егеу құйрықтардың өлімге әкелетін орташа дозасының мөлшері (DL₅₀) әр түрлі деңгейде орын алды. Жануарлардың жалпы тобындағы DL₅₀ мөлшері 31,1 ±1,81мг/кг тең болса, «өте сезімтал» тобында бұл көрсеткіштің мөлшері 50,8%-ға төмендеді, яғни «өте сезімтал» топтағы жануарларда фосфорға төзімділігі төмендеді және DL₅₀ деңгейі 15,0± 0,9 мг/кг тең.

Сары фосфорға «төзімді» тобында өлімге әкелетін орташа дозасының деңгейі «жалпы», «сезімтал» және «өте сезімтал» топтарына қарағанда 63%-ға, 83%-ға және 238%-ға жоғарылады, яғни фосфорға «төзімді» тобындағы жануарлардың ксенобиотикке резистенттілігі, «сезімтал» және «өте сезімтал» топтарына қарағанда 1,83 және 3,38 есе жоғары болатынын көрсетеді.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Судаков, К.В. Механизм устойчивости к эмоциональному стрессу: преимущества индивидуального подхода. // Вестник РАМН. - 1998. - №8. – С.8-12.
- 2 Журавский, С.Г. Роль фенотипа медленного ацетилирования в индивидуальной чувствительности к ототоксическому действию аминогликозидов. // Вопросы биологической медицинской и фармацевтической химии. 2004. - №3. - С.42-45.
- 3 Бабаи, П. Особенности гена c-Fos в мозге крыс с различной устойчивости к эмоциональному стрессу: автореф. ... канд. биол. наук./ Бабаи П. – М.: 1997. – С. 18-20.
- 4 Е.И. Сидорова, Ю.А. Ревазова, В.В. Сафронов. Изучение генетического полиморфизма и цитогенетических нарушений у лиц, имевших контакт с токсичными химическими соединениями // Гиг. и сан. - М.,-2004. №6.-С.59- 62.
- 5 Н.Ж. Орманов, Т.И. Юнусметов, М.Т. Бердыхожин. Хемилюминесцентные свойства сыворотки крови у рабочих фосфорного хозяйства. – Ташкент: 1987. - С. 65-69.
- 6 Орманов, Н.Ж. Использование свойства хемилюминесцентности сыворотки (плазмы) крови для диагностики хронической интоксикации соединениями фосфора. Н.Ж. Орманов, Д.А. Адильбекова, У.А. Жумабаев.– Метод. реком. – Шымкент. – 1993. – С.10-14.
- 7 Адильбекова, Д.А. Изменение состояния свободнорадикального окисления липидов крови при воздействии желтого фосфора в зависимости от восприимчивости организма к ксенобиотику // Д.А. Адильбекова. Патология // - Ташкент: 2007. - №3.- С.34-36.
- 8 Адильбекова Д.А., Орманов Н.Ж. Алдын- ала патент №2006/0639.1 «Способ определения индивидуальной восприимчивости организма к желтому фосфору» /25.09.2008 жылы ҚР өнертабыстардың мемлекеттік тізімінде тіркелді.
- 9 Софьина, А.Б. Сыркин, А. Голдин, А. Кляйн. Экспериментальная оценка противоопухолевой активности химиотерапевтических препаратов/ Под ред. Г.Н. Першинина //Методы экспериментальной химиотерапии. - М.: 1971. - С. 337-381
- 10 Машковский, М.Д. Фармакологическое и токсикологическое изучение химиотерапевтических препаратов.// Методы экспериментальной химиотерапии. - М.: 1971. – С.524-537.

Н.Ж. ОРМАНОВ, Л.Д. ЖОЛЫМБЕКОВА, Г.Е. КАРАТАЕВА

ВЛИЯНИЕ СРЕДНЕЙ ЛЕТАЛЬНОЙ ДОЗЫ ФОСФОРА НА ОРГАНИЗМ ЖИВОТНЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К КСЕНОБИОТИКУ

Резюме: Средняя летальная доза (DL₅₀) водной суспензии желтого фосфора в «резистентной» группе по сравнению с «общей», «чувствительной» и «сверх чувствительной» группами повышается на 63%, 83% и 313% соответственно. В «очень чувствительной» группе имеет место высокая смертность животных, а также средняя продолжительность их жизни сокращается.

Ключевые слова: фосфор, индивидуальная чувствительность, хемилюминесцентная устойчивость, средняя летальная доза.

N.J ORMANOV, L. D. ZHOLYMBEKOVA, G.E. KARATAEVA

THE LETHAL DOSE OF PHOSPHORUS TOXIC EFFECTS DEPENDING ON THE SENSITIVITY OF XENOBIOTICS

Resume: The average lethal dose (DL50) of water suspension of yellow phosphorus in “resistant” group in contrast with “general”, “sensitive” and “supersensitive” groups increases on 63%,83% and 2,31 times accordingly. In a “very sensitive” group is a high mortality of animals, as well as the average length of life is reduced.

Keywords: phosphorus, individual sensitiveness, hemiluminisitis stability, middle lethal dose.

ӘОК: 613-281.873.21

Н.Ж. ОРМАНОВ, Л.Д. ЖОЛЫМБЕКОВА, М.С. ІЗБАСАРОВА
 Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы
 Қалыпты және патологиялық физиология кафедрасы

ФОСФОРҒА СЕЗІМТАЛДЫҒЫНА БАЙЛАНЫСТЫ ФОСФОРМЕН ЖІТІ УЫТТАНҒАН ЖАНУАРЛАРДЫҢ ҚАНЫНДА ОРТА УЫТТЫ МОЛЕКУЛАЛАР МӨЛШЕРІНІҢ ӨЗГЕРІСТЕРІ

Жануарлар қанының эритроциттеріндегі орта уытты молекулалардың мөлшері фосфорға «төзімді» топтағы жануарларда 16,6%-ға ғана өсті, ал «сезімтал» топта бұл молекуланың топтасуы 85,7%-ға жоғары, ең үлкен өсу дәрежесі фосфорға «өте сезімтал» топта орын алды, яғни жоғарылау деңгейі бұл топта үш есеге жуық болды.

Түйінді сөздер: фосформен уыттану, даралық сезімталдық, орта уытты молекулалар, нәруыздар тотығы.

Организмнің фосфорға деген даралық сезімталдығы әртүрлі болатыны белгілі. Фосфор қоспаларымен сүлде уыттануы жұмысшыларда әр түрлі кезеңдерде пайда болады, мәселен, фосфор өндірісінің кейбір жұмысшыларында кәсіптік ауру 7-10 жылдан кейін пайда болса, кейбір жұмысқа орналасқан адамдар тез арада дертке ұшырайды, ал басқаларында 15-20 жылдан кейін кездеседі, кейбіреулер көптеген жылдар бойы фосфор өндірісінде жұмыс істесе де ауырмайды [1,2]. Оларда бұл аурудың көріністері 20-25 жылдық еңбек стажына қарамай кездеспейді. Бұл фосформен кәсіптік уыттану жұмысшылардың фосфорға сезімталдығына тікелей байланысты екенін дәлелдейді [3,4]. Осыған байланысты адамның фосфорға даралық сезімталдығын алдын-ала анықтау жолдары осы күнге дейін белгісіз болып келеді. Оны анықтау арқылы фосфор өндірістеріне жұмысшыларды таңдап алуды ретке келтіріп, кәсіби аурулардан болатын дерттік асқынулардан алдын-ала сақтандыру мүмкіншіліктері туындар еді.

Жұмыстың мақсаты. Фосфорға сезімталдығына байланысты фосформен жіті уыттанған жануарлардың қанындағы орта уытты молекулалар мөлшерлерінің өзгерістерін анықтау.

Зертеу әдістері. Егеуқұйрықтардың дене массасына 10мг/кг есептелінген сары фосфордың сулы қалқымасының мөлшерін өңеш арқылы енгізіп, фосформен жіті уыттанған 100 ақ егеуқұйрықтар зерттелді Қан сарысуындағы орта уытты молекуланың мөлшері спектрофотометриялық әдіспен анықталды, оның деңгейі отб/мл арқылы өрнектелінді. Қан эритроциттеріндегі орта молекуланың мөлшері [5,6] әдісі бойынша анықтап, оның деңгейі отб/мл арқылы өрнектелінді.

Фосформен жіті уыттанған жануарлардың қанындағы орта уытты молекулалар мөлшерінің фосфорға сезімталдығына байланысты өзгеруін дұрыс тұжырымдау үшін, қанның жалпы уытты көрсеткіші келесі өрнек арқылы анықталды:

$$КЖУК = \frac{\frac{ЭОМ_2}{ЭОМ_1} + \frac{ОУМ_2}{ОУМ_1}}{2}; -$$

Мұндағы: ҚЖУК – қанның жалпы уытты көрсеткіші;

ЭОМ- эритроциттердегі орта молекула;

ОУМ – орта уытты молекула мөлшері;

1 – бақылау топ ;

2- тәжірибелік топ;

Зерттеу нәтижелері. Фосформен жіті уыттанған жануарлар қанының сарысуы мен эритроциттеріндегі орта уытты молекулалар мөлшерлерінің жағдайлары 1-ші кестеде келтірілген.

Фосформен жіті уыттанған жануарлар қанының сарысуындағы нәруыздар тотығу индексінің мөлшері организмнің фосфорға сезімталдығына байланысты

өзгерді . Фосфорға «төзімді» топта оның деңгейі жалпы топтың көрсеткішіне қарағанда парықты өзгермеді, «сезімтал» топта 18,2% жоғары болды, «өте сезімтал» топта 45,4%-ға артық болды. Фосформен жіті уыттанған жануарлар қанындағы нәруыз тотықтарының индексінің ең үлкен мәні фосфорға «өте сезімтал» топта орын алды (кесте 1).

Кесте 1 - Фосфорға сезімталдығына байланысты фосформен жіті уыттанған жануарлардың қанында орта уытты молекулалар мөлшерлерінің өзгерістері

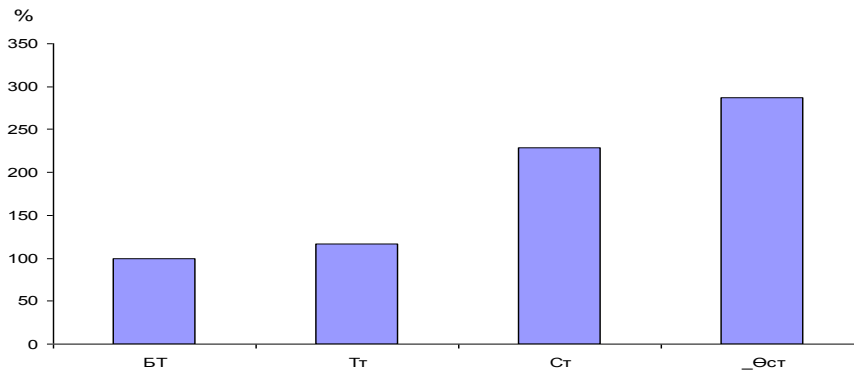
Көрсеткіш тер		ФЖУ топтары			
		жалпы n=100	төзімді n=74	сезімтал n=18	өте сезімтал n=8
ЭОМ (отб/мл)	1	0,06±0,01	0,06±0,01	0,07±0,01	0,08±0,001*
	2	0,10±0,01**	0,07±0,01**	0,16±0,01**	0,23±0,01**
ОУМ (отб/мл)	1	0,243±0,01	0,240±0,01*	0,250±0,01*	0,260±0,01*
	2	0,292±0,01**	0,271±0,01**	0,312±0,01**	0,440±0,02*
ҚЖУК (шб)		1,43±0,20	1,14±0,09*	1,33±0,10*	2,2±0,17*

ФЖУ- фосформен жіті уыттанған; 1-болмыстық көрсеткіш; 2-фосформен жіті уыттанғаннан кейінгі көрсеткіш; ЭОМ-эритроциттердегі орта молекула;
 ОУМ – орта уытты молекула мөлшері; ҚЖУК-қанның жалпы уыттылық көрсеткіші; * $p < 0,05$ –жалпы топпен салыстырғандағы көрсеткіш;
 ** $p < 0,05$ - болмыстық көрсеткішпен салыстырғандағы көрсеткіш.

Зерттеу нәтижесінде алынған мәліметтер фосформен жіті уыттанған жануарлар қанының сарысуында нәруыздар тотығуының әртүрлі өнімдерінің жоғарылағанын және ғылыми деректерге сәйкес келетінін көрсетті [7]. Әр түрлі физикалық түрткілердің әсерінен нәруыздар тотығуы өнімдерінің ауытқулары орын алады, бірақ жоғарыда көрсетілген еңбектерде нәруыздар асқын тотығу өнімдері топтасуының және нәруыздар тотығуының индексін фосфорға немесе физикалық түрткілерге сезімталдығына байланыстылығы анықталмаған.

Сонымен, зерттеулер нәтижесінде алынған мәліметтер, фосформен жіті уыттанған жануарлардың қан сарысуындағы нәруыздар тотығуының өнімдері

мөлшерінің көбейгендігін көрсетті және олардың деңгейінің өсуі организмнің фосфорға сезімталдығына тікелей байланысты болды. Аз өсу деңгейі фосфорға «төзімді» топтағы жануарларда болса, ең үлкен жоғары алмасу деңгейі фосфорға «өте сезімтал» топта орын алды. Яғни нәруыздар тотығуының өзгеруі фосфордың организмге ұлы әсерінде орын алатынын дәлелдейді және тіндердің еркін радикалды зақымдануының ең ерте айқындағыштарының бірі болып табылады [8]. Нәруыздар тотығуының құрам-бөлшектік алмасу өнімдерінің бұлай өсуі протеаза энзимдерінің белсенділігі төмен болуынан, нәтижесінде түрлендірілген нәруыздар өнімдері бұзылмай, олардың мөлшері өсу жағдайында болды (сурет 1).



Бт- бақылау топ; Тт- төзімді топ; Ст- сезімтал топ; _Өст- өте сезімтал топ;

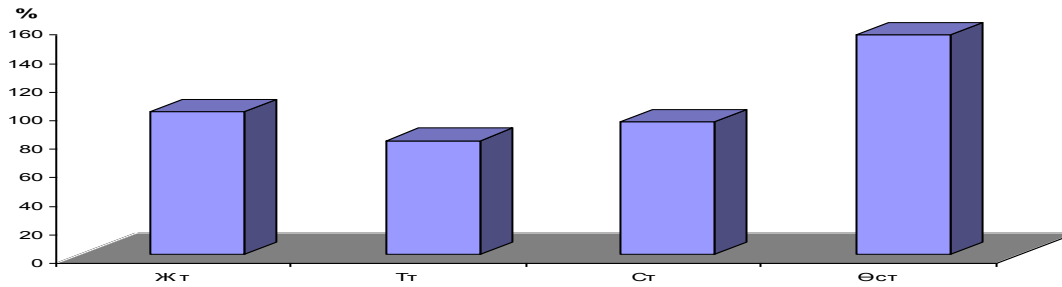
Сурет 1 - Фосфорға сезімталдығына байланысты фосформен жіті уыттанған жануарлар қанының эритроциттеріндегі орта уытты молекулалар мөлшерлерінің өзгерістері

Д.С. Вартанян және т.б. [9] деректері бойынша нәруыздар тотығуының алмасу өнімдерінің пайда болуы мен еркін анион-радикалдар өндірілуінің жылдамдығы арасында тікелей тұра байланыс болды. Бұл жағдайдың негізі нәруыздар топтары арқылы электроны өтіп, оттегінің белсенді түрлерімен әсерлесіп, анион радикалдарының пайда болуына жаңа жағдай жасайды. Фосфорға «төзімді», «сезімтал» топтардың қан эритроциттеріндегі орта уытты молекулалар жалпы топқа қарағанда парықты өзгермеді, «өте сезімтал» топта 33,3%-ға өсті. Фосформен жіті уыттанған жануарлар қанының эритроциттеріндегі орта уытты молекулалардың мөлшері «жалпы» топта болмыстық көрсеткішіне қарағанда 66,6%-ға өссе, фосфорға «төзімді» тобындағы жануарларда 16,6%-ға ғана өсті. «Сезімтал» топта бұл молекуланың топтасуы 85,7%-ға жоғары, ең үлкен өсу дәрежесі фосфорға «өте сезімтал» топта орын алды, яғни жоғарылау деңгейі бұл топта үш есеге жуық болды.

Фосформен жіті уыттанған жануарлар қанының сарысуындағы орта уытты молекулалардың мөлшері жалпы топта болмыстық көрсеткішіне қарағанда 20,2%-ға өсті, фосфорға «төзімді», топтағы жануарларда

айтарлықтай өзгермеді ($p > 0,005$), «сезімтал» және «өте сезімтал» топтарында оның мөлшері 24,8%-ға және 69,2%-ға сәйкес жоғарылады.

Сонымен, фосфордың әсерінен қан сарысуындағы нәруыздардың тотығу өнімдерінің өзгеру себептерінің бірі оттегі мен фосфордың еркін радикалды тотығуы болып табылады. Олар нәруыздар молекулаларына әсер етіп, нәруыздар тотығуының мөлшеріне байланысты өзгеруін дұрыс жоғарылатып және нәруыз молекулаларының бөлшектенуі әсерінен орта молекулалы пептидтердің пайда болуына әсер етеді, эндоинтоксикацияға алып келеді [10]. Фосформен жіті уыттанған жануарлардың қанындағы орта уытты молекулалар мөлшерінің фосфорға сезімталдығына фосформен жіті уыттанған жануарлар қанының жалпы уытты көрсеткішінің деңгейі организмнің фосфорға сезімталдығына байланысты өзгерді. Фосфорға «төзімді» топта жалпы топқа қарағанда 20,3% кем болса, «сезімтал» топтағы жануарлардың бұл көрсеткіші парықты өзгермеді, ҚЖУК-тың ең үлкен мәні «өте сезімтал» тобында орын алды, өсу деңгейі 53,8%-ға тең болды (сурет 2).



1-төзімді топ; 2-сезімтал топ; 3-өте сезімтал топ;

Сурет 2 -Фосфорға сезімталдығына байланысты фосформен жіті ұйттанған жануарлар қанының жалпы ұйтты көрсеткіші

Қорыта келгенде «төзімді» топта жалпы топпен салыстырғанда бұл көрсеткіш төмендесе, «сезімтал» топта өзгерген жоқ, ал «өте сезімтал» топта 1,5 есе жоғары болды.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Әділбекова Д.А. Дені сау адамдардың қанының әлсіз жарқырауының фосфорға сезімталдығына байланысты өзгеруі// ОҚММА хабаршысы. – Шымкент: 2006. - №3 (29). - Б. 46-48.
- 2 Даулетбакова М.И., Орманов Н.Ж., Бердыходжин М.Т. и др. Хроническая интоксикация соединениями фосфора (вопросы патогенеза, клиники, диагностики и экспертизы трудоспособности) //Методические рекомендации.–Алма-Ата: 1991. - 22 с.
- 3 Орманов Т.Н., Орманов Б.Н. Состояние монооксигенозной системы гепатоцитов при остром токсическом гепатите в зависимости от чувствительности к желтому фосфору и его коррекция иммуномодулином и тимогеном // Вестник ЮКГМА. 2001. - № 4. - С. 141-143.
- 4 Кудабаев А.К., Орманов Т.Н., Жакипбекова Г.С. Состояние свободнорадикального окисления липидов и антиоксидатной системы гепатоцитов при воздействии желтого фосфора // Вестник ЮКГМА. – Шымкент: 1999. - № 2. - С. 101-102.
- 5 Габриэлян Н.И. Скрининговый метод определения средних молекул в биологических жидкостях.//Метод. рекомендации. – М.: 1965. - 29 с.
- 6 Ковалевский А.Н., Нифантьев О.Е. Замечания по скрининговому методу определения молекул средней массы // Лабораторное дело. 1989. - № 10.-С. 35-39.
- 7 Нагоев Б.С., Габрилович М.И. Значение определения средних молекул в плазме крови при инфекционных заболеваниях вирусной и бактериальной этиологии// Клинич.лаб. диагностика. - 2000. - №1. - С.9-11.
- 8 Карякина Е.В., Белова С.В. Молекулы средней массы как интегральный показатель метаболических нарушениях (обзор литературы) // Клиническая лабораторная диагностика. - 2004.-№3.-С.3-8.
- 9 Вартанян Л.С., Гуревич С.М., Козаченко А.И. и соавт. Изменение скорости образования супероксидных радикалов и активности супероксиддисмутазы и глутатионпероксидазы в субклеточных органелах печени мышей при низкоинтенсивном облучении в малых дозах //Биохимия. - 2000. - Т.65. - №.4. - С.522-527.
- 10 Макаров В.Г., Макарова М.Н. Антиоксиданты и реакционно-активные формы кислорода, их роль и механизм действия //Фитофармация. 2004. - №4. - С.121-13.

Н.Ж. ОРМАНОВ, Л.Д. ЖОЛЫМБЕКОВА, М.С. ИЗБАСАРОВА

ИЗМЕНЕНИЯ СРЕДНИХ ТОКСИЧЕСКИХ МОЛЕКУЛ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ФОСФОРУ У ЖИВОТНЫХ ПРИ ОСТРОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ФОСФОРОМ

Резюме: Концентрация средних токсических молекул в эритроцитах у «резистентной» группы повысилась лишь на 16,6%, а у «чувствительной» и «сверхчувствительной» группах соответственно на 85,7% и в 3 раза.

Ключевые слова: интоксикация фосфором, индивидуальная чувствительность, средние токсические молекулы, окисление белков.

N.J ORMANOV, L. D. ZHOLYMBEKOVA, M.S. ISBASAROVA

THE CHANGES AVERAGE THE TOXIC OF MOLECULES DEPENDING ON THE SENSITIVITY TO THE PHOSPHORUS IN ANIMALS IN ACUTE OF INTOXICATION WITH PHOSPHORUS

Resume: After acute poisoning by phosphorus concentration of average toxic molecules in erythrocytes has raised to 16.6 % "resistant" group, 85.7% at "sensitive" group and 3 times at "supersensitive" group.

Keywords: phosphorus intoxication, the individual sensitivity, medium the toxic molecules, protein oxidation.

Ж.М. АБИРОВА, Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, В.Ю. БАЙСУГУРОВА

КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова

Кафедра политики и управления здравоохранением

«НАУЧНО-ОБОСНОВАННЫЕ ПОДХОДЫ К РАЗВИТИЮ КОНЦЕПЦИИ УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ»

Хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ) являются ведущими причинами смертности во всем мире, ежегодно унося больше жизней, чем все остальные причины, взятые вместе. Несмотря на их быстрое распространение и неравномерное распределение, большую часть последствий для людей и общества, связанных с ежегодной смертностью от ХНИЗ, можно было бы предотвратить с помощью усиления профилактики и совершенствования мер борьбы с ХНИЗ. Что в свою очередь позволит выявить пациентов имеющих факторы риска, сократить преждевременную смертность и снизить заболеваемость и инвалидность, улучшит основные показатели здоровья, качество и образ жизни населения.

Ключевые слова: ХНИЗ(хронические неинфекционные заболевания), профилактика, неинфекционные заболевания, общественное здравоохранение, факторы риска, охрана здоровья, мониторинг, показатель здоровья, образ жизни.

Глобальное бремя и угроза неинфекционных заболеваний представляют собой серьезную проблему общественного здравоохранения, подрывающую социальное и экономическое развитие во всем мире. Для уменьшения этой угрозы требуются неотложные действия на глобальном, региональном и национальном уровнях, преследующие цель предотвращения увеличения неравенств между странами и народами.

Согласно оценкам ВОЗ, 36 миллионов смертей, или 63% из 57 миллионов смертей были вызваны неинфекционными заболеваниями, включающими, в основном, сердечно-сосудистую патологию (48%), онкологические заболевания (21%) и сахарный диабет (3,5%). В 2008 году 80% смертей (29 миллионов) от неинфекционных заболеваний приходились на долю стран с низким уровнем доходов, и большая часть (48%) смертей в этих странах являлась преждевременной (в возрасте младше 70 лет) по сравнению со странами с высокими уровнем доходов (26%). Согласно прогнозам Всемирной организации здравоохранения, если не будут приниматься меры, общее ежегодное количество смертей от неинфекционных заболеваний к 2030 году увеличится до 55 миллионов.

В 2011 году Всемирная организация здравоохранения опубликовала документ, в котором говорится, что только четыре основные группы неинфекционных болезней – сердечно-сосудистые заболевания, рак, хронические болезни легких и диабет – приводят к каждому трем из пяти случаев смерти людей в мире и наносят огромный социально-экономический ущерб во всех странах, особенно в развивающихся. Так, по оценкам недавно проведенного исследования Всемирного экономического форума и Гарвардского университета, на протяжении ближайших 20 лет неинфекционные заболевания будут стоить глобальной экономике более 30 триллионов долларов США, что эквивалентно 48% глобального ВВП в 2010 году.

Сегодня усилия многих стран направлены на борьбу с растущей заболеваемостью и смертностью от хронических неинфекционных заболеваний, развитие профилактики и превентивной медицины, как одной из важных составляющих политики управления здоровьем населения. [Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг. (Версия от 13.03.2013)]

ХНИЗ вызываются, в основном, четырьмя поведенческими факторами риска, которые сопутствуют экономическим преобразованиям, быстрой урбанизации и образу жизни в 21-м веке. Ими являются: употребление табака, нездоровый режим питания, недостаточная физическая активность и вредное употребление алкоголя. Наибольшее воздействие эти факторы риска все чаще оказывают на страны с низким и средним уровнями доходов, а также на беднейшие слои населения во всех странах, что отражает лежащие в их основе социально-экономические детерминанты. В этих группах населения может образоваться замкнутый круг: бедность подвергает людей воздействию поведенческих факторов риска ХНИЗ, и, в свою очередь, развивающиеся в результате этого ХНИЗ могут становиться важной движущей силой, ведущей семьи вниз по нисходящей спирали обнищания.

Во многих развивающихся странах неинфекционные заболевания выявляются на поздних стадиях, когда больным требуется интенсивная и дорогостоящая стационарная помощь для лечения тяжелых осложнений или острых нарушений. Большая часть такой помощи оплачивается за счет личных средств, что приводит к катастрофическим уровням расходов на медицинские цели. По этим причинам неинфекционные заболевания наносят двойной удар по процессу развития. Они ежегодно приводят к потерям национального дохода, исчисляемым миллиардами долларов, и опускают миллионы людей ниже черты бедности. [Доклад ВОЗ о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире, 2010 г.] Ниже кратко изложены предложения ВОЗ по профилактике основных заболеваний ХНИЗ:

Экономически эффективные меры доступны в рамках четырех общих подходов к профилактике онкологических заболеваний и борьбе с ними: первичная профилактика, раннее выявление, лечение и паллиативная медицинская помощь. Ранняя диагностика, основанная на получении информации о ранних признаках и симптомах, и, в случае доступности, скрининг всего населения улучшают выживаемость больных, особенно в случае рака молочной железы, цервикального рака, колоректального рака, рака кожи и рака полости рта. В некоторых протоколах лечения различных форм онкологических заболеваний используются препараты, имеющиеся в виде лекарств-генериков. Во многих странах с низким и средним уровнями дохода доступ к

медицинской помощи, пероральному морфину и персоналу, имеющему подготовку по оказанию паллиативной помощи, является ограниченным, поэтому многие онкологические больные умирают без адекватной помощи по уменьшению боли. В таких странах успешной и экономически оправданной может быть паллиативная помощь на местном уровне и на дому.

Предлагается по меньшей мере три вида мер по профилактике и лечению диабета, которые могут уменьшить затраты и улучшить здоровье. Контроль за кровяным давлением и гликемический контроль, а также уход за состоянием ног являются выполнимыми и экономически оправданными мерами для людей, страдающих диабетом, в том числе в странах с низким и средним уровнями дохода.

Во многих странах с низким уровнем дохода ингаляционные лекарственные средства, например ингалируемые стероиды, все еще недоступны из-за высокой стоимости. Такие страны могут рассмотреть возможность обеспечения населения качественными ингалируемыми лекарственными средствами по доступным ценам. Программы охраны здоровья легких, разработанные для лечения туберкулеза, могут быть интегрированы с мерами в отношении хронических респираторных заболеваний.

Научные знания демонстрируют, что при эффективном проведении уже имеющихся рентабельных профилактических и лечебных вмешательств и при соблюдении баланса между ними, бремя неинфекционных заболеваний может быть значительно сокращено.

В тоже время остаются открытыми вопросы разработки новых механизмов, подходов к профилактике заболеваний и укреплению здоровья на индивидуальном уровне, интеграции различных подходов и создание функциональной системы сохранения и укрепления здоровья.

Профилактика на индивидуальном уровне - «измерение» здоровья. Практика показывает, что в последние десятилетия трудно встретить человека без всяких признаков патологического процесса. Следовательно, альтернативная оценка «здоров» или «болен» - недостаточна; необходимо установить, насколько здоров (уровень здоровья) и насколько болен индивид (клинический диагноз). Именно от взаимоотношения процессов здоровья и болезни зависит прогноз состояния конкретного индивида - выздоровление, переход заболевания в хроническую форму, смерть. [Аналитические материалы Г.Апанасенко - НМАПО им. Шупика]

Проводимая ВОЗ программа интегрированной профилактики неинфекционных болезней в масштабах всей страны (программа СИНДИ) представляет собой важную модель комплексного подхода. Программа СИНДИ, учрежденная в 1982 г., направлена на снижение бремени неинфекционных болезней для общества путем борьбы с основными факторами риска их развития. Благодаря долгосрочному сотрудничеству между участвующими в этой программе странами, число которых сейчас уже возросло до 24, был накоплен огромный объем знаний и опыта по предупреждению неинфекционных заболеваний за счет применения интегрированных подходов на коммунальном уровне. Наиболее впечатляющие результаты были достигнуты в

одной из провинций Финляндии, где за 25 лет удалось добиться снижения смертности от ишемической болезни сердца на 73%. Одной из важнейших причин такого успеха является изменение рациона питания; финская политика в области питания рекомендует повысить потребление низконасыщенных жирных продуктов и овощей (например, подача в местах общественного питания бесплатных салатов к основным блюдам, что способствовало повышению в два раза уровня потребления овощей). Во всех государствах для снижения высоких уровней преждевременной смертности и заболеваемости от неинфекционных болезней необходима соответствующая политика в области пищевых продуктов и питания.

Среди простейших методов профилактики Европейское Бюро (ВОЗ) отмечает ходьбу и езду на велосипеде. Регулярная ходьба является важным средством предупреждения и лечения сердечно-сосудистых болезней. Результаты исследования, охватившего 9000 государственных служащих в возрасте от 45 до 64 лет, показали, что у 9% мужчин, оценивавших свою ходьбу как "быструю", частота ишемической болезни сердца (как с не летальным, так и летальным исходом) была по крайней мере в два раза ниже по сравнению со служащими, не занимающимися какими-либо физическими упражнениями. У лиц, оценивающих свою ходьбу как "достаточно быструю", показатель коронарных приступов был по крайней мере на одну треть меньше, чем у лиц с недостаточной физической активностью в течение девяти лет исследований. Аналогичные данные о ценности ходьбы и о повышении устойчивости против болезней с возрастом энергетических затрат организма были получены и в других исследованиях. Научные исследования, проведенные в Финляндии, подтверждают эти данные, свидетельствующие о том, что ходьба до места работы и обратно обеспечивает уровень физической активности, достаточный для поддержания хорошего состояния здоровья.

Результаты исследования, проведенного среди фабричных рабочих, позволили сделать вывод о том, что у людей, регулярно ездящих на велосипеде, уровень физической тренированности равен таковому у лиц, моложе их на десять лет. В другом исследовании было обнаружено, что лица, которые проезжали на велосипеде 60 миль (около 100 км) в неделю начиная с 35 лет, могли рассчитывать на то, что ожидаемая продолжительность их жизни увеличится на два года. Проведенное в Нидерландах исследование показало, что езда на велосипеде как часть нормальной ежедневной деятельности может позволить добиться такого же улучшения физического состояния, как та или иная специальная программа физической подготовки.

В Казахстане проблема борьбы с неинфекционными заболеваниями стоит как никогда остро. Данные заболевания относятся к категории социально-значимых заболеваний, меры борьбы с ними определены как один из основных приоритетов развития системы здравоохранения РК, включены в политику охраны здоровья и прописаны в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2014 гг.

Программа СИНДИ в Казахстане внедряется с 1996 года. Была разработана местная программа, периодически проводится мониторинг образа жизни населения и

состояния здоровья. В ходе реализации были разработаны модели профилактических программ для целевых категории населения (взрослое население, дети и работники). Определены уровень подготовки врачей по профилю ХНИЗ, также проведены обучающие семинары, научные исследования. Результаты программ были использованы при разработки государственной политики охраны здоровья населения РК и целевых отраслевых программ. Одним из основных движением внедренным СИНДИ в РК - явилась разработка модели профилактических программ на популяционном, групповом и индивидуальном уровне и методы, технологии и результаты использовались для усиления профилактики совершенствования мер борьбы с ХНИЗ, что в свою очередь позволит выявить пациентов имеющих факторы риска, сократить преждевременную

смертность и снизить заболеваемость и инвалидность, улучшит основные показатели здоровья, качество и образ жизни населения.

Таким образом, проблема заболеваемости от ХНИЗ является приоритетным направлением политики Казахстана в области охраны здоровья. В стране имеются методы и технологии по профилактике ХНИЗ, происходят процессы направленные на формирование здорового образа жизни среди населения, имеются научные и практические достижения в данной области, однако в этом свете актуальным является совершенствование методов и технологий по профилактике ХНИЗ, также проводить научные исследования – что, несомненно внесет свой вклад в укрепление здоровья населения и эффективной борьбе с ХНИЗ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 WHO Strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases (Стратегия ВОЗ по профилактике и борьбе с хроническими респираторными болезнями). – ВОЗ. – Женева: 2002.
- 2 M.Suhrcke, L. Rocco, M.McKee, S.Mazzuco, D.Urban, A.Steinherr. Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травм в Российской Федерации. – Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения при Европейском региональном бюро ВОЗ, 2008.
- 3 Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг. (Версия от 13.03.2013)]
- 4 Аналитические материалы Г.Апанасенко - НМАПО им. Шупика
- 5 Доклад ВОЗ о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире.

Ж.М. АБИРОВА, Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, В.Ю. БАЙСУГУРОВА

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы

«ДЕНСАУЛЫҚТЫ БАСҚАРУ ТҰЖЫРЫМДАМАСЫН ДАМУ ТУДЫҢ ЗАМАНАУИ ТАЛАПТАРҒА СӘЙКЕС ҒЫЛЫМИ НЕГІЗДЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕРІ»

Түйін: Жұқпалы емес аурулар жыл сайын миллиондаған адам өмірін қиятын дүниежүзі бойынша өлім-жітімнің ең басты себептерінің бірі болып табылады. Созылмалы жұқпалы емес аурулардың салдарынан (СЖЕА) өлім-жітімнің басымдығына, олардың тұрғындар арасында тез және түрлі жолдармен таралатындығына қарамастан СЖЕА алдын алу және онымен күресу тәсілдерін жетілдіру арқылы аурудың кең таралуына тосқауыл қоюға болады. Бұл өз кезегінде ауруға шалдығу қаупі жоғары науқастарды анықтауға мүмкіндік береді, мезгілсіз өлім мен ауруды, мүгедектікті төмендетіп, тұрғындардың денсаулығының, тұрмысының және өмір сүру сапасының негізгі көрсеткіштерін жақсартады.

Түйінді сөздер: созылмалы жұқпалы емес аурулар (СЖЕА), алдын алу, жұқпалы емес аурулар, қоғамдық денсаулық сақтау, қауіптілік факторлары, денсаулықты қорғау, мониторинг, денсаулық көрсеткіші, өмір сүру салты.

ZH.M.ABRIOVA, B.S.TURDALIYEVA, G.E. AIMBETOVA, V. BAISUGUROVA

Chair of Health Policy and Management of KazNMU after S.D.Asfendiyarov

"EVIDENCE-BASED APPROACH TO THE CONCEPT OF HEALTH MANAGEMENT IN MODERN CONDITIONS"

Resume: Non-communicable diseases (NCDs) are the leading causes of death worldwide , taking away more lives each year than all other causes put together. Despite their proliferation and uneven distribution, most of the effects on people and society associated with the annual mortality (NCD's) , could be prevented by strengthening the prevention and improvement of measures to combat (NCD's). That in turn will identify patients with risk factors, reduce premature mortality and reduce morbidity and disability, improve health indicators, the quality and way of life of the population.

Keywords: NCD's(chronic non-communicable diseases), prevention of non-infectious diseases, public health , risk factors , health monitoring, indicator of the health and lifestyles.

М.И. ВАНСВАНОВ, А.М. ИЛЬЯСОВ, А.М. ИЛЬЯСОВА

Модуль пропедевтики хирургической стоматологии КазНМУ

ЭЛЕКТРОННЫЕ УЧЕБНЫЕ ИЗДАНИЯ В СОВРЕМЕННОМ МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ

Обоснована необходимость внедрение в систему высшего медицинского образования актуальных цифровых технологий. Приведен пример разработки и использования учебных электронных изданий. Показаны преимущества применения электронных учебников.

Ключевые слова: Цифровые технологии, электронные учебные издания, самостоятельное обучение, тестирование.

Уже не первый год система среднего и высшего профессионального образования (в том числе медицинского) переживает серьезное и радикальное реформирование, вызванное необходимостью вступления республики Казахстан в единое европейское образовательное пространство (Болонский договор, 1997г.). Изменения психологической среды развития учащихся, формы и методы обучения в средней школе привели к появлению нового поколения абитуриентов и студентов в ВУЗах с непривычными личностными качествами и требованиями к образовательному процессу. Это повлекло за собой появление неожиданных сложностей в обучении студентов. По мнению Исаевой Р.Е. основными причинами, возникающих трудностей образовательного процесса являются:

- 1) Преобладание «клипового» мышления, то есть снижение усвоения знаний, снижение чувства сопереживания и ответственности, фрагментированное потребление информации, выстраивание не логических а эмоциональных отношений;
- 2) не понимание сложного (сложно представленный) материала и затрудненное усваивание больших объемов информации;
- 3) студенты быстро отвлекаются из-за «скучности» изложения или отсутствия игрового момента в обучении;
- 4) неразвитые коммуникативные навыки, не умеют говорить и выступать с четкими структурированными докладами;
- 5) не умеют самостоятельно находить решения и организовать свое время для занятий, распределить временные и психические ресурсы в процессе обучения [1].

Одним из вариантов решения данных проблем, а также удобным средством повышения уровня образовательного процесса являются электронные образовательные средства. Очень важную роль в среде информационно цифровых технологий в подготовке врачей играют электронные учебники [2,3].

Что же такое современный электронный учебник - это методический комплекс, предназначенный для изучения курса материала. Он является интегрированным средством, содержащим теорию, практику, задачи и другие компоненты.

По мнению многих авторов, при создании электронного учебника необходимо учитывать, что он должен содержать минимум текста, потому что длительное чтение текста с экрана компьютера утомительно и снижает восприятие новой информации [2]. Огромную роль играет правильный подбор шрифтов текста. Электронный учебник должен содержать как можно больше графических изображений, т.к. усвоение и восприятие информации при чтении иллюстративных

учебников намного выше. Важно корректно подобрать цветовую гамму, чтобы при изучении материала цвета не напрягали обучаемого, а наоборот, успокаивали [3].

Также рекомендуется использовать в электронном учебнике видео и аудио фрагменты, удобную навигацию по материалам (гиперссылки на элементы учебника и на другую информацию в интернете).

Применение аудио, видео файлов позволяет передать информацию в динамике и увеличить заинтересованность учащихся, стимулируя слуховое и зрительное восприятие [4]. Средствами самоконтроля результатов усвоения учебного материала могут послужить встраиваемые тестовые задания [5].

Процесс создание электронного учебника является трудоемким процессом. Его подготовку можно разбить на следующие этапы:

1. Оценка аудитории, для которой разрабатывается данный учебник.
2. Сбор и подготовка текстовой и графической информации.
3. Подготовка содержания.
4. Непосредственное создание электронного учебника.

Нами были разработаны несколько учебных пособий по хирургической стоматологии в формате HTML (Hyper Text Markup Language). Главное достоинство формата состоит в возможности размещения в тексте издания гиперссылок, по которым осуществляются быстрые переходы как внутри данного издания, так и во внешние, по отношению к данному документу. В частности, с помощью гиперссылки можно связаться с автором или издателем по электронной почте, просмотреть литературные источники, на которые ссылаются в данном издании, вызвать иллюстрацию, которая поясняет смысл некоторого текстового фрагмента и многое другое. Основу HTML-документов составляют обычные текстовые файлы, отдельные символы в которых представлены в ASCII-кодировке. Эти файлы доступны для просмотра и редактирования в любом редакторе текстов. Отличием HTML-издания от обычного текста является то, что в них присутствуют специальные команды - теги, которые указывают правила форматирования документа.

При подготовке электронных учебников мы ставили цель разработать средство, как для самостоятельного обучения студентов, так и под руководством преподавателя.

Титульная страница (рисунок 1) содержит следующую информацию: наименование Вуза; наименование кафедры (модуля), от имени которой выпускается издание; сведения об авторах, участвующих в создании издания; заглавие издания; подзаголовочные данные; место и год издания; минимальные системные требования.

Для удобства навигации содержание пособия вынесено на отдельную колонку на каждой странице. В содержание включены заголовки, раскрывающие состав учебного материала (рисунок 2). Каждый пункт содержания является активной гиперссылкой на интересующий читателя раздел.

Формат HTML достаточно компактен и, наряду с текстом, позволяет включать в издание иллюстрации и видео и аудио файлы (рисунок 3). Усредненное время длительности учебных видеороликов, используемых в электронно-образовательном обучении составляет от 2 до 8 минут. Только в случае крайней необходимости возможно увеличить хронометраж видеоролика, но с обязательным обоснованием в аннотации к учебному изданию.

Иллюстрации для электронного издания должны быть выполнены максимально качественно. Следует избегать экзотических форматов данных. Допустимыми исходными форматами данных при подаче изображений являются: *jpg, tiff, psd, png*, (растр в *tiff - 300 dpi*), *swf* с максимальным качеством, необходимым для дальнейшей обработки при создании различных электронных версий издания (CD, on-line и off-line) (рисунок 4).

Как уже отмечалось, полноценным учебным изданием может считаться только при наличии средств

самоконтроля. С этой целью мы включили модуль тестовых заданий (рисунок 5). Для уточнения правил тестирования страница снабжена ссылкой на инструкцию. Результаты тестирования можно получить в ниже стоящем окне. Кроме того (рисунок 6) по знаку + или -- слева от теста можно судить в каком из заданий была совершена ошибка. Количество тестовых заданий не ограничено и определяется по желанию автора.

Электронное издание в формате HTML является компактным и может хранить большое количество информации. На одном переносном носителе, таком как внешний винчестер, флешка и даже CD/DVD диск, можно хранить целую библиотеку.

Содержимое электронной книги при желании можно легко редактировать. Преподаватель может передать материалы, разослав его по электронной почте или по скайпу. Также сделать его общедоступным для своих студентов, загрузив его в интернет, компьютерный класс. Создание и публикация электронного средства обучения не связаны с большими затратами.

Таким образом, несмотря на определенные недостатки электронных учебников, они являются мощным фактором повышения образовательного уровня подготовки врачей, что необходимо в современных условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Е.Р. Исаева Новое поколение студентов: психологические особенности, учебная мотивация и трудности в процессе обучения первого курса. // Медицинская психология журнал, 2012. - №4 (15).
2. Кривошеев А.О. Компьютерная поддержка систем обучения. //Бюллетень Минобразования России «Проблемы информатизации высшей школы», 1998. - 1-2(11-12). - С. 179-183.
3. Амбрушкевич, Ю. Г. Современные информационные технологии в образовательном пространстве медицинского вуза: проблемы и перспективы // Использование информационных образовательных технологий и электронных средств обучения в вузе: материалы науч.-метод. Конф. Гродно : ГрГМУ, 2011. - С. 6-8.
4. И.П. Лукашевич. Проблемы информационного взаимодействия в медицине. // Новости искусственного интеллекта, 2005. - № 2.
5. И.А. Щербинина. Интеграция традиционного контроля и компьютерного тестирования как средство повышения эффективности обучения в вузе.: автореф. ... дис. канд. пед. – Владивосток: 2007. – 165 с.



Рисунок 1 - Титульная страница электронного учебного пособия



Рисунок 2 - Пример страницы электронного учебного пособия



Рисунок 3 - Включение мультимедиа файлов значительно упрощает освоение учебного материала

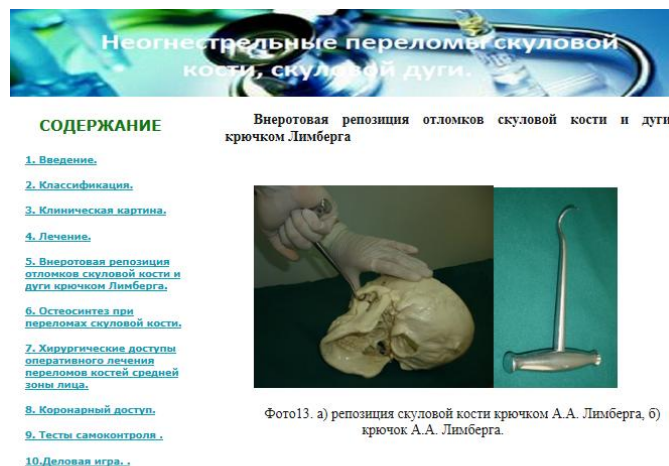


Рисунок 4 - Используемые иллюстрации должны быть высокого разрешения

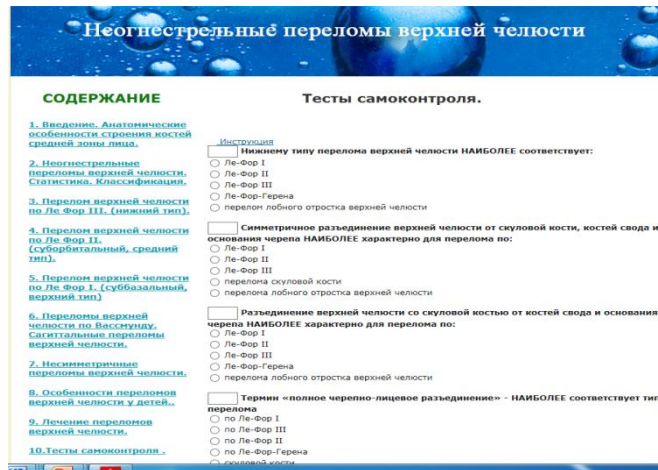


Рисунок 5 - Интерфейс страницы тестовых заданий

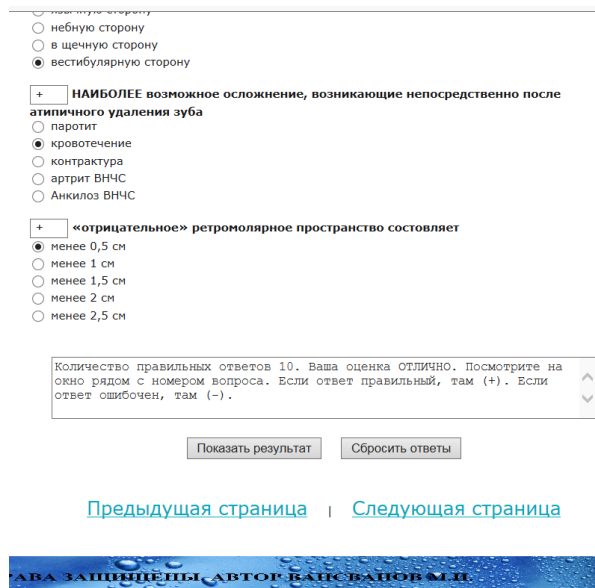


Рисунок 6 - Интерфейс окна результатов тестирования

М.И. ВАНСВАНОВ, А.М. ИЛЬЯСОВ, А.М. ИЛЬЯСОВА
 ЭЛЕКТРОНДЫҚ ОҚУ БАСЫЛЫМДАР ҚАЗІРГІ МЕДИЦИНАЛЫҚ БІЛІМДЕ

Түйін: Зар енгізу в жүйені медициналық жоғары білім көкейкесті цифрлық технология тиянақты. Зерттеме және оқу электрондық басылымның игерушілігінің үлгі көрсет. Электрондық оқулықтың қолданысының артықшылықтары көрсетілген.

Түйінді сөздер: Цифрлық технология, электрондық оқу басылымдар, дербес тәлім-тәрбие, тестеу.

M.I. VANSVANOV, A.M. ILYASOV, A.M. ILYASOVA
 ELECTRONIC EDUCATIONAL PUBLICATIONS IN MODERN MEDICAL EDUCATION

Resume: The necessity of introducing a system of higher medical education relevant digital technologies. An example of the development and use of educational electronic publications. The advantages of the use of electronic textbooks.

Keywords: Digital technology, e-learning edition, self-learning, testing.

УДК616.053.92

Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Р. КУРМАНХАНОВА, Ж. АЙНАКУЛОВА
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ АМБУЛАТОРИЯЛЫҚ ХИРУРГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДІҢ ЖАҒДАЙЫ

Тұрғындарға хирургиялық қызмет көрсету сапасын арттыруды және ұйымдастыруды жетілдіру елдің денсаулық сақтау жүйесін реформалауда жетекші орынға ие. Алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету жүйесінің басым дамуын ескере отырып, амбулаториялық-емханалық қызметті реформалауға және оңтайландыруға бағытталған өзіндік шараларға қажеттілік туындады

Түйінді сөздер: емхана, амбулаторлық көмек, хирург, денсаулық сақтау жүйесі, хирургиялық көмек.

Амбулаторлық-емханалық қызмет – денсаулық сақтау жүйесінің маңызды секторы, оның жағдайына көптеген медициналық-әлеуметтік мәселелердің шешімі, тиімділігі мен сапасы байланысты. Осы қызметтің дамуы денсаулық сақтауды қайта құрылымдаудың стратегиялық бағдарламасының маңызды элементтерінің бірі.

Көп санды науқастар топтарын емдеудің тиімді және экономикалық тұрғыдан пайдалы болып табылатын хирургиялық-амбулаториялық емханалық қызмет АМСК құрылымында ерекше орын алады.

XX аяғы мен XXI ғасырдың басында қарқынды дамыған амбулаторлық хирургия 3 негізгі міндеттерді шеше алады: халықты медициналық көмектің әртүрлі түрлерімен қамтуды жоғарылату, отадан кейінгі тікелей нәтижелерді төмендетпей, төменгі аяқ ұштары көк тамырларының варикозды кеңеюі, шап жарықтары секілді аурулармен науқастанғандардың санының азаюына, асқынбаған калькулездік өт жолының қабынуы секілді аурулармен науқастанғандарды ауруханаға жатқызу мерзімдерінің азаюына байланысты стационарларды азайту, емдеудің қаржылық шығындарын азайту.

Қазақстан Республикасының әлеуметтік-экономикалық дамуының қазіргі кезеңі саяси, макроэкономикалық тұрақтылықпен, қоғамдық келісіммен және қоғамның шынайы табысының өсуімен сипатталады. Дегенмен, болып жатқан қоғамның бірнеше тапқа бөлінуі өмір сүру сапасы нашарлай түсетін халықтың әлеуметтік-қорғалмаған тобын қалыптастырады. Бұл үдерістер, сөзсіз, халықтың денсаулығының деңгейіне кері әсерін тигізеді. Соңғы жылдары Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау жүйесінде медициналық ұйымдар жүйесі қайта құрылымдалып, қаржыландыру және ресурстық қамтамасыз ету көлемі көбейді, көрсетілетін алғашқы медициналық-санитарлық және медициналық-әлеуметтік, білікті және мамандандырылған медициналық көмек құрылымына және көлеміне өзгерістер енгізілді.

Бұл болып жатқан құбылыстарды жаңаша ой елегінен өткізу, ресурстық қамтамасыз етуді қалыптастыру және бағалау үдерістерін, денсаулық сақтаудың басым қызметтерін, денсаулықты қорғау бойынша бағдарламаларды, денсаулық сақтауды басқару және қаржыландыру механизмдерін оңтайландыру қажеттілігін туындатады.

Соңғы жылдары республикада болған қоғамдық денсаулық сақтау жағдайындағы өзгерістер, саланың ғылыми сыйымдылығының өзгеруі отандық денсаулық жүйесіне жаңаша қарауды талап етеді.

Бүгінде денсаулық сақтау дамуының негізгі бағыттары ретінде еңбекақыны төлеу деңгейін жоғарылатуды, дәрігерлерді дайындау және қайта дайындауды, материалды-техникалық базаны нығайтуды, сондай-ақ

медициналық көмектің көлемінің бөлігін стационарлықтан амбулаториялық сатыға ауыстыруды, ауруханалардың артық қуаттарының бір бөлігін қысқартуды және тұрғындарға медициналық әлеуметтік көмек көрсетуді қамтитын басым бағыттары анықталды.

Қазіргі уақытта денсаулық сақтау жүйесін жетілдіру бойынша келесі шараларды ұйымдастыру қажет: амбулаториялық-емханалық көмек көрсетудің көпдеңгейлі жүйесін құру; емдеу-диагностикалық жұмысының сапасын басқару (қамтамасыз ету) жүйесін қайта ұйымдастыру; денсаулық сақтау жүйесінде амбулаториялық-емханалық мекемелерге жетекшілік беру; стационарлар мен амбулаториялық-емханалық мекемелер арасындағы өзара қарым-қатынастарды жақсартудың жаңа жолдарын іздестіру; амбулаториялық-емханалық көмек шығынын азайту; учаскелік дәрігердің (жалпы практикалық дәрігер) рөлін арттыру; стационарлық қатысу технологияларын енгізу, күндізгі стационарларды, амбулаториялық хирургия орталықтарын, басым бағыттар бойынша мамандандырылған бөлімдерді дамыту; профилактиканың белсенді формаларын енгізу; медициналық орталықтарды және амбулаториялық-емханалық диагностикалық-кеңес беру ірі мекемелерін әрі қарай мамандандыру; диспансерлеуге және оның негізгі құрамдас бөліктеріне (тереңдетілген медициналық тексеруге және диспансерлік динамикалық бақылауға) әдіснамалық ыңғайларды өзгерту; науқастарды емдеу және диагностикасында медициналық стандарттарды пайдалану; заманауи аппаратрамен, құралдармен жабдықтау арқылы материалды-техникалық базаны жабдықтау және диагностикалық мүмкіндіктерді арттыру.

Бұл ережелерді жүзеге асыру алгоритмі төмендегідей: амбулаториялық-емханалық мекемелерде емдеуге тиісті науқастардың категорияларын анықтау және емдеуге қажетті жағдай тудыру; жоғарғы және орта деңгейдегі амбулаториялық құрылымдардағы мамандандырылған медициналық көмекті дамыту (қалыптастыру); стационарлық қатысу технологияларын (үй стационарлары, күндізгі стационарлар, хирургиялық және өзге де мамандандырылған күндізгі стационарлар, науқастардың стационарларда болу мерзімдерін азайту, амбулаториялық науқастар үшін стационарлық емдеу-профилактикалық мекемелерінің диагностикалық базасын кеңінен пайдалану) енгізу; жоспарлы стационарлық емдеуге науқастарды дайындау бойынша мекемелерлік шоғырлану; амбулаториялық-емханалық мекемелердің жүйесін оңтайландыру; амбулаториялық-емханалық медициналық ресурстық қамтамасыз етілуін оңтайландыру.

Қазіргі уақытта емдеу-профилактикалық мекемелерінің жұмыстарына, сондай-ақ денсаулық сақтаудың жетекші органдарына басқарудың экономикалық әдістері енгізіліп жатыр. Осы саладағы аса маңызды өзгерістер ақылы қызмет көрсету жүйесін енгізудің нәтижесінде пайда болды. Медициналық-экономикалық стандарттар мен тарифтер денсаулық сақтау субъектілерін, сондай-ақ, жалпы медициналық мекемелерге экономикалық әсер етудің шынайы тетіктерін пайдалануға мүмкіндік тудырады, медициналық мекемелердің медициналық көмек сапасын және тиімділігін арттыруға стимул береді. Нарықтық қарым-қатынастарға бейімделген бюджеттік-ақылы медицина принциптері медициналық бөлімшелер балансының табыс және шығын бөліктерін өлшеуді және бағалауды қамтамасыз етті. Өз кезегінде, шығындауға және бюджеттік түсімдерге қатал талаптар қойылып отыр.

Денсаулық сақтаудағы нарықтық қарым-қатынастар диагностиканың жаңа формаларының дамуының ауруханаға дейінгі деңгейінде емдеу-диагностикалық үдерістің және амбулаториялық жағдайларда ем қабылдаудың, қымбат төсек қорын рационалды пайдаланудың қарқындылығын талап етеді. Осыған қоса, хирургиялық науқастарды уақытылы жоспарлы сауықтыру ерекше мәнге ие. Дегенмен, қазіргі уақытта, амбулаториялық хирургиялық көмекті ұйымдастыру көптеген теріс сәттерге толы.

Уақытылы тиімді емдеу пациенттің моралды және материалды шығындануына, қиындықтардың көбеюіне, уақытылы және тұрақты қызметке жарамсыздығына, жедел қызмет көрсетудің, асқыну кезіндегі жиі ауруханаға жату материалдық шығындарына әкеледі. Айтылған шығындарға байланысты бөлімше қызметкерлерінің жалақылары азаяды, емхананың хирургиялық бөлімшесінің тиімділігіне қатысты күмән туындайды.

Дегенмен, республикадағы хирургиялық ауруларға шалдығу көрсеткіші төмендер емес. Шамамен, хирургиялық науқастардың жартысы жоспарлы денсаулық түзетуді қалайды. Іс жүзінде жоспарлы оталар шегіне дейін азайтылған, қаржының жетіспеушілігімен түсіндіріледі. Негізгі ақшалай қаражат шұғыл хирургиялық көмек көрсетуге бөлінеді.

Жедел науқасты емдеу – көп жағдайда асқынған ауруды емдеу. Отадан кейінгі асқынулардың және өлімнің көбі жедел түрде ота жасалған тұлғаларда байқалады. Осыған қоса, жедел науқасты емдеу жоспарлы науқасты емдеуге қарағанда, шамамен, екі есе қымбат.

Денсаулық сақтаудың нарықтық жағдайларға өтуі хирургиялық науқастарды ұйымдастырудың және оларды емдеудің жоғары тиімді әрі арзан әдістерін негіздеу мен енгізуді талап етеді. Егер хирургиялық қызметті қаржыландыру әр емделген науқасқа байланысты болса, жоспарлы емдеуді көбейтіп, жедел емдеуді азайтатын, хирургиялық науқастарды емдеудің нәтижелерін жақсартуға, мүгедектікті, өлімді және материалдық шығындарды айтарлықтай азайтуға мүмкіндік беретін диспансерлеудің рөлі бірнеше есе артады.

Өтпелі кезеңде ТМД елдерінде орын алған үдерістер қоғамның бірнеше деңгейге бөлінуін және әлеуметтік-экономикалық қарама-қайшылықтарды шеңдетірді. Осыған байланысты Ресей федерациясында 12 пайызға өсу арқылы жедел хирургиялық көмек үлесі артты. Республикадағы тұрғындардың көпшілігі жоспарлы хирургиялық көмек алуға қауқарсыз. Жол ақысы болмағандықтан, науқастар білікті хирургиялық көмек алу үшін республикалық мекемелерге бара алмайды.

Республикада кадрлық жағдай шиеленісіп кетті. Қазақстанның кей аудандарында, негізінен, қаржыландырудың нашарлығына және тиісті тұрғын үйдің болмауына байланысты хирург дәрігерлер жоқ. Соңғы жылдары жоғары мамандандырылған хирургиялық көмекке қажеттілік туындады. Емдеу мекемелеріндегі медициналық технологиялар паркінің тозу көрсеткіші 70 пайыздан асты, бұл пациенттің қауіпсіздігіне және сапасына күмән келтіреді. Заманауи сатылы түрде емдеу диагностикалық технологияларды хирургиялық тәжірибеге енгізіп, оларды тиімді пайдалану және ұйымдастыру қайтарымдылықтың эквиваленттік нұсқаларын ашуға мүмкіндік береді.

Осылайша, хирургиялық көмекті жетілдірудің базалық мәселелерін зерттеуді жалғастыру адекватты салалық саясатты және соңғы он жылда қоғамда болып жатқан әлеуметтік-саяси, әлеуметтік - экономикалық реформаларды жүзеге асыруы мүмкін.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Галкин Р.А., Тьякин В.П. Экспертиза качества лечения хирургических больных // Здравоохранение Российской Федерации, 1993. – С.13-15.
- 2 Алиев М.А. Основные направления стратегии развития здравоохранения //Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения в Республике Казахстан: Материалы II республиканской научно-практической конференции с участием международных организаций 3-4 июня 2002 года. – Алматы: 2002. – С.18-24.
- 3 Исаев Д.С., Игликова А.Э., Надиров Ж.К. и др. Новое концептуальное и методологическое видение процессов обеспечения качества медицинской деятельности // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению, 2007. – № 2-3. – С. 46.
- 4 Минаков В.Ф. Научная организация труда в амбулаторно-поликлиническом учреждении. - М.: 2001. – 231 с.
- 5 Анохин Л.В., Васильева Н.П., Куприянов А.В. и др. Научная организация труда в амбулаторно-поликлиническом учреждении. - М.: 2001. – 271 с.

Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Р. КУРМАНХАНОВА, Ж. АЙНАКУЛОВА
Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова

СОСТОЯНИЕ ОКАЗАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РК

Резюме: Оказание качественной амбулаторной хирургической помощи населению – одна из важных составляющих в системе здравоохранения РК. В связи с повышением роли первичной медико-санитарной помощи населению, особое внимание необходимо уделить качеству хирургической помощи населению на уровне поликлинического звена.

Ключевые слова: поликлиника, амбулаторная помощь, хирург, система здравоохранения, хирургическая помощь.

ZH.A. KOZHEKENOVA, A.A. AITMANBETOVA, R. KURMANKHANOVA, ZH. AYNAKULOV
The Kazakh national medical university of S.D.Asfendiyarova

CONDITION OF RENDERING THE OUT-PATIENT SURGICAL HELP IN RK

Resume: Rendering the qualitative out-patient surgical help to the population - one of important components in RK health system. Due to the increase of a role of primary medical and sanitary help to the population, it is necessary to pay special attention to quality of the surgical help to the population at the level of a polyclinic link.

Keywords: policlinic, out-patient help, surgeon, health system, surgical help.

Т.Ш. ШАРМАНОВ, С.Т. АЛЛИЯРОВА

С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, нутрициология кафедрасы,
Алматы қ., Қазақстан Республикасы

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ОСТЕОПОРОЗ ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ КЕШЕНДІК БАҒДАРЛАМАСЫ

Мақалада остеопороз мәселесінің өзектілігі мен остеопороз қауіп қатер факторлары көрсетілген, сонымен қатар республикада таралу ерекшеліктері мен дүние жүзі бойынша таралалуының негізгі факторлары көрсетілген.

Түйінді сөздер: остеопороз, сүйек - бұлшықет жүйесі, қауіп-қатер факторлары, әлеуметтік-биологиялық факторлар, алғашқы аурушаңдық, тағамтану.

Өзектілігі: остеопороз (ОП) – бұл сүйектің жүйелі ауруы, сүйек тінінің массасының азаюы мен микроархитектурасының нашарлауы сипатталып, тіндердің нәзіктілігі мен сынғыштығы байқалады. [1-3] ОП кезіндегі зат алмасудың бұзылуы, кальцидің тіндерден шайылуымен және тығыздығының азаюымен қоса жүреді.

ОП 10 ең маңызды инфекциялық емес аурулардың қатарында, және де өлім - жітім мен мүгедектіктің себепкері ретінде инфекциялық емес патологиялардың ішінде 5-ші орын алады. [3-4]

ОП қауіп қатер факторы ретінде: ақ нәсіл мен азиялық тек, қысқа бой мен аз салмақтық, қарт адамдар, жынысы әйел болса, етеккір тоқтаған кезінде, көп уақыт бойы емізгенде, аз қозғалатын өмір салты, темекі тарту, кальцидің тамақ рационның жетіспеуі, ақуыздың, майдың, көмірсулардың, тағам талшықтарының, кофеиннің, алкогольді көптеп қолдану, неврогендік анорексия, токсикалық зоб, Иценко-Кушинга ауруы, акромегалия, гипотиреоз, инсулинге тәуелді қант диабеті, ревматоидты артрит, анкилозирулеуші спондилоартроз, гиперпаратиреоз, ІАЖ аурулары, біріншілік билиарлы бауыр цирроз, қан аурулары, гипогонадизм, ұзақ уақыт бойы дәрі-дәрмек қабылдау, ұзақ мобилизациялар болып табылады. [5]

Остеопороздың осы секілді қауіп-қатерлерінің көп жобалылығы мен таралуы жиілігінің өсу мүмкіндігі, патогенездің көп сұрақтарының шешілмегендігі, бұл мәселенің медико-әлеуметтік бағалығын көрсетеді [6-7] ОП қазіргі таңда көптеген мемлекеттердің денсаулық сақтау жүйесі үшін үлкен мәселе болып тұр, және де бұл мәселе өмір сүру ұзақтығының ұлғайымен қоса өспек. [8]

АҚШ, Батыс Европа мен Япония елдерінде 75 млн.-нан артық адам ОП-мен зардап шегеді, оның 3/1 әйел адамдар. [9]

50 жастағы және жастары жоғары әйелдер арасында 18% жұығы остеопорозға шалдыққан және 37%-ден 50% -да сүйек тіндері массасының төмен тығыздығы байқалған. АҚШ-та жамбас сынуынан өлім –жітім 4-11,5% құрайды, ал қарттар үйінде болса 23% жетеді.

Ресейде 50 жастағы және одан асқан азаматтардың ішінде остеопорозбен 1/3 әйел адам, 1/5 ер адамдар зардап шегеді [10-11].

Ал Қазақстанда болса тек қана бірен-саран зерттеулер жүргізілген болатын.

Қазақстанда бұл мәселенің жоғары өзектілігі мен медико-әлеуметтік қажеттілігіне қарамастан ОП бойынша эпидемиологиялық зерттеулер мен Д дәрумені мен кальцидің қаншалықты қолдануы туралы регламенттелген сапалы ресми деректер жоқтың қасы.

Сонымен қоса алдын алу шараларын жүзеге асыратын жобалар да кездеспейді [12-13].

Остеопороздың алғашқы белгілері мен тез дамуының алдын алудың ең адекватты жолы ол оның профилактикасы болып табылады. Әлемдік көпетеген ғылыми жұмыстарға сүйенсек, қосалқы калцидің және D дәруменінің қолданылуы сүйек тінінің азаюын біршама азайтатынын көрсетеді [6–9].

Кальций – бұл қаңқаның құрылымына және оны қалыпта ұстап тұруына ең қажетті минералды зат болып табылады. Кальций эндогенді химиялық элемент емес, ол әрқашан сырттан түсіп тұру қажет, сонымен қоса оның тәуліктік қажеттілігі жасқа байланысты. Кальций адам ағзасынан нәж арқылы шығып отырады, және де оның аз мөлшерде шыққаны адам ағзасына ешқандай зияны жоқ, алайда дұрыс тамақтанбаған жағдайда кальций адам ағзасынан көптеп шығып бұл мәселе күрделене түседі. Оған себепкер ретінде: тұзды, кофеіні, ақуызды көп қолдануды жатқыза аламыз.

Кальцидің негізгі белсенді абсорбциялаушысы D дәрумені болып табылады. Физиологиялық жағдайда кальцидің ішектік абсорбция 20-30%, D дәруменін қабылдау 60–80% -ға дейін өсіреді.

Ғылыми зерттеу жұмысының мақсаты: Қазақстан Республикасы бойынша остеопороз ауруының таралу ерекшеліктері мен негізгі қауіп-қатер факторларын зерттеу арқылы остеопороздың алдын алу бойынша, ұлттық, популяциялық, топтық және жеке деңгейде кешендік бағдарлама құрастыру.

Сонымен қатар тағы бір маңызды мақсаты ретінде қала мен ауылдық өңірлерде қауіп-қатер факторларын анализдеп, халықтық қазіргі таңдағы тағамтану үрдісін бақылап, тағамдық факторлардың қаншалықты сүйек тіндерінің тығыздығына әсерін бақылау және халықтың тағамтану сапасын бақылау болып табылады.

Зерттеу әдістері мен материалдар. Жұмыс барысында зерттеудің эпидемиологиялық, антропометрикалық, клиникалық, зертханалық, физиолого-биохимиялық, иммунологиялық, статистикалық әдістері қолданылады.

Күтілетін нәтижелер.

Ғылыми зерттеу жұмысы барысында келесі зерттеулер жүзеге асады:

- Сүйек-бұлшықет жүйесі бойынша алғашқы және жалпы аурушаңдық зерттеледі. Қазақстан Республикасының келесі өңірлерінде - Акмола, Ақтөбе, Маңғыстау, Караганды, Қызылорда, ШҚО, ОҚО, СҚО, Қостанай, Павлодар, Алматы облысы, сонымен қатар Алматы, Астана қалаларында;

- Остеопороздың жетекші қауіп-қатер факторларының классифицирлеу;

- Республиканың остеопорозға қауіпті топтары арасында зерттеу жүргізу;

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Ершова О.Б., Семёнова О.В., Дегтярёв А.А. Результаты проспективного изучения исходов переломов проксимального отдела бедра [1] // Остеопороз и остеопатии, 2000. — № 1. — С. 9–10.
- 2 Лукьяничкова Н.С. Нарушения костного метаболизма, липидного обмена и их коррекция у женщин в постменопаузе: автореф. ... канд. мед. — М.: 2007. — 27с.
- 3 Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Мылов Н.М. Распространённость переломов позвоночника в популяционной выборке лиц 50 лет и старше // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, 1997. — № 3. — С. 20–27.
- 4 Торопцова Н.В. Эпидемиология, первичная профилактика и лечение постменопаузального остеопороза в условиях поликлиники: автореф. ... докт.дис. — М.: 2007. — 44 с.
- 5 Лесняк О.М., Евстигнеева Л.П., Кузьмина Л.И., Кузнецова Е.В., Пивень А.И., Кузнецова Н.Л. Эпидемиология переломов позвоночника и периферических костей в старших возрастных группах жителей г. Екатеринбурга // Остеопороз и остеопатии, 1999. — № 2. — С. 2–4.
- 6 Antoniucci D.M., Sellmeyer D.E., Cauley J.A.; Study of osteoporotic Fracture Research Group. Postmenopausal bilateral oophorectomy is not associated with increased fracture risk in older women. — J Bone Miner Res. — 2005. — V.20. - №5. — P.741-747.
- 7 Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Баркова Т.В. Эпидемиологическая характеристика переломов конечностей в популяционной выборке лиц 50 лет и старше // Остеопороз и остеопатии, 1998. — № 2. — С. 2–6.
- 8 National Osteoporosis Foundation. Clinical's Guide to Prevention and treatment of Osteoporosis, Washington, 2010.
- 9 Assessment of osteoporosis at the primary Health care level. Report of a WHO Scientific Group, 2007.
- 10 Цейтлин О.Я., Вербовой А.Ф. Распространённость переломов проксимального отдела бедренной кости в группе повышенного риска в г. Чапаевске // Остеопороз и остеопатии, 2001. — № 2. — С. 7–8.
- 11 Евстигнеева Л.П., Лесняк О.М., Пивень А.И. Эпидемиология остеопоротических переломов позвоночника по данным рентгеноморфометрического анализа среди популяционной выборки жителей г. Екатеринбурга 50 лет и старше // Остеопороз и остеопатии, 2001. — № 2. — С. 2–6.
- 12 ISCD positions. — J Clin Densitometry, 2004. — V.7. - № 1. — 21 p.
- 13 Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) Health Care Guideline: Diagnosis and treatment of osteoporosis, 2004.

Т.Ш. ШАРМАНОВ, С.Т. АЛЛИЯРОВА

РАЗРАБОТКА КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ ОСТЕОПОРОЗА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Резюме: В статье показана актуальность проблемы остеопороза и факторы риска развития ОП, также пути установления особенностей распространения остеопороза в республике и изучения основных факторов риска остеопороза в различных странах мира.

Ключевые слова: Остеопороз, костно-мышечная система, факторы риска, социально-биологические факторы, первичная заболеваемость, фактическое питание.

T.SH. SHARMANOV, S.T. ALLYAROVA

DEVELOPMENT OF THE COMPREHENSIVE PROGRAM OF PREVENTION OF OSTEOPOROSIS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Resume: This article shows the importance of the problem of osteoporosis and risk factors for OP, also the ways of defining propagation properties of osteoporosis in the country and study of the main risk factors of osteoporosis in various countries around the world.

Keywords: Osteoporosis, musculo-skeletal system, risk factors, social and biological factors, primary morbidity, actual food.

**Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, Г.С. БАЙСУНОВА, В.Ю. БАЙСУГУРОВА,
Е.В. ИНДЕРШИЕВА, Б.С. ТУРДАЛИЕВ, Ф.А. БАГИЯРОВА**

*Казахский Национальный университет им. С. Асфендиярова
Кафедра политики и управления здравоохранением*

ГРАМОТНОСТЬ В СФЕРЕ ЗДОРОВЬЯ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Медико-санитарная грамотность (грамотность в сфере здоровья) связана с грамотностью людей, и включает их знания, мотивацию и компетентность для получения доступа, понимания, оценки и применения информации о здоровье, необходимой для формирования суждений и принятия решений, связанных с получением медицинской помощи, профилактикой заболеваний и укреплением здоровья для поддержания и улучшения качества жизни.

Человек с адекватным уровнем грамотности в сфере здоровья способен брать ответственность за свое собственное здоровье, равно как и за здоровье своей семьи и общины.

Таким образом, грамотность населения в сфере здоровья оказывает влияние на поведение людей, их образ жизни, и, следовательно, на состояние здоровья и качество жизни.

Ключевые слова: *медико-санитарная грамотность, мотивация, профилактика заболеваний, укрепление здоровья.*

Улучшение здоровья населения является важнейшим приоритетом государственной политики. В Послании Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана говорится, что **«Здоровье нации – основа нашего успешного будущего»**. В соответствии с принципами государственной политики в области здравоохранения здоровье населения относится к факторам обеспечения национальной безопасности [1]. Здоровье населения напрямую связано с медико-санитарной грамотностью людей. Исследованиями, проведенными в данной области, доказано, что у пациентов с недостаточным уровнем грамотности в сфере здоровья наблюдается ряд коммуникативных проблем, которые отрицательно влияют на показатели здоровья. Исследования из разных стран подтверждают, что улучшение медико-санитарной грамотности может способствовать улучшению здоровья и сокращению неравенства в сфере здоровья [2].

Медико-санитарная грамотность влияет на поведение людей в секторе здоровья и здравоохранения: люди с адекватным уровнем грамотности в сфере здоровья способны брать ответственность за собственное здоровье, здоровье своей семьи и общины [3]. Изменение поведения людей в сторону более здорового образа жизни через повышение уровня грамотности в сфере здоровья приводит к улучшению показателей здоровья населения. Как показали Дж Прочаска и К ДиКлементе в разработанной ими модели трансформационного изменения поведения [4] процесс изменения поведения проходит через одни и те же стадии у разных людей; данная модель нашла свое применение во многих программах по укреплению здоровья и профилактике заболеваний, в том числе, программах по избавлению от различных видов зависимости [5].

Впервые термин медико-санитарная грамотность возник в 70 г.г. 20-го века [6] и его роль в общественном здравоохранении в настоящее время существенно выросла, расширилось также и значение данного

понятия: оно включает набор сложных и взаимосвязанных навыков, таких как чтение и действие в соответствии с написанной информацией о здоровье, умение сообщить медикам о своих медицинских потребностях, понимание предоставляемой информации о здоровье и др.[7].

Несмотря на возрастающий интерес к понятию «грамотность в сфере здоровья», о чем свидетельствуют - 5000 публикаций в базе данных PubMed[3], до недавнего времени не было единого определения самого понятия.

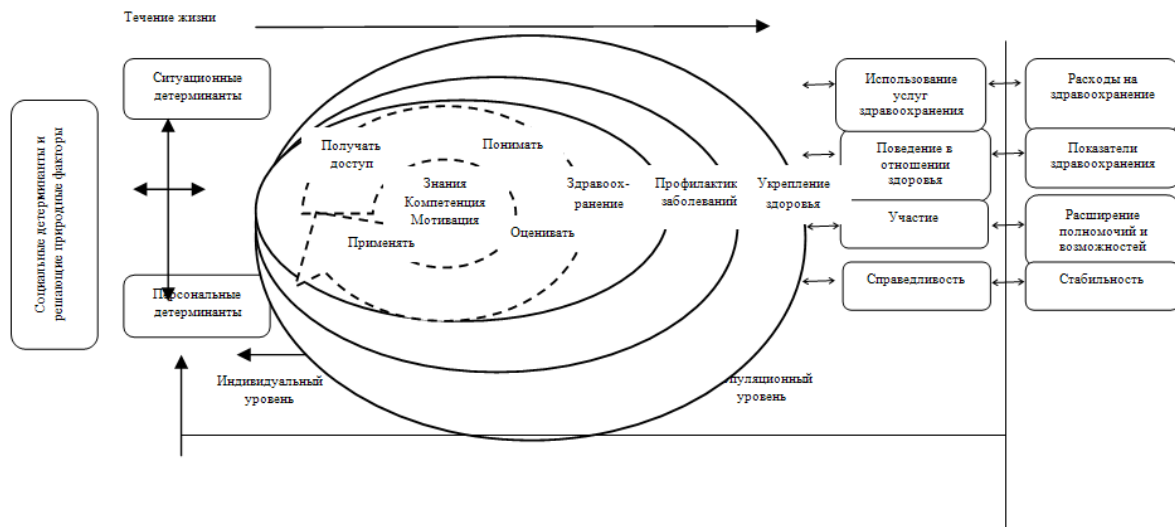
Sorensen et al.[3] провели контент-анализ 17 определений «грамотность в сфере здоровья», встречающихся в 19 публикациях, отобранных ими для систематического обзора в результате поиска в базах данных Medline, Pubmed и WebofScience и сформулировали интегрированное определение:

«Медико-санитарная грамотность связана с грамотностью людей и включает их знания, мотивацию и компетентность для получения доступа, понимания, оценки и применения информации о здоровье, необходимой для формирования суждений и принятия решений, связанных с получением медицинской помощи, профилактикой заболеваний и укреплением здоровья для поддержания и улучшения качества жизни» [3].

Европейским Консорциумом по медико-санитарной грамотности в рамках Европейского Обзора «Медико-санитарная грамотность» была разработана концептуальная модель, выделяющая 12 составляющих медико-санитарной грамотности связанных с компетенциями доступа, понимания, оценки и применения информации, связанной со здоровьем внутри системы здравоохранения, профилактики заболеваний и укрепления здоровья [8].

Каждая из компетенций представляет критическое измерение грамотности в сфере здоровья, требует специфических когнитивных качеств и зависит от качества предоставляемой информации [7].

Концептуальная модель медико-санитарной грамотности[3]



Источник: Sorensen K et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC PublicHealth*, 2012, 12:80.

Знания и умения дают возможность человеку перемещаться внутри трех сфер пространства здоровья: в качестве пациента внутри системы здравоохранения, в качестве лица группы риска внутри системы профилактики заболеваний, в качестве гражданина в системе укрепления здоровья в обществе, на рабочем месте, в системе образования. Уровень грамотности в сфере здоровья, при прохождении человека через данные этапы, позволяет людям контролировать свое здоровье в каждой из трех областей, применяя общую грамотность, арифметические навыки, а специальные навыки в сфере здоровья для получения и понимания необходимой информации, критической оценки и анализа полученной информации; самостоятельно действовать по преодолению личных, структурных, социальных и экономических барьеров для здоровья [3]. Способность перемещаться внутри системы здравоохранения зависит от когнитивного и психологического развития, так же как и от предыдущего и настоящего опыта, и по мере изменения контекстных требований навыки и компетенции грамотности в сфере здоровья развиваются в течение жизни и связаны с непрерывным обучением в течение жизни. Структуры, связанные с тремя областями, представляют прогресс от индивидуальной перспективы к популяционной. Такая модель интегрирует «медицинскую» концептуализацию грамотности в сфере здоровья с более широкой перспективой «общественного здоровья». Большой акцент на грамотность в сфере здоровья за пределами системы здравоохранения потенциально влияет на профилактику и уменьшает давление на систему здравоохранения [3]. Грамотность в сфере здоровья влияет на использование услуг здравоохранения, а следовательно, на исходы здоровья и расходы на здравоохранение [3]. Люди с более высоким уровнем грамотности в сфере здоровья охотнее участвуют в диалоге по вопросам здоровья, медицины, научных знаний и культурных верований. Таким образом, повышение грамотности в сфере здоровья влияет на жизнедеятельность человека в целом, в быту, на работе, в обществе [9,10,11]. Повышение уровня грамотности в сфере здоровья будет

способствовать развитию большей автономности и полномочий самого человека в самоохранительном поведении, реализации солидарной ответственности за здоровье, а процесс грамотности в сфере здоровья может рассматриваться как часть развития индивидуума в направлении улучшения качества жизни. На уровне всего населения повышение уровня грамотности в сфере здоровья внесет вклад в процесс развития справедливости и устойчивости изменений в общественном здравоохранении [3]. Оценка печатной грамотности в медицинском контексте получила развитие в 90-х гг. 20-го века. Два наиболее часто используемых метода, описанных в англоязычной литературе - Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine [REALM; Davis et al., 1993] and the Test of Functional Health Literacy in Adults [TOFHLA; Parker et al., 1995] [12]. Тест REALM - это скрининговый тест на определение способности взрослого человека читать медицинские тексты. Участники зачитывают список из 66 распространенных медицинских терминов, которые считаются необходимыми для успешного взаимодействия индивидуума с системой здравоохранения. Слова разбиты на 3 столбца в соответствии с количеством слогов и сложностью произношения. Каждое правильное прочтенное и произнесенное слово дает 1 очко. Количество очков затем преобразуется в оценки. Тест разработан только на английском языке. Тест TOFHLA включает 17 вопросов, связанных с арифметическими способностями и 50 вопросов, связанных со способностью понимать прочитанное. Отрывки для чтения взяты из раздела «Права и обязанности пациента» приложения «Медикэйд», стандартной формы информированного согласия. Вопросы, связанные с арифметическими навыками проверяют способность пациента понимать уровень глюкозы в крови, соблюдать время приема у врача, получать финансовую помощь, понимать указания по приему лекарственных средств. Общее количество баллов делится на три уровня: неадекватный, пограничный и адекватный [12].

В Европе измерение медико-санитарной грамотности осуществлялось в рамках проекта The European Health Literacy Project [HLS-EU] – Европейский проект «Медико-санитарная грамотность» в 2009-2012г.г. Результаты проекта продемонстрировали, что почти половина населения восьми Европейских стран, а в отдельных группах до 60%, имеют риск недостаточной грамотности в сфере здоровья, испытывают трудности в доступе, понимании, оценке и применении информации для принятия решений в сфере здоровья [13]. Таким образом, изучение данного направления представляет собой актуальную проблему, применение результатов которого позволит оценить ситуацию в

стране по уровню грамотности людей в области здоровья, определить сферы потенциального вмешательства в соответствии с потребностями населения или отдельных его групп с ограниченным уровнем медико-санитарной грамотности и разработать целевые профилактические программы по различным аспектам охраны здоровья населения. Использование международного опыта в данной области, несомненно, обогатит существующий отечественный опыт, даст дополнительные источники информации, инструменты, откроет возможности для обсуждения результатов исследований с международным сообществом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кодекс Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения
- 2 Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs AMA: Health literacy: report of the council on scientific affairs. *J Am Med Assoc* 1999, 281[6]:552-55
- 3 Sorensen, K et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models, *BMC Public Health*, 2012, 12:80
- 4 Prochaska, J., & DiClemente, C. [1983]. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 [3], 390-395
- 5 Evers KE, Paiva AL, Johnson JL Results of a transtheoretical model-based alcohol, tobacco and other drug intervention in middle schools. *Addict Behav.* 2012 Sep;37[9]:1009-18. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.04.008. Epub 2012 Apr 28.]
- 6 Simonds SK: Health education as social policy. *Health Education Monograph* 1974, 2:1-25.
- 7 Peerson A, Saunders M: Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? *Health PromotInt* 2009, 24[3]:285-296.
- 8 Медико-санитарная грамотность. Убедительные факты Под редакцией Ilona Kickbusch, Jürgen M. Pelikan, Franklin Apfel и Agis D. Tsouros 2013, vii + 73 с. ISBN 978 92 890 0015 4
- 9 Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS: Elaborating a definition of health literacy: a commentary. *J Health Commun* 2003, 8[3]:119-120.
- 10 Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer DS: Understanding health literacy: an expanded model. *Health PromotInt* 2005, 20[2]:195-203.
- 11 Zarcadoolas C, Pleasant A, Greer D: Advancing health literacy: A framework for understanding and action. Jossey Bass: San Francisco, CA 2006.
- 12 Health Literacy: A Prescription to End Confusion <http://www.nap.edu/catalog/10883.html>
- 13 Final report Executive summary [D17] The European Health Literacy Project [HLS-EU] The HLS-EU Consortium 2012].

**Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, Г.С. БАЙСУНОВА, В.Ю. БАЙСУГУРОВА,
Е.В. ИНДЕРШИЕВА, Б.С. ТУРДАЛИЕВ, Ф.А. БАГИЯРОВА**
С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ
Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы

МЕДИЦИНАЛЫҚ-САНИТАРЛЫҚ САУАТТЫЛЫҚ: ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ ЖӘНЕ ДАМУДЫҢ ПЕРСПЕКТИВАСЫ

Түйін: Медициналық-санитарлық сауаттылық (денсаулық саласындағы сауаттылық) адамдардың сауаттылығына байланысты және қол жетімділік, түсіну, бағалау және денсаулық туралы ақпаратты қолдану үшін олардың білімі, ынтасы, құзырлығы қосылады. Аурулардың профилактикасы және денсаулықты нығайту, өмір сүру сапасын қолдау және жақсарту, медициналық көмек алуға байланысты ойды қалыптастыру және шешім қабылдау үшін пайдаланылады. Денсаулық саласында, тиісті сауаттылық деңгейі бар адам, қатар өз жаңұясы және қоғам денсаулығымен қатар, өз денсаулығы үшін өзіне жауапкершілік алуға қабілетті.

Сонымен, денсаулық саласындағы тұрғындардың сауаттылығы адамдардың қимыл-әрекетіне, оларды өмір сүру салтына, сонымен қатар денсаулық жағдайы мен өмір сүру сапасына ықпал етеді.

Түйінді сөздер: Медициналық-санитарлық сауаттылық, мотивация, денсаулықты нығайту, аурулардың алдын алу

B.S.TURDALIYEVA, G.E. AIMBETOVA, G.S. BAISUNOVA, V.YU.BAISUGUROVA

E. V. INDERSHIEVA, B.S. TURDALIYEV, F. A. BAGIYAROVA

*S Asfendiyarov Kazakh National medical university
Healthcare policy and management department*

HEALTH LITERACY: CURRENT SITUATION AND PERSPECTIVES OF THE DEVELOPMENT

Resume: Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course. Health literacy in turn influences health behavior and the use of health services, and thereby will also impact on health outcomes and on the health costs in society.

Keywords: health literacy, motivation, health promotion, disease prevention.

УДК 616.461

Г.А.ДУНЕНОВА^{1,2}, Д.Р.КАЙДАРОВА², А.Е.ОШИБАЕВА¹, Т.А.ЮГАЙ²
Высшая Школа Общественного Здравоохранения, МЗ РК¹
Алматинский онкологический центр² Алматы, Казахстан

ВЫЯВЛЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В Г.АЛМАТЫ

Рак шейки матки (РШМ) – актуальная проблема современной онкологии во всем мире. В этой статистике Казахстан не является исключением. Так, в нашей стране рак шейки матки остается наиболее частой злокачественной опухолью, занимая 3-е место в структуре онкогинекологической патологии. Несмотря на существующий надежный скрининговый тест – цитологическое исследование мазка в поверхности с шейки матки, запущенность остается на высоком уровне – 9,7% в Казахстане и 11,9% в Алматы. В данной статье рассмотрены вопросы заболеваемости, запущенности, законодательной основы профилактики РШМ в Казахстане.

Ключевые слова: Рак шейки матки, заболеваемость, профилактика.

Рак шейки матки относится к наиболее распространенным и социально значимым онкологическим заболеваниям, занимая 2-е место по частоте (после рака молочной железы) и 3-е по смертности среди раков у женщин. По данным Международного агентства по изучению рака ежегодно в мире регистрируется 528000 новых случаев РШМ и 266000 женщин умирают по этой причине [1].

В Казахстане рак шейки матки также является частой злокачественной опухолью в структуре онкогинекологической патологии. В 2012 году рак шейки матки по частоте возникновения находился на 6 месте в структуре основных форм злокачественных новообразований, составив 5,1% от всех злокачественных опухолей, и на 3 месте - в структуре женской онкопатологии, составляя 9,2% злокачественных опухолей у женщин. На начало 2012 года в нашей республике под наблюдением находится 10445 женщин, болеющих раком шейки матки, впервые диагностировано 1625 новых случаев РШМ[2]. У 18,9% больных заболевание диагностировано в распространенных (III-IV) стадиях. Удельный вес IV стадии РШМ в Казахстане составил 3,5%. Высоким остается показатель летальности на первом году с момента установления диагноза (18%), что также свидетельствует о поздней диагностике РШМ. Выявление больных с запущенным раком шейки матки неизбежно сопряжено с последующим ростом частоты рецидивов и метастазов опухоли после первичного противоопухолевого лечения.

Рак шейки матки, по свидетельству Я.В. Бохмана, одно из немногих заболеваний, в полной мере соответствующее всем требованиям для проведения популяционного скрининга, сформулированным экспертами ВОЗ Wilson и Junger еще в 1968 году. Так, это распространенное заболевание, являющееся острой проблемой здравоохранения; имеет надежно распознаваемую преклиническую фазу в виде предраковых патологий; существует длительный период злокачественной трансформации; есть возможность верификации диагноза и методы эффективного лечения, и, наконец, существует надежный и несложный скрининг-тест – цитологическое исследование мазков, взятых из шейки матки и шеечного канала.

К настоящему времени целесообразность скрининга рака шейки матки считается доказанной [3]. Так, если разработана и внедрена эффективная стратегия скрининга, то рак шейки матки можно считать предотвратимым заболеванием (Новик В.И. 2004, Ковнатор Б.Я. 2005).

В Казахстане цитологический скрининг РШМ был включен в систему ежегодных массовых профилактических осмотров в 2008 году. Приказ № 607 от 15.10.2007 г. «О совершенствовании профилактических осмотров отдельных категорий взрослого населения» подразумевал обследование целевых групп, которыми являются женщины в возрасте 35, 40, 45, 50, 55, 60 лет. Приказом №145 от 16.03.2011 года «О внесении изменений в приказ и.о.министра здравоохранения РК от 10.11.2009 года №685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» в целевую группу включены женщины 30 лет.

В Программе развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы определена цель - повышение ожидаемой продолжительности и качества жизни казахстанцев путем снижения смертности населения от онкологических заболеваний. Первой из задач проекта определено совершенствование профилактики онкологических заболеваний путем развития программ ранней диагностики (скринингов). Согласно данным скрининга по данным цитологических лабораторий Казахстана за 2012 г. охвачено 583 638 женщин, выявлено 194 случая рака шейки матки (0,03%, евростандарт = 0,01-0,02%).

В Алматы показатель заболеваемости раком шейки матки превышает среднереспубликанский, занимая 3 место в структуре заболеваемости женского населения, и 7 место в структуре онкопатологии всего населения. К 2013 году на диспансерном учете в Алматинском онкологическом центре состоит 1560 женщин с этим диагнозом.

Был проведен анализ основных показателей, отражающих динамику состояния рака шейки матки среди женского населения г.Алматы за последние 5 лет (2009-2013гг).

С 2009 года отмечается колебание заболеваемости раком шейки матки с 10,6 до 14 на 100 тысяч женского населения (в 2012 году) (диаграмма 1).

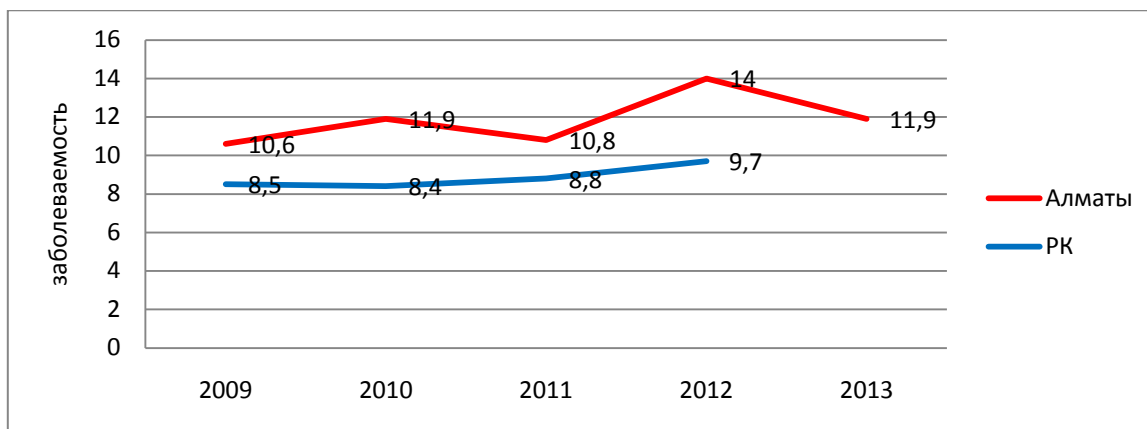


Диаграмма 1 - Динамика заболеваемости РШМ в Алматы и РК за 2009-2013 гг. на 100 тыс.женского населения

Рак шейки матки, являясь патологией визуально доступного органа, характеризуется таким важным показателем, как запущенность, то есть выявление на III-IVстадии заболевания. Поздняя диагностика РШМ определяет дальнейший прогноз течения болезни, делая выздоровление и сохранение репродуктивной функции

женщины труднодостижимой, а иногда и невозможной задачей. Задачей скрининга является выявление предраковых патологий и ранних (неинвазивных) форм рака шейки матки. На диаграмме 2 приведены данные, отражающие динамику запущенности РШМ с 2007 года.

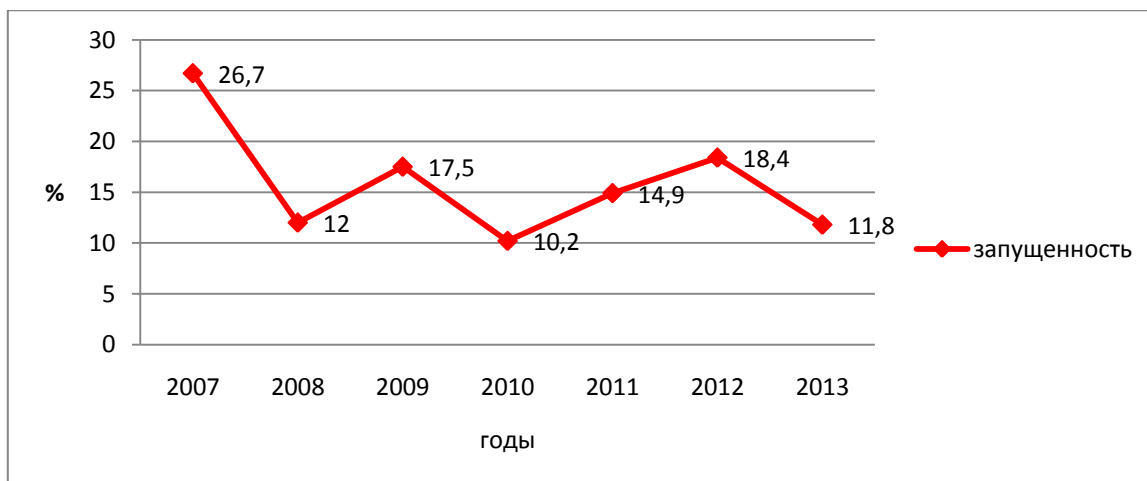


Диаграмма 2 - Динамика запущенности рака шейки матки в г.Алматы за 2007-2013гг (%)

Так, запущенность в 2007 году составила 26,7%, то есть у каждой 4-й женщины был выявлен распространенный рак. С 2008 года, с началом внедрения государственной программы скрининга рака шейки матки, отмечается снижение показателя запущенности более чем в 2 раза. С

2008 года удельный вес запущенных форм рака шейки матки колеблется с 12% до 18,4% в 2012 году. В 2013 году из 178 больных раком шейки матки 12% составили женщины с запущенной стадией рака.

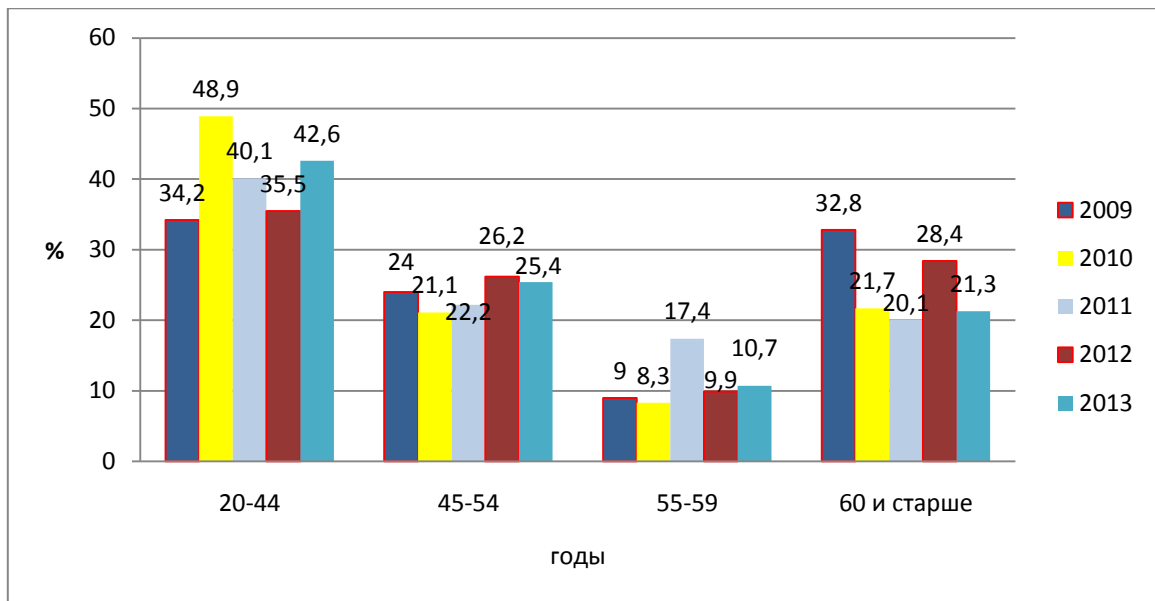


Диаграмма 3 - Распределение больных РШМ в г.Алматы по возрастным периодам (%) в 2010 – 2013гг.

При изучении динамики встречаемости рака шейки матки в зависимости от возраста, в котором была диагностирована опухоль, видно, что в 2013 году отмечен рост показателя у женщин до 44 лет - 42,6% (диаграмма 3). Наиболее ранняя возрастная группа, в которой зарегистрирован рак шейки матки, это 20-24 года. Увеличение числа заболевших женщин в фертильном возрасте является тревожным фактом, так как данный контингент пациенток представляет собой

как репродуктивно значимую часть женского населения, так и активную в социальном отношении группу. На диаграмме 4 показан удельный вес больных РШМ в зависимости от стадии выявления рака. Так, за 5 лет отмечается колебание удельного веса выявленных больных с I и II стадиями с 81,2% в 2011 до 89,2% в 2010 году, с III (с 14,7% в 2009 до 8,4% в 2010) и IV стадиями (с 4,5 в 2012 году до 1% в 2011 году). В целом, в 2013 году отмечена положительная динамика в отношении раннего выявления рака шейки матки.

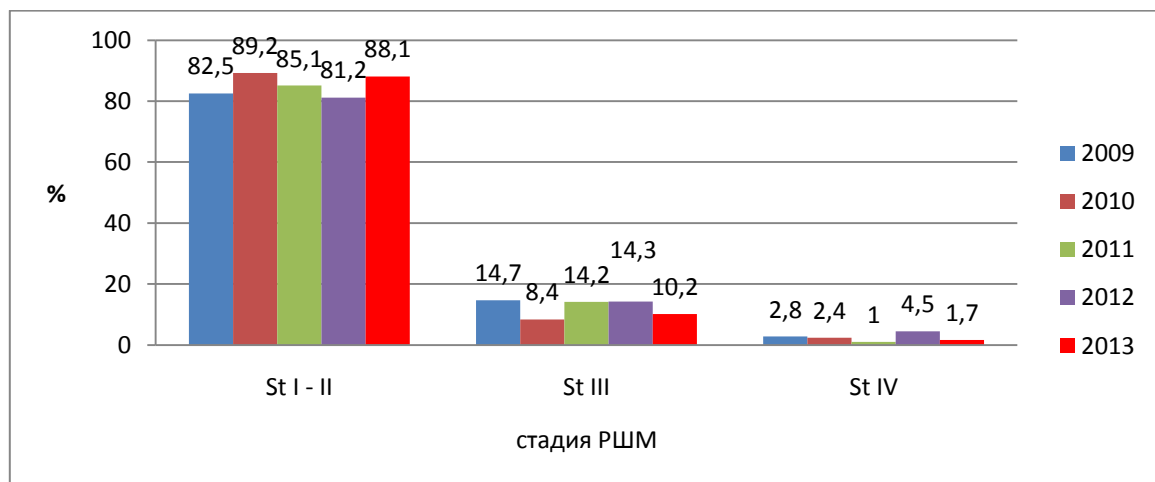


Диаграмма 4 - Распределение больных РШМ в г.Алматы по стадии заболевания (%) в 2009-2013гг.

Смертность от данной патологии входит в десятку основных причин смерти от рака. В 2012 году смертность от РШМ составила 4,1‰; показатель в г.Алматы превышает республиканский – 4,6‰. Это свидетельствует о все еще несвоевременной диагностике рака шейки матки, что в свою очередь обуславливает неблагоприятный прогноз.

Профилактика, раннее выявление и адекватное лечение злокачественных опухолей является одним из важнейших разделов современной медицины. По результатам анализа данных заболеваемости и запущенности рака шейки матки мы видим необходимость улучшения проведения

профилактических осмотров женщин с обязательным цитологическим исследованием, диспансеризации и лечения больных с фоновыми заболеваниями шейки матки. Соответственно, эта проблема требует специального исследования, направленного на разработку научно обоснованных путей решения основных проблем связанных с выявлением ранних форм рака шейки матки.

В настоящее время мы выполняем такое исследование, заложив в его основу разработанный нами методический подход к изучению роли поведенческих факторов в участии женщин в скрининге.

Результаты исследования позволят разработать более активные и целенаправленные методы проведения

профилактических осмотров женщин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 The GLOBOCAN 2008 database. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. International Agency for Research on Cancer
- 2 Арзыкулов Ж.А., Сейтказина Г.Д., Махатаева А.Ж. и др. Показатели онкологической службы республики Казахстан за 2012г. – Алматы: 2012.
- 3 Mandel J.S., Smith R. Principles of Cancer Screening // Cancer. Principles & Practice of Oncology / Eds. V.T. De Vita, Jr.S.Hellman, S.A. Rosenberg. – Philadelphia, Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2008. – P. 659-676.

Г.А.ДУНЕНОВА^{1,2}, Д.Р.КАЙДАРОВА², А.Е.ОШИБАЕВА¹, Т.А.ЮГАЙ²

Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, ҚРДСМ¹

Алматы онкологиялық орталығы²

Алматы, Қазақстан.

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ ЖАТЫР МОЙЫНЫҢДАҒЫ ҚАТЕРЛІ ІСІК АУРУЫ

Түйін: Қазіргі таңда бүкіл әлемде жатыр мойынындағы қатерлі ісік ауруы көкейтесті мәселе болып табылады. Қазақстан мемлекетінде бұл мәселе де байқалады. Әйелдердің қатерлі ісіктер жатыр мойынындағы рагы 3 орыны алып отыр. 2008 жылдан бастап Қазақстанда жатыр мойынындағы қатерлі ісіктің скринингі енгізілді. Бірақ сондада рақтың инвазиялық және кең таралған ауруның түрлері жиі кездеседі. Осы жазылған жұмыста жатыр мойынындағы қатерлі ісіктің эпидемиологиялық сұрақтары және сақтандыру жөніндегі заңнама негіздері көрсетілген.

Түйінді сөздер: жатыр мойынындағы қатерлі ісік, алдын алу, сақтандыру.

G. DUNENOVA^{1,2}, D.KAIDAROVA², A.OSHIBAEVA¹, T.YUGAY²

Kazakhstan School of Public Health Ministry of health, MoH RK¹

Almaty oncology centre²

Almaty, Kazakhstan.

CERVICAL CANCER IN ALMATY

Resume: Cervical cancer is one of the important issues of oncology all over the world. The same epidemiological situation is observed in Kazakhstan. Incidence of cervical cancer takes 3rd place in gynecological cancer rating in our country. In spite of existence of the screening program in Kazakhstan since 2008 the high percentage of the advanced forms of cervical cancer and associated mortality are still registered. Some issues of cervical cancer incidence and preventive principles in Almaty and Kazakhstan are performed in this article.

Cervical cancer is the most common and socially significant oncological diseases, taking 2nd place in frequency (after breast cancer) and 3rd in mortality among cancers in women. According to the International Agency for Research on Cancer in the world annually registered 528,000 new cases of cervical cancer and 266,000 women die for this reason [1]. In Kazakhstan, cervical cancer is also common malignant tumor in the structure of onco-gynecological pathology. In 2012, cervical cancer incidence was on 6th place in the structure of the main forms of malignant neoplasms, accounting for 5.1% of all malignant tumors, and in 3rd place - in the structure of female cancer pathology, accounting for 9.2% of cancers in women.

Keywords: Cervical cancer incidence, prevention.

УДК 616.456.2

Е.М. МЕИРБЕКОВА, Л.Т. АЛШЕМБАЕВА

КазНМУ имени С.Д.Асфендиярова

Кафедра менеджмента и маркетинг в здравоохранении и фармации

УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В статье рассматриваются проблемы оценки качества медицинской помощи, которые в настоящее время приобрели характер не только одной из труднейших, но и важнейшей задачи, непосредственно связанной с политикой и стратегией здравоохранения.

Ключевые слова: международные стандарты; ISO 9000; система менеджмента качества (СМК); лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ); качество медицинской помощи (КМП); обязательное медицинское страхование (ОМС).

В настоящее время проблема качества медицинской помощи является одной из наиболее важных в здравоохранении. Письма и жалобы граждан свидетельствуют о неудовлетворенности многих из них качеством медицинского обслуживания, а введение в здравоохранение экономических отношений делает проблему качества особенно острой. От качества оказываемых медицинских услуг зависит качество жизни, как отдельных людей, так и общества в целом.

Развитие системы здравоохранения в современных условиях будет осуществляться путем функционирования системы контроля качества медицинских услуг и других критериев эффективности работы и предполагает подготовку и внедрение системы управления качеством медицинской помощи с учетом международных требований.

Одним из главных показателей рейтинга государства в мировой экономике является уровень развития сектора здравоохранения, который сегодня стал наиболее подверженным всем текущим и экономическим кризисам. Одновременно, в связи с быстрым развитием медицинской науки, международным декларированием прав человека, ростом медицинской грамотности населения, здравоохранение воспринимается как одна из сфер общественных услуг и подвергается постоянному общественному контролю, индикатором которой является качество медицинских услуг.

Существующая в настоящее время в республике система управления здравоохранением представлена в основном административными методами, что в целом предопределяет ее невысокую эффективность, как по отрасли в целом, так и на уровне отдельных медицинских организаций. Поэтому в настоящее время первоочередными являются мероприятия по реформированию системы управления на всех уровнях, определенные в директивных документах Правительства страны, в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 годы, **Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы**, ежегодных Посланиях Президента Республики Казахстан.

В современных экономических условиях возрастает актуальность создания и внедрения новых форм управления, гарантирующих максимальную эффективность деятельности лечебно-профилактических учреждений при минимальных затратах и высоком качестве оказания медицинской помощи. Многих издержек в управлении качеством медицинских услуг можно избежать посредством внедрения системы менеджмента (качества СМК) в соответствии с

международными стандартами ISO серии 9000, которая ориентирует учреждения здравоохранения на адаптацию процессного подхода к оказанию медицинских услуг с целью повышения степени удовлетворенности всех заинтересованных сторон.

В Казахстане проблема качества в области здравоохранения решается пока по большей части посредством контроля качества, хотя, как известно из зарубежного и собственного опыта страны, качество не возникает в процессе контроля, а создается на каждом этапе оказания медицинской услуги.

Учреждениям здравоохранения необходима концепция системного обеспечения качества, предусматривающая постоянную работу по созданию условий, в которых требуемое качество производится на каждом этапе оказания медицинской помощи, а контроль, в частности, является лишь одним из элементов этой системы. Таким образом, имеется потребность в создании и внедрении системы управления качеством.

Достижению поставленных целей служит разработанная, документально оформленная, внедренная и поддерживаемая в рабочем состоянии медицинским учреждением система менеджмента качества (СМК), соответствующая требованиям международных стандартов (МС) ИСО серии 9000, применяющаяся во многих странах мира в разных отраслях, в том числе и в области здравоохранения.

Решение о создании действующей на предприятии СМК, соответствующей международному стандарту ISO 9000 принимают сегодня руководители все большего числа медицинских учреждений Республики Казахстан и это, в главной степени, связано с эффективностью самооценки этой системы. СМК ISO серии 9000 предоставляет огромные преимущества для работы поликлиник и медицинских центров, которые касаются качества оказываемой медицинской помощи.

Всемирная организация здравоохранения рассматривает проблему качества медицинской помощи с четырех позиций: максимальное выполнение профессиональных функций, оптимальное использование ресурсов, минимальный риск для пациента и максимальная удовлетворенность пациента от взаимодействия с медицинской подсистемой. Эти составляющие важны с точки зрения СМК, где одним из важнейших принципов является создание новой модели управления, нацеленной на удовлетворение потребителя и позволяющей успешно реализовывать стратегические цели и планы медицинской организации путем совершенствования процессов, что в конечном итоге приводит к финансовому успеху.

СМК, по определению МС ИСО 9001, представляет собой совокупность организационной структуры, ответственности, процедур, процессов и ресурсов, необходимых для управления качеством услуг и является средством, обеспечивающим соответствие оказываемых услуг установленным требованиям.

Для потребителя СМК учреждения является гарантией качества получаемой медицинской помощи, а для руководства - это уверенность в том, что задачи, поставленные перед коллективом, будут выполнены.

Реализация системы качества не является одномоментным действием, а представляет собой процесс, зависящий от состояния лечебно-профилактического учреждения. МС ИСО 9001 версии 2008 г. обеспечивает методологию мониторинга качества лечебно-диагностического процесса и медицинской помощи в условиях конкретного учреждения здравоохранения. На каждом этапе развития учреждения критерием правильности создания системы качества служит положительный результат.

СМК в соответствии с МС ИСО серии 9000 основана на восьми принципах всеобщего управления качеством (TotalQualityManagement), которые могут быть применены в области здравоохранения. Разработка и внедрение СМК в лечебно-профилактических учреждениях имеют свои особенности, определяющиеся спецификой производства медицинской услуги.

Для потребителя СМК учреждения является гарантией качества получаемой медицинской помощи, а для руководства - это уверенность в том, что задачи, поставленные перед коллективом, будут выполнены.

СМК, основанная на принципах и опыте, воплощенных в стандартах, способна помочь их организации в поддержании самых высоких стандартов в медицинской и технической квалификации, а также в обслуживании пациентов. Помимо предоставления гарантии потребителям, СМК может использоваться в следующих целях:

- идентификация задач и концентрации усилий на потребностях и ожиданиях пациентов;
- достижение и поддержка желаемого качества продуктов и услуг для удовлетворения заявленных или предполагаемых потребностей потребителей;
- мониторинг результатов, достигнутых в предоставлении медицинских услуг, или задач, согласованных организациями или отделами;
- предоставление свидетельства способности поставлять медицинские услуги реальным и потенциальным потребителям;
- создание базы для улучшения деятельности и результатов медицинского обслуживания.

Итак, внедрение системы менеджмента качества, основанной на стандартах ISO 9000, позволяет увеличить продолжительность жизни населения, существенно снизить заболеваемость и смертность, улучшить результаты лечения, а также взять под контроль рост стоимости медицинской помощи.

Основными причинами, побуждающими лечебно-профилактическое учреждение к внедрению международных стандартов, являются:

- повышение внимания общества к проблемам качества медицинских услуг;
- целенаправленная государственная политика по ориентации системы здравоохранения на радикальное решение проблем качества медицинского обслуживания населения;
- возрастающие потребности общества в получении качественных услуг, в обеспечении высокого уровня профилактики и лечения заболеваний, соответствующего международным стандартам;
- понимание руководством актуальности решения проблем качества услуг на основе внедрения СМК;
- стремление многих медицинских учреждений к снижению возросших производственных издержек при организации лечебно-диагностического процесса, снижению себестоимости лечения одного пациента;
- желание медицинских организаций уменьшить число жалоб со стороны населения.

В числе наиболее существенных ожидаемых результатов внедрения и поддержания в рабочем состоянии системы управления качеством, отвечающей требованиям МС ИСО, можно назвать:

- 1- улучшение качества предоставляемых услуг по медицинскому профилю и удовлетворенности потребителей;
 - 2- повышение производительности труда, эффективности медицинской помощи и сокращение затрат на ее оказание;
 - 3- минимизация и предотвращение финансовых и моральных потерь для учреждения;
 - 4- повышение общей финансовой и производственной дисциплин;
 - 5- укрепление имиджа надежного учреждения, повышение его авторитета у населения и в профессиональных кругах;
 - 6- увеличение заинтересованности персонала в качестве, создание атмосферы в коллективе, которая ориентирует персонал на долгосрочную перспективу.
- Документально оформленные процессы и результаты обеспечения качества, а также сертификация независимым международным органом по СМК могут показать общественности, что медицинское учреждение предоставляет безопасную и эффективную помощь своим потребителям.

Для достижения наилучшего результата медицинским учреждениям необходимо сосредоточить усилия не на проверке индивидуального выполнения, а на управлении процессами, выявлении отклонений и анализе их причин. Это позволяет управлять достижениями клинических результатов, не увеличивая стоимость медицинской помощи, повышать степень удовлетворенности пациентов и медперсонала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Послание Президента Республики Казахстан Н.Назарбаева народу Казахстана. Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее. От 17 января 2014 г.
- 2 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года.
- 3 Оценка зарубежных систем здравоохранения: частные мнения и индекс потребителей медицинских услуг//Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2008. – № 2 (77). – С. 23–26.
- 4 Оценка качества здравоохранения США// Вопросы экспертизы и качества мед.помощи. 2008. – № 2 (26). – С. 61–64.

Е.М. МЕИРБЕКОВА, Л.Т. АЛШЕМБАЕВА

ҚазҰМУ денсаулық сақтау мен фармацевтикадағы менеджмент және маркетинг кафедрасы

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТИҢ САПАСЫН БАҚЫЛАУ ЖҮЙЕСІН БАСҚАРУ

Түйін: Мақалада қазіргі уақытта тек күрделі ғана емес, сондай-ақ, маңызды міндеттер яғни, денсаулық сақтау саясаты және стратегиясымен тікелей байланысты медициналық көмек сапасын бағалау мәселері қарастырылған.

Түйінді сөздер: халықаралық стандарттар (ХС); ISO 9000, сапаның менеджмент жүйесі (СМЖ); емдеу-алдын алу мекемелері (ЕАМ), медициналық көмектің сапасы (МКС); міндетті медициналық сақтандыру (ММС).

E.M. MEIRBEKOVA, L.T. ALSHEMBAYEVA

KazNMU Management and marketing in health care and pharmacy department

MANAGEMENT OF HEALTHCARE QUALITY CONTROL SYSTEM

Resume: The article considers the problems in quality evaluation of medical care, which at present time assume the character not only of difficult, but important task, directly relating to policy and strategy of Healthcare.

Keywords: international standards; ISO 9000; Quality Management System (QMS), health care facilities (HCF), the quality of care; compulsory health insurance (CHI).

Х.С.МЕРГЕМБАЕВА, А.Д.ДУЙСЕКЕЕВ, Л.С. РАМАНКУЛОВА
КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Приведены краткие данные анализа литературы по результатам исследований состояния здоровья студенческой молодежи. Отмечается рост показателей заболеваемости студентов, что связано с влиянием на организм молодых людей неблагоприятных факторов, таких как повышенные психо-эмоциональные нагрузки, изменение микросоциальной среды и т.д.

Ключевые слова: студенты, психо-эмоциональная нагрузка, микросоциальные условия, питание, здоровье, стоматологическое здоровье.

Охрана и укрепление здоровья студенческой молодежи является важнейшей медико-социальной задачей. Актуальность проблемы подчеркивается тем, что ей предстоит принимать активное участие в реализации социальных, профессиональных, интеллектуальных, нравственных функций общества.

Создание необходимых условий для познавательной активности студентов связано, прежде всего, с формированием здорового образа жизни, а также новых подходов к совершенствованию мер по охране здоровья. С этой точки зрения необходимо проводить углубленные исследования условий формирования образа жизни, социальной среды, в которой находятся студенты во время обучения, что оказывает существенное влияние на качество подготовки специалистов.

Данные научных исследований, проведенных среди студенческой молодежи, свидетельствуют о повышении заболеваемости студентов за время обучения в ВУЗе. Это объясняется происходящими в организме процессами адаптации к новым микросоциальным условиям, а позднее постоянно возрастающими психо-эмоциональными нагрузками, погрешностями в питании, режиме труда и отдыха и др. факторами [1,2,3,4,5,6]. На организм лиц молодого возраста оказывают негативное влияние неблагоприятные экологические факторы, повышая показатели стоматологической заболеваемости [7]. Имеются данные о высокой распространенности основных стоматологических заболеваний среди студенческой молодежи [6, 9]. Известно, что заболевания зубов и пародонта являются источниками интоксикации и сенсibilизации организма, что в свою очередь, может оказывать негативное влияние на состояние различных органов и систем. При этом качество стоматологической помощи может оказывать существенное влияние на показатели здоровья.

Имеются многочисленные данные, свидетельствующие о повышении заболеваемости лиц, меняющих климато-географические регионы места жительства, подтверждается положительная роль образа жизни, гигиенической культуры и образования индивидуума, характера и режима питания, медицинской активности студентов в снижении заболеваемости в целом и в том числе стоматологической заболеваемости [1,4,6].

Исследованиями Федотовой Н.Н. (2012) впервые в современной социально-экономической обстановке России, в условиях роста мобильности студентов в ходе комплексного социально-гигиенического исследования получены данные оценок условий жизни, образа жизни и состояния стоматологического здоровья студентов международно-ориентированного вуза и разработаны

рекомендации по оптимизации их здоровья в соответствии с выявленными региональными, возрастными, половыми и другими особенностями. Дана социально-гигиеническая характеристика условий и образа жизни студентов из различных регионов мира, установлен характерный для современных условий социально-демографический профиль студентов данного вуза и выявлены особенности регионального, социального, полового, возрастного и поведенческого порядка, отдыха, наблюдения за здоровьем, выполнения рекомендаций врача-стоматолога. При этом, автором выявлены поведенческие особенности и различие интересов студентов из стран Юго-Восточной Азии, Африки, Ближнего и Среднего Востока, Восточного Средиземноморья по вопросам образа жизни и профилактики болезней зубов, выполнения рекомендаций врачей и медицинской активности. Дана сравнительная социально-гигиеническая оценка питания, отдыха и вредных привычек студентов в связи с состоянием зубов. Установлено значение данных показателей в формировании здоровья студентов и категории стиля жизни. В целом выявлены взаимосвязи факторов изменения питания, с одной стороны, здоровья и самочувствия студентов - с другой.

Исследования по оценке собственного здоровья студентов показало, что молодые люди, в основном, не думают о своем здоровье. Это подтверждается тем, что большинство из них не обладает какой либо информацией о своем здоровье [1,4,6]. Так, Федотовой Н.Н. [6] было изучено мнение студентов о собственном здоровье и их индивидуальная оценка состояния здоровья. Методом направленной типологической выборки были опрошены 549 студентов трех наиболее востребованных и многочисленных подразделений РУДН: факультета гуманитарных и социальных наук (ГиСН) (37,9% от числа респондентов), медицинского факультета (25,6%) и института международной экономики и бизнеса (ИМЭБ) (36,5%). Результаты исследований показали, что большинство опрошенных не имели целостного представления о состоянии своего здоровья. В связи с этим следует отметить, что самооценка здоровья может служить важным индикатором состояния динамики здоровья студентов в дополнение к объективным методам исследования.

Оценка питания студентов многими исследователями рассматривалась как важнейшая компонента формирования здоровья. Так, было установлено, что представление о правильном питании формируется в зависимости от курса, факультета и региона происхождения: полагают, что имеют полные знания о правильном питании 63% стран Латинской

Америки, из стран Африки – 57%, из стран Азии – 48%. Для половины студентов (51%) изменение питания прошло незаметно для здоровья или не оказало на него влияния, ухудшение самочувствия в связи с питанием отметили 26% студентов, связь заболеваний зубов с неудовлетворительным питанием отметили 21% студентов, большинство студентов (65%) не думают о возможных негативных последствиях и вреде для

здоровья в целом и здоровья зубов применения различных диет[1,6].

Таким образом, анализ данных литературы о состоянии здоровья студенческой молодежи свидетельствует о необходимости совершенствования лечебно-профилактической помощи данному контингенту населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ушакова Я.В. Здоровье студентов и факторы его формирования. // Вестник Нижегородского университета им. Н.И. Лобачевского, 2007. - №2. - С.197-202
- 2 Федотова, Н.Н. Общая оценка отношения студентов к мерам индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний / Федотова Н.Н., Каплан Б.М., Каплан М.З. // Проблемы здравоохранения, гигиены и медицины: Матер. третьей междунар. конф. Москва, 2-6 июня. 2008г. – М.: РУДН, 2009. - С. 149-154.
- 3 Макарян А.С., Кича Д.И., Фомина А.В., Луговой В.Е., Федотова Н.Н. Универсализм в совершенствовании здоровья и систем здравоохранения // Матер. V международной конференции: Современные аспекты реабилитации в медицине. 7-9 июня, 2011г. – Ереван.: 2011. - С.349.
- 4 Лебедев И.И. О работе ректората и студенческих общественных организаций ННГУ им. Н.И. Лобачевского по оздоровлению студентов и пропаганде здорового образа жизни. // Вестник ННГУ им. Н.И. Лобачевского. Серия Инновации в образовании. - Н. Новгород: 2003. - №1 (4). – С.36.
- 5 Каплан Б.М., Максименко Л.В., Федотова Н.Н., Гололобова Т.В., Коновалов О.Е. Профилактические требования к санитарно-гигиеническому надзору в стоматологии. – М.: Гигиена и санитария, 2009. - №6. – С. 31-34.
- 6 Федотова Наталья Николаевна Образ жизни и формирование стоматологического здоровья студентов из различных регионов мира/ Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - М: 2012.
- 7 Мергембаева Х.С., Жанабаева Г.Б., Умбетъяров Б.А. Обоснование и разработка программ профилактики кариеса зубов и заболеваний пародонта в условиях напряженной экологической ситуации. / Тезисы Международной научно-практической конференции «Новые технологии в стоматологии». Dentist Қазақстан, 2006.- №1. -122 с.
- 8 Мергембаева Х.С., Еркебай Р.А. Эффективность программы профилактики воспалительных и воспалительно-деструктивных заболеваний пародонта у лиц с железодефицитной анемией. / Тезисы международной научно-практической конференции «Проблемы современной стоматологии Казахстана». Часть 2. – Алматы:, 2004. – С.206-209
- 9 Кича Д.И., Максименко Л.В., Федотова Н.Н. Анализ работы стоматологического отделения поликлиники, предоставляющей медицинские услуги студентам // Организационные аспекты модернизации здравоохранения и подготовки медицинских кадров в Российской Федерации: Матер. Междунар. и научно-практической конференции. 28-29 сентября 2011. – Ижевск: 2011. – С. 304-304.

Х.С.МЕРГЕМБАЕВА, А.Д.ДУЙСЕКЕЕВ, Л.С.РАМАНКУЛОВА

С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

СТУДЕНТТЕР ЖАСТАР АРАСЫНДАҒЫ СТОМАТОЛОГИЯНЫҢ КӨМЕГІНІҢ ЖЕТІЛДІРУІНІҢ МЕДИКО-СОЦИАЛЬДЫҚ АСПЕКТТЕРІ

Түйін: Студенттердің денсаулығының күйі туралы зерттеу тұжырымының әдебиеттің қысқа анализі көрсетілген. Жас адамның бойына қатал факторлар ықпалмен тоқулы, психо-эмоциональдік қуатпенен, микроәлеуметтік орта өзгерістері және т.б. студенттің ауру-сырқауының көрсеткішінің өсуін белгілейді

Түйінді сөздер: студенттер, психо-эмоциональдік қуат, микроәлеуметтік орта, азықтану, денсаулық, тіс денсаулығы.

MEDICAL-SOCIAL ASPECTS OF PERFECTION OF THE STOMATOLOGIC HELP OF STUDENT'S YOUTH

H.S.MERGEMBAEVA, A.D.DUYSEKEEV, L.S. RAMANKULOVA

Asfendiyarov Kazakh National medical university

Resume: Short data of the analysis of the literature by results of researches of a state of health of student's youth. Growth of indicators of disease of students that is connected with influence on an organism of young men of adverse factors, such as the raised psycho-emotional loadings, change of the microsocial environment etc.

Keywords: Students, psycho-emotional loading, microsocial conditions, health, stomatologic health

УДК 614.253.52 (574)

Н.Н. ИВАНЧЕНКО, А.П. ПАВЛОВА, Д.С. МАРТЫКЕНОВА, Н.С. ЮСУПОВА, Б.С. КАСИЕВА
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра: «Политика и управление здравоохранением»

АНАЛИЗ РЕФОРМИРОВАНИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

В статье описана история реформирования сестринского дела в мире и в Республике Казахстан, особое внимание уделяется состоянию сестринского дела в стране в настоящее время. Описаны достигнутые цели в развитии данной отрасли системы здравоохранения в соответствии с международными стандартами.

Ключевые слова: реформирование сестринского дела, нормативно - правовая база сестринского дела, роль среднего медицинского персонала, развитие сестринского образования

Сестринское дело – это составная часть системы здравоохранения, которая включает в себя деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи и ухода лицам, имеющим физические и (или) психические заболевания, а также нетрудоспособным всех возрастных групп [1].

В настоящее время сестринский персонал, составляет самую многочисленную часть медицинских работников, которая располагает значительными кадровыми ресурсами и реальными потенциальными возможностями для удовлетворения потребностей населения в доступной медицинской помощи.

Система здравоохранения в настоящее время находится на этапе интенсивного реформирования, в связи с чем требует от среднего медицинского персонала серьезного отношения к постоянному повышению уровня знаний, их обновлению, без этого невозможно применение и внедрение в практику новых эффективных технологий [2].

Президент Назарбаев Н.А. в своем Послании народу Казахстана «Новый Казахстан в новом мире» подчеркнул, что одним из направлений государственной политики на новом этапе развития нашей страны должно стать улучшение качества медицинских услуг и развитие высокотехнологичной системы здравоохранения.

Качество медицинских услуг является комплексным понятием и зависит от множества емких причин, среди которых особое место занимают уровень профессионализма и наличие мотивации клинических специалистов к его повышению [3].

Сестринское дело в разных странах мира находится на разных уровнях развития. В настоящее время многие страны выражают большое желание заняться решением этих проблем, благодаря тому, что Правительство все больше осознает необходимость укрепления области оказания медицинских услуг в целях улучшения доступа к эффективной помощи, что, несомненно, приведет к улучшению здоровья населения [4].

Нами выявлены наиболее важные проблемы, которые стоят перед сестринскими службами:

1- Оказание медицинских услуг – перед системой здравоохранения нашей страны, остро стоит проблема качества оказания медицинских услуг. Сестринский персонал играет одну из наиболее важных ролей в решении этой проблемы, так как именно сестринский персонал проводит наибольшее время с пациентами. Уровень здоровья пациентов является, одним из показателей качества медицинской помощи

2- Медицинский персонал- нехватка медицинского персонала, дисбаланс медицинского персонала, низкая мотивация и заработная плата медицинского персонала, все это является факторами, которые в конечном итоге влияют на эффективность оказываемой медицинской помощи.

3- Обучение персонала – не менее актуальной является проблема обучения медицинского персонала. Система образования средних медицинских работников, не соответствует международным стандартам, что тормозит развитие сестринского дела в Республике Казахстан.

4- Управление средним медицинским персоналом – эффективное управление сестринским персоналом является основой для качественного оказания медицинской помощи. В настоящее время в Республике Казахстан успешно выпускаются медицинские сестры – менеджеры с высшим медицинским образованием, однако число специалистов, работающих по специальности, оставляет желать лучшего.

Если обратится к истории реформирования сестринского дела в мире, то в цивилизованных странах с середины XX века проводится планируемая прицельная работа по реформе сестринского дела. Именно средний медицинский персонал стал квалифицированным, широко эрудированным, опорным звеном здравоохранения, роль медицинской сестры в настоящее время поднята на такую высоту, что важность этого звена в общих результатах здравоохранения материально высоко оценивается государством.

Однако в СНГ с трудом воспринимаются изменения в сестринском деле, более того система подготовки медицинских сестер, то есть образовательная система не изменилась, что и является тормозом в реформе сестринского дела в соответствии с международными стандартами [5].

В республике Казахстан сестринское дело развивается не как самостоятельная дисциплина, а как вспомогательная часть медицины, основывающаяся на традициях, а не на научной базе, что было характерно для всех республик постсоветского пространства.

На протяжении многих десятилетий в стране проводилось не уделялось должного внимания сестринскому делу, что привело к значительному отставанию этой отрасли системы здравоохранения от уровня многих зарубежных стран, от развития современной науки и новых медицинских технологий, что в следствии явилось причиной качества сестринской помощи в Казахстане, массового выбывания из профессии подготовленных сестер и повсеместного дефицита кадров среднего медицинского персонала [6].

В 90-х годах в Казахстане были предприняты попытки ускорить развитие сестринского дела путем создания иерархической структуры (введение должности главной медицинской сестры в Министерстве и управлениях здравоохранения), общественных институтов (появление ассоциаций медицинских сестер и акушерок), появление высшего сестринского образования[7].

Однако многие аспекты организации и управления сестринским персоналом, такие как недостаточный уровень компетентности специалистов, низкая мотивация профессионального роста, низкий престиж и социальный статус профессии, отсутствие единой стратегии развития сестринского дела остались проблемными вопросами в реформировании сестринского дела в Республике Казахстан.

Для решения данных проблем была введена Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг. В рамках которой, были решены многие задачи, в том числе, усилена нормативно - правовая база, регулирующая кадровый потенциал: оптимизирована номенклатура должностей, усовершенствованы квалификационные характеристики медицинских специальностей и должностей работников здравоохранения[8].

В то же время отсутствие правовой основы деятельности специалистов сестринского дела, механизмов ее регулирования, средств и методов социальной защиты и мотивации квалифицированных кадров оставляют не реализованную потребность практического здравоохранения в использовании имеющегося сестринского потенциала

Как отмечено, в Стратегическом плане Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015гг., нормативно-правовая база органов и организации системы здравоохранения остаются несовершенными и требуют дальнейшей доработки, помимо этого отмечается низкий уровень гармонизации нормативно-правовой базы системы здравоохранения с международными стандартами.

В этом аспекте вытекает необходимость скорейшей ликвидации сложившегося дисбаланса в кадровой структуре здравоохранения, развития и совершенствования среднего и высшего сестринского образования, разработки и внедрения концепции сестринского дела, стандартов деятельности сестринского дела, проведения углубленных научных исследований и ряда других мероприятий с целью ликвидации существующего отставания отечественной системы сестринского дела в сравнении с развитыми странами мира [6].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рассматривает сестринский персонал как реальный потенциал для удовлетворения растущих потребностей населения к доступной медицинской помощи ВОЗ подтверждает, что укрепление и развитие сестринского дела должно поддерживаться посредством:

- разработки стратегии планирования трудовых ресурсов и подготовки сестринских кадров;
- создания нормативно-правовой базы для развития сестринского дела;
- обеспечения условий для эффективной деятельности сестринского персонала, возможности полной реализации своего профессионального потенциала в

сотрудничестве с другими категориями медицинских работников[9]

На сегодняшний день одним из основных государственных нормативных документов решающих задачи по реформированию сестринского дела, является Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, основной целью, которой является улучшение здоровья граждан Казахстана и формирование конкурентоспособной системы здравоохранения для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны. Все это вносит серьезные коррективы в работу всех подразделений системы здравоохранения, не остается в стороне и сестринский персонал.

В рамках Программы «Саламатты Қазақстан» планируется:

- пересмотр нормативных документов в части четкого разграничения функций, полномочий;
- совершенствование механизмов повышения мотивации медицинского персонала;
- делегирование части полномочий от врача к медицинским сестрам, с доведением соотношения врачей и среднего медицинского персонала до оптимального уровня;
- усиление роли и потенциала среднего медицинского персонала

в соответствии с международными требованиями в целях создания позитивного профессионального имиджа и улучшения качества медицинских услуг;

- совершенствование протоколов и стандартов оказания ПМСП на основе принципов доказательной медицины;

- подготовка врачей, медицинских сестер, психологов и социальных работников первичного звена в соответствии с международными стандартами обучения[3].

Кроме этого, разработанная Министерством здравоохранения Республики Казахстан «Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения 2012-2020гг.» предусматривает пересмотр штатных нормативов, совершенствование нормативно-правовой базы, регламентирующей деятельность среднего медицинского персонала, методов и инструментов кадровой политики, оптимизация профессиональной деятельности специалистов сестринского дела.

Предполагается совершенствование регулятивной базы на основе наилучшей международной практики. Реализация данного направления будет включать анализ действующих нормативных документов, регламентирующих процедуры подготовки, распределения, управления, стимулирования кадровых ресурсов здравоохранения[10].

Министерством здравоохранения РК предпринимаются значительные шаги в поддержку сестринской профессии. Разработана и утверждена «Дорожная карта» по совершенствованию функциональных обязанностей специалистов первичной медико-санитарной помощи в РК. На рассмотрение Правительства РК подготовлен проект комплексного плана развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2013-2020 г.г. В этих документах особые акценты сделаны на развитии сестринского дела. Помимо введения государственных программ реформирования и совершенствования сестринского дела в Республике Казахстан, проводятся научно-практические конференции, форумы по вопросам

сестринского дела. В рамках, которых обсуждаются основные направления сестринского дела в республике, новые подходы в подготовке и переподготовке кадров сестринского дела, вопросы о стандартизации и технологизации профессиональной деятельности. Помимо этого обсуждаются состояние, проблемы и пути совершенствования сестринского дела в Казахстане, которые поднимут сестринское дело страны до международного уровня.

Исходя из выше изложенного, нужно отметить, что сестринское дело в республике в настоящее время

переживает этап реформирования. На данный момент уже проделана значительная работа и достигнуты определенные результаты в развитии этой отрасли системы здравоохранения. Но, тем не менее, наша страна находится в начале пути и нам предстоит огромная работа.

Развитие сестринского дела до уровня международных стандартов – это обязательное требование современного уровня развития общества. Степень развития сестринского дела, является одним из средств, для повышения показателей здоровья общества.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Митрякова Г.И «Пути совершенствования сестринского дела в Казахстане» // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции «Пути совершенствования сестринского дела в Казахстане» - Алматы: 2013г. – 28 с.
- 2 Садыкова К.А. «Актуальные вопросы в современной сестринской практике» // Сборник материалов Республиканской научно-практической конференции «Пути совершенствования сестринского дела в Казахстане» - Алматы: 2013г. – С.18-19.
- 3 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы
- 4 Укрепление сестринских и акушерских служб. Стратегические направления 2002-2008.// ВОЗ. – Женева: 2003. – 2 с.
- 5 Алимбекова О.А. «Взгляд на реформу сестринского дела»// Журнал «Медицина». - 2001. - № 1.
- 6 Аяпов К. «Развитие сестринского дела в Республике Казахстан». - Алматы:2010.-С.78-80.
- 7 Бурибаева Ж.К. « Теоретические и методологические основы развития сестринского дела на уровне первичной медико-санитарной помощи». - Алматы: 2008. – 5 с.
- 8 Государственная программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг.
- 9 Сейдуманов С.Т. «О проблемах и перспективах сестринского дела в Казахстане»// Журнал «Главный врач». - Алматы: 2013. - №3(5). – 14 с.
- 10 Концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения РК на 2012-2020гг.

Н.Н. ИВАНЧЕНКО, А.П. ПАВЛОВА, Д.С. МАРТЫКЕНОВА, Н.С. ЮСУПОВА, Б.С. КАСИЕВА

«ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАНЫҢ МЕЙІРБИКЕ ІСІНІҢ ҚАЙТА ҚАЛЫПТАСУЫНЫҢ АНАЛИЗІ»

Түйін: Мақалада әлемде және Қазақстанда мейірбике ісінің қайта қалыптасу тарихы көрсетіледі, ерекше көңіл қазіргі уақытта еліміздегі мейірбике ісінің жағдайына аударылады. Халықаралық стандартқа сәйкес денсаулық сақтау аумағында бір бөлімнің дамуының жеткен жетістіктері көрсетіледі.

Түйінді сөздер: мейірбике ісінің қайта қалыптасуы, мейірбике ісінің нормативтік – құқықтық базасы, орта медицина персоналының рөлі, мейірбике ісінің білімінің дамуы

N.N.IVANCHENKO, A.A. PAVLOVA, D.S. MARTYKENOVA, N.S. YUSSUPOVA, B.S.KASSIEVA

«THE ANALYSIS OF REFORMING OF NURSING IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN»

Resume: in the article weredescribed the history of reforming in nursing in the world and in our country. The special attention was paid to condition of nursing in our country at this moment. The health systems succeeded in this branch were described for compliance to the international standards

Keywords: reforming of nursing, standardly - legal base of nursing, role of the average medical personnel, development of nursing education.

Н.Н. ЧУМАНОВ

Городская поликлиника №4 г. Алматы

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАННЫХ АМБУЛАТОРНЫХ УСЛУГ НАСЕЛЕНИЮ (НА ПРИМЕРЕ ГП №4 Г. АЛМАТЫ)

Актуальность проблемы повышения качества медицинской помощи в последние годы возросла как в нашей стране, так и во всем мире. В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, одной из самых приоритетных задач, является всемерное повышение качества медицинских услуг, оказываемых в организациях первичной медико-санитарной помощи. Эти задачи обеспечения и улучшения качества медицинской помощи, решаемые в настоящее время, во многом созвучны с аналогичными задачами других стран и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)

Ключевые слова: *удовлетворенность населения, качество, эффективность, доступность, медицинская помощь.*

В настоящее время, в сложившихся социально-экономических условиях важнейшей задачей и составной частью государственной социальной политики являются охрана здоровья и обеспечение населения доступной, безопасной и качественной медицинской помощью.

Применительно к здравоохранению в международной практике принято определение качества медицинской помощи (КМП) как совокупности характеристик, подтверждающих соответствие оказания медицинской помощи имеющимся потребностям пациента, его ожиданиям, современному уровню медицинской науки и технологии. Под качеством медицинской помощи понимают также содержание взаимодействия врача и пациента, основанного на квалификации профессионала, т.е. на способности врача оказать больному наиболее целесообразную и эффективную медицинскую помощь. Согласно рекомендациям рабочей группы по обеспечению качества Европейского регионального бюро ВОЗ, деятельность по контролю и обеспечению КМП должна осуществляться с учетом 4 функций: профессиональных - выполнение технологий лечебно-диагностического процесса, риска для пациента, оптимальности использования ресурсов, удовлетворенности пациента.

Качество медицинской помощи можно определить как оценку медицинской деятельности по отношению к больному с четырех позиций: доступности медицинской помощи, безопасности медицинской помощи, оптимальности медицинской помощи, удовлетворенности пациента.

Ключевые критерии качества медицинской помощи: эффективная и своевременная помощь, эффективное использование ресурсов, удовлетворение потребностей пациентов, результативность лечения. В этой связи нами в городской поликлинике №4 г.Алматы, был проведен опрос прикрепленного населения получивших медицинскую помощь в целях определения степени удовлетворенности уровнем и качеством оказываемой медицинской помощи. Анкетирование проведено на добровольной основе, количество опрошенного населения составило - 110 респондентов, живущие в г.Алматы.

Среди опрошенных потребителей амбулаторных услуг преобладают лица от 18 - 39 лет (44,5%). Следующую значительную группу представляют лица до 18 лет (32,7%), далее 40-60 лет (16,4%). Как показывают полученные данные, удельный вес лиц старше 60 лет

среди обращающихся в поликлинику составляет 6,4%. Таким образом, удельный вес лиц, обращающихся в поликлинику с возрастом снижается. Возрастная категория от 18 до 39 лет является наиболее активной в плане потребления амбулаторных медицинских услуг.

Исследование социального статуса лиц, обращающихся за медицинскими услугами в поликлинику, показало, что наибольшей группой являются трудоспособное население - 48,2%, далее учащиеся - 18,2%, безработные - 16,4% опрошенных. В тоже время 9% респондентов являются пенсионерами, и 1,8% составляют лица с ограниченными возможностями. Полученные данные говорят о том, что большинство опрошенных работающих, что свидетельствует об уровне их платежеспособности и лишь не многие обращающихся за медицинскими услугами имеют лимитированные денежные средства.

Единая национальная система здравоохранения предусматривает подъем здравоохранения на качественно новый уровень развития коренного изменения технологии оказания услуг, прежде всего, услуг ПМСП. Эта система предусматривает обеспечение пациентам свободного выбора врача и медицинской организации, формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг, работу медицинских организаций, направленную на достижение конечных результатов и оплату медицинских услуг по фактическим затратам. В этой связи мы задали вопрос респондентам о том, как они выбрали данную поликлинику, на что 92,7% населения ответили, что выбрали по праву свободного выбора и лишь 7,3% не имели права выбора.

Известно, что удовлетворенность пациентами качеством оказанных медицинских услуг, необходимо не только получение лечения в полном объеме, но и определенные условия комфорта, внимание со стороны медицинского персонала. Общение выступает как одна из главных ролей медицинского работника. Пациенты нуждаются в большем внимании, бескорыстной помощи и опережающей активной заботе.

Одной из оценок медицинской деятельности по отношению к пациенту является доступность медицинской помощи. Основная доля пациентов 81,8% ответили, что удовлетворены полностью доступностью медицинской помощи поликлиники, 14,6% - удовлетворены частично, 2,7% - скорее не удовлетворены и лишь 0,9% вообще не удовлетворены (рисунок 1).

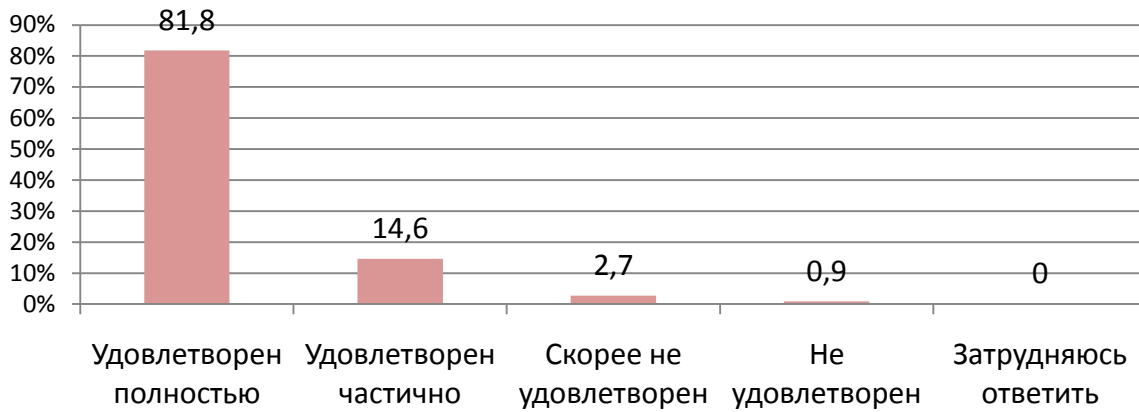


Рисунок 1 - Удовлетворенность пациентов доступностью медицинской помощи ГП №4 г. Алматы, %.

Понятно, что первое знакомство посетителей с поликлиникой начинается в регистратуре. Она является основным ее структурным подразделением по организации приема больных в поликлинике и на дому. Медицинскому регистратору отводится большая роль в деле правильной организации приема больных. Он первый встречает больного, беседует с ним, в необходимых случаях помогает ему разобраться в организации приема. Медицинский регистратор должен разбираться в вопросах сортировки больных по медицинским показаниям, что дает возможность решать вопросы регулирования потока больных. Важнейшими элементами работы регистратуры является запись посетителей на прием к врачу, регистрация вызовов на дом, направление обратившихся в поликлинику на флюорографическое обследование и профилактические осмотры. От организации работы регистратуры зависят в значительной степени ритмичность работы всех подразделений поликлиники, уменьшение затрат времени больных на посещение поликлиники. Время ожидания в очереди, как в регистратуру, так и к лечащему врачу является одним из показателей качества

медицинской помощи. Как показывают данные, в регистратуре поликлиники менее 15-ти минут провели 65,5% пациентов, что указывает на своевременность оказания персоналом регистратуры своих услуг. Длительность ожидания в регистратуре до 30 минут отметили 30,0% респондентов. Возможно, это связано со значительным потоком больных, нуждавшихся в медицинской помощи.

Также пациентам была дана возможность оценки режима работы кабинетов, организации записи на прием, выдачи талонов. Большинство опрошенных (78,2%) удовлетворены данным видом услуг, 20% - не в полной мере и не удовлетворены 1,8%. Рациональная организация приема призвана сократить время ожидания больных на прием к врачам. Пациенты подсчитали, какое время в среднем они затратили на ожидание приема у участкового врача в поликлинике, оказалось, что 80% ожидали до 15 минут, 10% - до 30 минут, 7,3% опрошенным повезло больше, так как они в очереди не стояли и 2,7% ответили, что не обращались за помощью к участковым врачам (таблица 1).

Таблица 1 - Распределение ответов респондентов в зависимости от времени ожидания участковому врачу

Время	Абсол.числах	%
До 15 минут	88	80
До 30 минут	11	10
До 45 минут	0	0
До 1 часа	0	0
Более 1 часа	0	0
Очереди не было	8	7,3
На прием к участковому врачу не обращался	3	2,7

Большое место в деятельности врача поликлиники занимает - медицинское обслуживание на дому. В среднем затраты времени участкового врача при оказании помощи на дому должны составлять 30-40 минут на одно посещение. Необходимо также учесть, что в домашних условиях труднее, чем в поликлинике проводить диагностическое исследование, тем более что основная доля вызовов осуществляется к больным пожилого возраста. Как показал опрос, большинство опрошенных (91,8%) удовлетворены исполнением профессиональных обязанностей участковыми врачами при обслуживании на дому и лишь 8,2% не в полной мере довольны.

На вопрос: «Сколько времени прошло после сделанного вызова участкового врача до его прихода к Вам домой?» большинство (63,6%) ответили, что прошло менее 3 часов, 16,4% - менее 6 часов, 3,6% - более 6 часов и не вызывали на дом 16,4% жителей. Далее мы оценили, какое время затрачивают пациенты на ожидание приема врача профильного специалиста (невролога, хирурга, офтальмолога, отоларинголога и др.). Установлена что, львиная доля ожидающих в очереди составила до 20 минут - 54,6%, до 30 минут - 24,5%, регистрировались случаи ожидания более 1 часа среди 2,7% респондентов, менее 1 часа - 1,8%. Не обращались к узким

специалистам – 16,4 % опрошенных. Случаев, когда не попадали, на прием в день обращения не было.

На вопрос: «Сколько времени Вы затратили на ожидание назначенных Вам исследований или процедур?» большинство опрошенных (66,4%) ответили что, ждали до 30 минут, до 1 часа - 10,9%, до 3 часов – 0,9%, от 1 до 3 дней – 5,5%, больше трех дней – 0,9% и не получали назначения – 15,4% .

Удовлетворенность уровнем доступности прохождения лабораторных исследований респондентами распределилась следующим образом: удовлетворены - 52,7 %, удовлетворены частично – 23,7%, не удовлетворены – 5,4% и затруднились ответить - 18,2% . Согласно перечня видов заболеваний и отдельных категорий населения, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и специализированное лечебное питание по рецептам отпускаются бесплатно и на льготных условиях. Мы узнали насколько прикрепленное население удовлетворено оформленными рецептами на лекарственные препараты на льготной или бесплатной основе. Большая часть населения - 66,4% удовлетворены рецептами, не в полной мере - 4,5%, не удовлетворены - 2,7% и не получали рецепты – 24,5% населения .

Также мы опросили население на предмет покупки медицинских услуг при лечении в дневном стационаре. Выяснилось, что - 57,3% респондентов не оплачивали

медицинские услуги и лишь 2,7% населения оплатили их и 40% затруднились ответить.

На вопрос: «Приходилось ли покупать дополнительно при лечении в дневном стационаре лекарственные препараты за свой счет?» - ответили положительно – 11,8%, отрицательно - 48,2% и 40% воздержались от ответа.

Респонденты в ходе анкетирования оценили профилактическую работу участкового врача поликлиники. Почти все 95,5% опрошенных подтвердили, что участковый врач предоставлял им информацию о ведении здорового образа жизни в виде беседы или печатных материалов. Также 67,3% населения отметили, что пользовались услугами врача ЗОЖ, психолога, социального работника и 32,7% не пользовались данными услугами.

В условиях рыночной экономики профессиональная пригодность врачей определяется их квалификацией. В целом большинство опрошенного населения (80%) удовлетворены уровнем квалификации (профессионализма) своего участкового врача, не в полной мере удовлетворены - 19,1%, не удовлетворены – 0,9% . На вопрос: «Остались ли Вы довольны результатом обращения в поликлинику, результатом оказанной медицинской помощи?» - 89,1% респондентов довольны, не в полной мере довольны – 9,1% и не довольных результатом обращения в поликлинику составило - 1,8% (рисунок 2)



Рисунок 2 - Удовлетворенность населения результатом обращения в поликлинику, %

Далее мы узнали мнение населения о работе среднего медицинского персонала поликлиники. Данные опроса показали, что значительное большинство респондентов полностью удовлетворены работой медсестер, что положительно характеризует их отношение к своим профессиональным обязанностям. В конце опроса анкетизируемые оценили качество полученной медицинской помощи в поликлинике по пятибалльной

шкале. Среди удовлетворенных качеством оказанной медицинской помощи в поликлинике большинство (66,4%) дали оценку «отлично», 30,9% - «хорошо» что свидетельствует о высоком профессиональном уровне врачебного и среднего медицинского персонала поликлиники. Оценка «удовлетворительно» выставили лишь 0,9% и «неудовлетворительно» - 1,8% (рисунок 3).

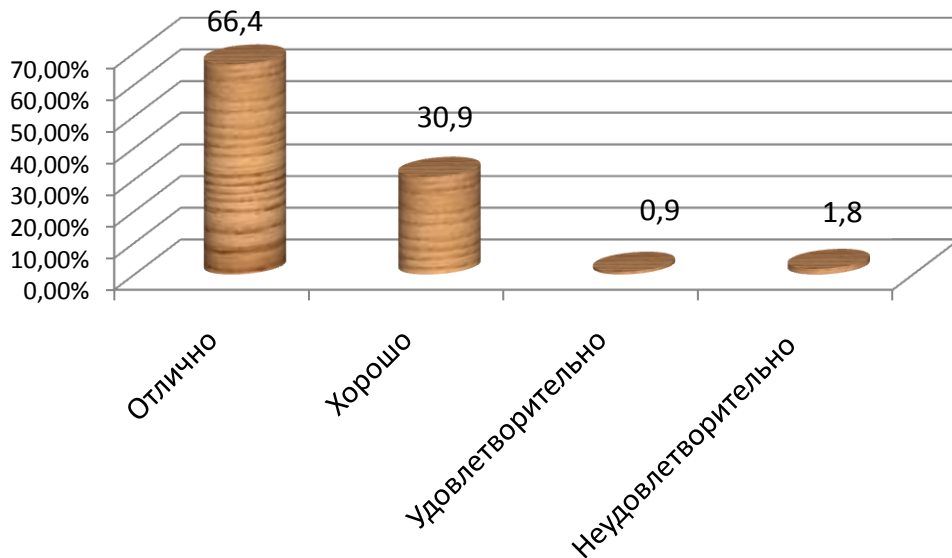


Рисунок 3 - Степень удовлетворенности населения качеством оказанной медицинской помощи поликлиники, %

Для улучшения качества оказываемой амбулаторной помощи населению, опрошенным была дана возможность в открытом вопросе указать свои пожелания, предложения. В качестве пожеланий опрошенные указали что, необходимо улучшить работу регистратуры, во избежание очередей, совершенствовать работу с выдачей талонов, вежливое, внимательное обращение к пациентам, больше привлекать квалифицированных специалистов и др. Таким образом, среди факторов отрицательно повлиявших на качество оказанной медицинской помощи, по мнению респондентов главными являются: большая очередность, невнимательность медицинского персонала. Скорее недовольство пациентов связано с субъективной оценкой длительности ожидания приема врача при наличии болевых ощущений, и как следствие

восприятие работы медперсонала как «невнимательное отношение».

Таким образом, для амбулаторных больных, важное значение имеет фактор личного общения и внимания со стороны врачебного персонала, а также разъяснение необходимости и обоснованности назначенных исследований и лечебных процедур.

Проведенный нами анализ показателей, характеризующий качество медицинской помощи больным поликлиники №4 г. Алматы в целом показывает, что уровень оказания медицинской помощи имеет тенденции к улучшению, но одновременно необходимо совершенствовать работу с выдачей талонов, продолжить работу по этике и деонтологии, по привлечению квалифицированных кадров, по улучшению работы электронной регистратуры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы.
- 2 Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 5 января 2011 г. №7 «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь».
- 3 Хабриев Р.У., Воробьев П.А., Юрьев А.С. и др. Индикаторы качества оказания медицинской помощи (региональный уровень) // Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2005. – № 10. – С. 9-30.
- 4 Исаев Д.С., Игликова А.Э., Надиров Ж.К. и др. Новое концептуальное и методологическое видение процессов обеспечения качества медицинской деятельности // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению, 2007. – № 2-3. – 46 с.
- 5 Безюк Н.Н. Современные требования, предъявляемые к качеству оказания медицинской помощи // Здоров'я України, 2008. - № 5. – С. 36-37.

Н.Н. ЧУМАНОВ

№4 Алматы Қаласының емханасы

ХАЛЫҚҚА КӨРСЕТІЛГЕН АМБУЛАТОРЛЫҚ КӨМЕК САПАСЫНЫҢ СОЦИОЛОГИЯЛЫҚ БАҒАСЫ (АЛМАТЫ Қ. №4 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА МЫСАЛЫНДА)

Түйін: Соңғы кездері бүкіл дүниежүзі бойынша және біздің мемлекетімізде медициналық көмектің сапасын жоғарлату өзекті мәселелердің бірі болып саналады. 2011-2015 ж.ж. арналған ҚР «Саламатты Қазақстан» атты денсаулық сақтау саласын дамытуға бағытталған мемлекеттік бағдарламада барлық алғашқы медициналық көмек көрсету мекемелеріндегі медициналық көмектің сапасын жоғарлату басымдылық мәселелердің бірі болып аталған. Осы мәселе Бүкіл дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымында және басқа елдердеде өзекті мәселе болып саналады.

Түйінді сөздер: халықтың қанағаттанушылығы, сапа, тиімділік, қолжетімділік, медициналық көмек.

N. N. CHUMANOV

City polyclinic №. 4 of Almaty

**SOCIOLOGICAL ASSESSMENT OF QUALITY OF THE RENDERED OUT-PATIENT SERVICES TO THE POPULATION
(ON THE EXAMPLE OF CITY POLICLINIC №. 4 OF ALMATY)**

Resume: Relevance of a problem of improvement of quality of medical care increased in recent years as in our country, and around the world. According to the State program of development of health care of the Republic of Kazakhstan "Salamatty Kazakhstan" for 2011 - 2015, one of the most priority tasks, every possible improvement of quality of the medical services rendered in the organizations of primary medical and sanitary help is. These problems of providing and improvement of quality of the medical care, solved now, are in many respects conformable with similar problems of other countries and World Health Organization

Keywords: satisfaction of the population, quality, efficiency, availability, medical care.

УДК 616.564.2

А.Б.ХАДЖИЕВА, Е.М. МЕИРБЕКОВА, Л.Т. АЛШЕМБАЕВА

КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

Кафедра менеджмента и маркетинга в здравоохранении и фармации

**ВНЕДРЕНИЕ ПРИНЦИПА «СОЛИДАРНОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТИ» КАК ФАКТОРА МОДЕРНИЗАЦИИ
КАЗАХСТАНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

В статье рассматриваются проблемы модернизации казахстанского здравоохранения, которые обусловлены целым рядом факторов, главными среди которых являются реформа отношений между республиканским и местными органами управления здравоохранением, а также социальная и бюджетная реформа, требующая внедрения принципа «Солидарной ответственности».

Ключевые слова: Солидарная ответственность; политика здравоохранения; медицинские технологии; международные стандарты в области здравоохранения; международные нормы и правила в сфере здравоохранения; инфраструктура здравоохранения.

Современное здравоохранение можно рассматривать как социальную систему, прошедшую путь длительного саморазвития, представляющую широкую систему частных и государственных предприятий (частная практика, поликлиники, больницы, диспансеры, санитарно-эпидемические центры, аптеки и другие). Они оказывают весь комплекс услуг, связанных с лечением: профилактику заболевания, самолечение и послеоперационное обслуживание.

В контексте данного исследования система здравоохранения нами представляется как целостная

совокупность идей, правил и механизмов, определяющих, формирующих или развивающих определенную организацию, или же сама организация (учреждение) как открытая эволюционирующая система. Развитие, как непрерывный процесс системных преобразований, содержит два основных взаимосвязанных уровня. На первом уровне формируется определенная совокупность идей, правил и механизмов, определяющих, формирующих или развивающих организацию (таблица 1).

Таблица 1 - Этапы развития процесса системных преобразований

Уровень	Этапы создания систем	Инструменты преобразования
1 уровень	Формирование совокупных идей, правил, концепции, правовые нормы, механизмы	Выработка ограничений, механизмов ее создания
2 уровень	Формирование или реформирование организации	Механизм самоорганизации

Это уровень системного развития, на котором формируются видение, базовые идеи, концепция, правовые нормы организации, а также вырабатываются ограничения, механизм ее создания или трансформации. На втором уровне формируется или реформируется сама организация (учреждение) в рамках принятых ограничений. Это этап создания организации или ее развития.

Проведенная идентификация системы здравоохранения на основе системного подхода позволила выделить ряд признаков, которые предлагается разделить на базовые (характерные для всех организаций) и специфические (отражающие особенности системы здравоохранения). Специфические признаки (факторы) представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Среда здравоохранения и факторы, определяющие ее изменения

№	Уровень	Органы, курирующие сектор здравоохранения	Факторы, определяющие ее изменения
1	Мировой	ВОЗ и ее отделения, ЕОЗ и ее отделения	-политика здравоохранения; -медицинские технологии; -международные стандарты в области здравоохранения -международные нормы и правила в сфере здравоохранения
2	Государственный	Министерство/ ведомство	-экономическая и социальная политика в области здравоохранения; -международное сотрудничество; -инфраструктура здравоохранения -образования и наука
3	Местный	Областные или территориальные органы здравоохранения	- демографическая ситуация; -уровень жизни населения; - менталитет народа; -уровень заболеваемости и пр.

Проведенный анализ показывает, что в становлении и реформировании всех мировых систем здравоохранения

наблюдаются определенные закономерности, которые нельзя не учитывать при реформировании

отечественного здравоохранения.

Первое. Добиться эффективности реформирования в отдельно взятой отрасли, какой является здравоохранение, нельзя. На реформирование отрасли оказывает влияние широкий диапазон экономических, социально-политических, управленческих факторов, а также демографических и технологических условий.

Второе. Механизм согласования частных и общественных интересов предполагает конвергенцию государственных и рыночных институтов. И, преимущественно, в государственной и в частной системах здравоохранения используются механизмы рыночного характера. К ним относятся свободный выбор пациента, договоры, открытые торги, стимулы, основанные на принципах конкуренции.

Третье. Наблюдается своеобразный «эффект маятника». В тех странах, где роль государства в секторе здравоохранения была ведущей, преобладает тенденция децентрализации. Баланс интересов в системе достигается за счет делегирования некоторых государственных функций региональным и муниципальным органам власти.

Четвертое. Реформы здравоохранения могут быть направлены как на стимулирование спроса, так и на регулирование предложения медицинских услуг. Международный опыт показывает, что создать конкурентные условия со стороны спроса практически невозможно.

В тех странах, где роль государства в секторе здравоохранения была ведущей, преобладает тенденция децентрализации. Баланс интересов в системе достигается за счет делегирования некоторых государственных функций региональным и муниципальным органам власти.

В странах с децентрализованной организацией здравоохранения наблюдается усиление государственного контроля в данной сфере. При этом следует заметить, что крайних состояний ни одна система не достигает. Напротив, прослеживается стремление достигнуть некоторого рационального механизма, позволяющего обеспечить эффективность системы здравоохранения.

Среда модернизации казахстанского здравоохранения обусловлена целым рядом факторов, главными среди которых являются реформа отношений между республиканским и местными органами управления здравоохранением, а также социальная и бюджетная реформа.

Результаты всех этих преобразований, безусловно, сформировали институт полномочий и ответственности органов государственного управления системой здравоохранения и местного самоуправления в области охраны здоровья населения и определили структуру источников финансирования отрасли местными исполнительными органами.

Однако, существуют следующие проблемы, сопровождающие проведение реформ в здравоохранении:

1- Декларативность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, их несбалансированность с имеющимися финансовыми ресурсами при росте соплатежей населения, что приводит к снижению доступности и качества медицинской помощи для значительной части населения.

2- Несовершенство процесса управления и финансирования.

Тем не менее, в результате реализации принятых программ происходит ряд позитивных сдвигов. Однако, как показывают исследования, приведенные в специальной литературе, несмотря на предпринимаемые государством меры, встречаются концептуальные ошибки и перекосы в развитии здравоохранения.

В этой связи, в ПОСЛАНИИ президента республики Казахстан - лидера нации Н. А. Назарбаева народу Казахстана СТРАТЕГИЯ «КАЗАХСТАН-2050» отмечено, что «Здоровье нации – основа нашего успешного будущего». В рамках долгосрочной модернизации национальной системы здравоохранения необходимо на всей территории страны внедрить единые стандарты качества медицинских услуг, а также усовершенствовать и унифицировать материально – техническое оснащение медицинских учреждений.

В связи с этим, в области здравоохранения требуются серьезные и системные изменения в здравоохранении.

В нашей стране конституционно закреплено право каждого гражданина на охрану здоровья. Однако, сегодня сложилась такая ситуация, что за здоровье человека отвечает только система здравоохранения, в плохом здоровье все винят только работников здравоохранения и всю систему. На самом деле Всемирной организацией здравоохранения доказано, что от системы здравоохранения здоровье человека зависит только на 10%, а в 50% - от образа жизни, в 20% - от наследственности и в 20% - от окружающей среды.

В связи с этим, мы считаем, что внедрение принципа «солидарной ответственности» государства, работодателя и самого человека за его здоровье, в рыночных условиях, является рациональным решением сохранения здоровья населения.

Отход от системы здравоохранения, ориентированной на лечение заболеваний и внедрение интегрированного медицинского обслуживания, предполагает многостороннюю деятельность и усиливает роль *солидарной ответственности*, направленной на решение комплекса проблем, связанных со здоровьем человека или причинением вреда.

В связи с этим, подробнее остановимся на существующей законодательной практике определения *солидарной ответственности* при причинении вреда жизни и здоровью во время оказания медицинской помощи, которая, к сожалению, остаётся достаточно распространённым явлением. Последние годы выявили не только распространённость, если не сказать - массовость такого явления, но и готовность пострадавших и их родственников к законной борьбе за компенсацию причинённого вреда, судебных органов - к удовлетворению подобного рода требований при наличии законных оснований. По разным оценкам, за последние несколько лет число исков о компенсации вреда жизни и здоровью, причинённого при оказании медицинской помощи, возросло, по литературным данным, в 13 раз.

Ответственность за причинение вреда при оказании медицинской помощи регулируется нормами гражданского права; и при уголовно-правовой ответственности за причинение вреда имущественная ответственность за совершение преступления возникает

в рамках гражданского иска в уголовном процессе и вред возмещается по правилам гражданско-процессуального законодательства.

Согласно действующему законодательству, вред, причинённый жизни и здоровью гражданина, подлежит возмещению в полном объёме лицом (лицами), причинившими вред.

В ряде случаев вред жизни и здоровью возникает вследствие действий (бездействия) двух и более субъектов, обязанных нести солидарную ответственность. В этом случае речь идёт о совместном причинении вреда. Нужно отметить, что до половины исковых требований о компенсации вреда, причинённого жизни и здоровью при оказании медицинской помощи, предъявляется к двум и более ответчикам одновременно.

Законодательство устанавливает, что лица, совместно причинившие вред, отвечают перед потерпевшим солидарно.

Солидарная ответственность причинителей вреда - это вид внедоговорной (то есть не вытекающей из договорного обязательства) ответственности двух и более лиц при совместном причинении ими вреда.

При *солидарной ответственности* пациент (взыскатель) вправе привлечь к ответственности любого из участников, как в полном объёме, так и в любой её части. Поэтому доказывания большей или меньшей степени "участия" конкретного медицинского учреждения в совместном причинении вреда жизни и здоровью недостаточно. Необходимо доказать полное отсутствие в действии (бездействии) медицинского учреждения как соответчика по иску такого рода состава гражданского правонарушения.

Следующей особенностью *солидарной ответственности* является право потребителя, если он не получил полного удовлетворения от одного из солидарных должников, требовать недополученное от любого из остальных солидарных должников.

К сожалению, взыскание сумм, выплаченных одним из солидарных должников по солидарному обязательству, в порядке регресса с других солидарных должников, не включено законодательством в перечень требований, по которым выдаётся судебный приказ, что существенно облегчило бы взыскание таким медицинским учреждением денежных сумм со своих соответчиков. По нашему мнению, это является упущением казахстанского законодательства.

Интересный нюанс имеется в том случае, когда вред жизни и здоровью пациента причинён источником

повышенной опасности при оказании пациенту медицинской помощи. Это может произойти тогда, когда сам источник повышенной опасности или его воздействие непосредственно применяются для достижения лечебного эффекта. Многие аппараты, устройства и приборы, используемые при оказании медицинской помощи, могут быть отнесены к источникам повышенной опасности (барокамера, аппарат искусственной вентиляции лёгких, некоторое стоматологическое оборудование, аппараты для проведения физиотерапии, электронные приборы для инвазивного мониторинга и т.).

Однако, в казахстанском законодательстве не определена *солидарная ответственность* при причинении вреда жизни и здоровью пациента источником повышенной опасности или вследствие воздействия его вредоносных свойств.

В правовой конструкции *солидарной ответственности* не определены совместное причинение вреда несколькими лицами, одним из которых является медицинское учреждение, а другими - иные лица, причём таким лицами могут быть как иные юридические лица, в том числе осуществляющие медицинскую деятельность, так и физические лица.

Поэтому, одним из принципов государственной политики в области здравоохранения является *солидарная ответственность государства, работодателей и граждан* за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья. С этой целью основной акцент в Государственной программе развития здравоохранения сделан на популяризацию здорового образа жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье.

Первыми это делают социально ответственные предприятия, которые выходят на международный рынок. На таких предприятиях обеспечивается страхование работников от несчастных случаев при исполнении ими служебных трудовых обязанностей. "Постепенно все казахстанские предприятия должны использовать страхование, а также в числе мер по сохранению здоровья и трудоспособности своих работников постоянно проводить профилактические медицинские осмотры путем скрининговых обследований и выявлять поведенческие факторы риска", - считают работники здравоохранения.

Таким образом, устойчивое развитие любого предприятия возможно лишь при создании условий для сохранения здоровья работников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана. Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее. От 17 января 2014 г.
- 2 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года.
- 3 Аканов А.А., Камалиев М.А. Система здравоохранения Республики Казахстан: современное состояние, проблемы, перспективы. – Алматы: 2003. – С.57.
- 4 Введение в рыночную экономику / Под ред. А.Я. Лившица, Н. Никулиной. – М.: Высшая школа, 2009. – С.94.
- 5 Герчикова И.Н. Менеджмент: учебник для вузов. - М.: ЮНИТИ, 2010. – С.18.
- 6 Казахстан и мировой опыт рыночной трансформации. – Алматы: 2009. – С.49.

А.Б. ХАДЖИЕВА, Е.М. МЕИРБЕКОВА, Л.Т АЛШЕМБАЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

«Денсаулық сақтау мен фармацевтикадағы менеджмент және маркетинг» кафедрасы

«ЫНТЫМАҚТАСТЫҚ ЖАУАПКЕРШІЛІК» ҚАҒИДАСЫН ЕНГІЗУ ҚАЗАҚСТАНДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ МОДЕРНИЗАЦИЯЛАУ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ

Түйін: Осы мақалада Қазақстандағы денсаулық сақтауды жетілдіруде кездесетін мәселелер яғни, көптеген факторлармен, соның ішіндегі негізгі факторлардың бірі денсаулық сақтаудағы «ынтымақтастық жауапкершілікті» талап ететін қағидаларды мемлекеттік және жергілікті басқару органдары арасындағы қарым-қатынасты реформалау, сондай-ақ әлеуметтік және бюджеттік реформаларға көңіл бөлу мәселелері қарастырылған.

Түйінді сөздер: ынтымақтастық жауапкершілік, денсаулық сақтау саясаты, медициналық технологиялар, денсаулық сақтау саласындағы халықаралық стандарттар, денсаулық сақтау саласындағы халықаралық нормалар мен ережелер, денсаулық сақтау дағы инфрақұрылым.

A.B.HADJIEVA, E.M MEIRBEKOVA, L.T.ALSHEMBAYEVA

Asfendiyarov KazNMU

Management and marketing in health care and pharmacy department

IMPLEMENTATION OF“JOINT AND SEVERAL LIABILITY” PRINCIPLE, AS A FACTOR OF MODERNIZATION OF THE KAZAKHSTANI HEALTHCARE SERVICE

Resume: The article considers the modernization problems of the Kazakhstani Healthcare Service, which stipulated by a large variety of factors, what counts most are reform of relationship between republican and local Healthcare regulatory bodies, as well as social and budget reforms, requiring application of the principle “Joint and several liability”.

Keywords: joint and several liability; health policy; medical technology; international standards in the field of health; international rules and regulations in the health sector; health infrastructure.

УДК 614.253.52

Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, Г.К. ТУЛЕНДИНОВА, А.Ө. РАХЫМБАЕВА
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

**СТАЦИОНАРДАҒЫ ОРТА БУЫНДЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДІҢ
ТӨЛЕМ АҚЫСЫНЫҢ СИПАТТАМАСЫ**

Медициналық қызметкерлердің жалақысы – бұл отандық денсаулық сақтау саласының үлкен мәселесінің бірі болып табылады. Нақты табыс көрсеткіші медициналық қызметкерлердің өл-аухат деңгейін білдіреді. Сауалнамаға қатысқан орта буынды медициналық қызметкерлердің орташа еңбек ақысы – 58 653 тенгені құрады. Зерттеу кезінде медбикелердің материалдық жағдайы қанағаттанарлықсыз деп сипатталған, сондықтан денсаулық сақтау мекемелердің басшылары орта буынды қызметкерлердің әлеуметтік жағдайына назар аударуы қажет.

Түйінді сөздер: мейірбикелер, қаржы, жалақы, табыс, төлемдер, орта буынды медициналық қызметкерлер

Көптеген жылдар бойы медицина қызметкерлерінің жалақысы халықтың денсаулығына баға жетпес үлес қосуы, мамандарды дайындауға уақыты мен күші жұмсалатын жұмысшы күшін дайындап шығаруға сәйкес келмейді және ол халық шаруашылығының орташа деңгейін құрайды. Сол уақыттарда экономикалық жағынан дамыған елдерде қызмет істейтін дәрігерлердің материалдық өл ауқатының деңгейі барлық салалар бойынша орташа жиынтығы Швецияда 1,65 есе, Германияда 6,02, АҚШ та 7,21 есе жоғары екендігін көрсетті [1].

Дәрігер мен орта буынды мамандандырылған медициналық қызметкердің шығармашылық еңбегі, алынған білімінің үлкен көлемімен, психоэмоционалдық, жиірек физикалық жағынан күштеменің көп болуымен, жауапкершіліктің жоғарылығымен байланысты [2].

Қолдану саласына байланыссыз, еңбек қиындығы бойынша жалақының тең төлену принциптерін жүзеге асыру арқылы, халық шаруашылығы бойынша орташа салалы денсаулық сақтау жүйелерінде жалақы мен табыс мөлшерлемесін теңдестіру жөнінде пікірлер айтылып, ұсыныстар беріліп жатыр. Бірақ та еңбекті әділ бөлу жолында кедергілердің ең негізгісінің бірі адам еңбегін дәл өлшеу және салыстыру мүмкін емес болып табылады. Жұмыс уақытын өлшеуге негізделген еңбекті ескеруде: ұзақтығы бірдей жұмыс уақыты, еңбектің өлшенбейтін әртүрлілігі және қарқындылығы мен қиындығына байланысты еңбекті өлшеудің әртүрлі түрлері бар. Шығыны бойынша емес, нәтижесі бойынша бөлінген еңбек түрі қызметкерлер санаттарының көптеген еңбектерінің жеке нәтижелері аса қиын болып табылатындығын көрсетеді. Яғни, қандай да бір салыстырмалы бірліктер, тікелей де, жанама да тәсілдер арқылы объективті түрде өлшеу және бағалауда адам

еңбегін ақшалай түрде алғыс айту мүмкін болып табылмайды.

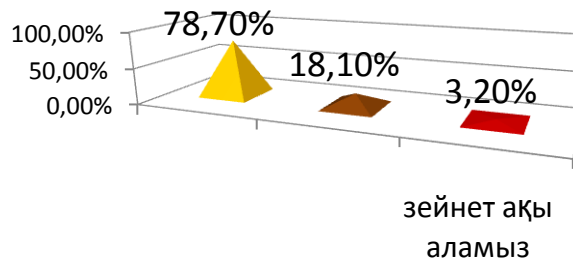
Еңбек ақыны төлеудің бірыңғай тарифтік кестесін енгізу ежелгі ережені өзгерткен жоқ, және тарифтік жүйе негізінде медицина қызметкерлерінің еңбек ақысынан бас тарту қажет және ең алдымен жұмыстың соңғы нәтижесін ескере отырып төлеу тәсілі мен қандай да бір принциптерін қолдану деген пікірлер көптеп айтылып жүр. Сонымен бірге, медициналық қызметтің соңғы нәтижелері, қызметкердің жеке еңбек үлесін анықтау, осы үлесті есептеу тәрізді сұрақтар қазіргі уақытта ең өзекті мәселелердің бірі болып отыр [3-4]. Соо себепті біз стационардағы мейірбикелердің еңбек ақысын зерттеу мақсатта №7 Алматы қаласының ауруханасында 52-орта буынды медициналық қызметкерлерге сауалнама жүргіздік.

Орта буынды қызметкерлердің жұмысында қанша ставкаға жұмыс атқарасыз дегенде көбісі (65%) 1 ставкада, 25% 1,5 ставкада, ал тек 10% жарты ставкада жұмыс істейді екен.

Осы жұмысыңызда тағы қосымша ставкаға жұмыс істеуге сізді не итермеледі, деген сұраққа респонденттердің 87,5 % қаржының жетіспеушілігі, ал кадрлық жетіспеушілік себебінен, әкімшіліктің сұрауы бойынша – 12,5% қызметкерлер жұмыс атқарады екен.

Сауалнамаға қатысқан орта буынды медициналық қызметкерлердің орташа еңбек ақысы – 58 653 тенгені құрады. Сіз болашақта қандай еңбек ақы алғыңыз келеді деген сұраққа сұхбаткерлер орташа алғанда 100000 тенге жетеді деген.

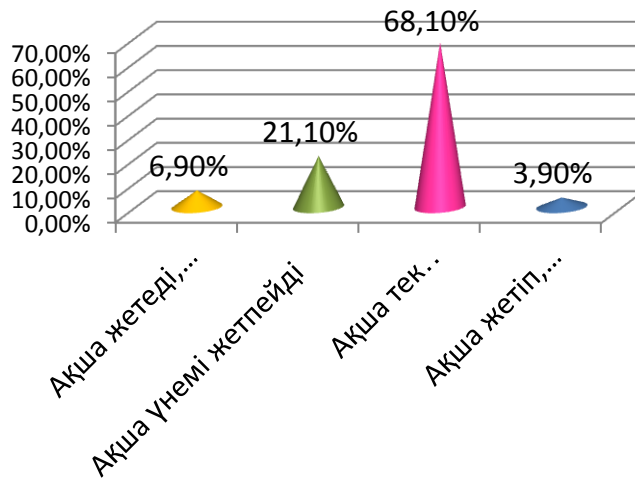
Айлығыңызға қосымша төлем ақы аламын дегендер 65,6% болды, олардың ішінде түнгі аусымда жұмыс істеген үшін (78,7%), ішкі қосымша жұмыс істеген үшін (18,1%) және 3,2% зейнет ақы аламыз дегендер (сурет 1).



Сурет 1 – Респонденттердің қосымша қаржы көздерінің көрсеткіші,%

Орта буынды медициналық қызметкерлердің өздерінің материалдық жағдайын келесі деңгей бойынша бағалады: «Ақша жетеді, алайда артығы жоқ» деп 6,9 % жауап берді. «Ақша үнемі жетпейді» дейтіндер 21,1% құрады. 68,1% - «Ақша тек қажеттілерге ғана жетеді» деп

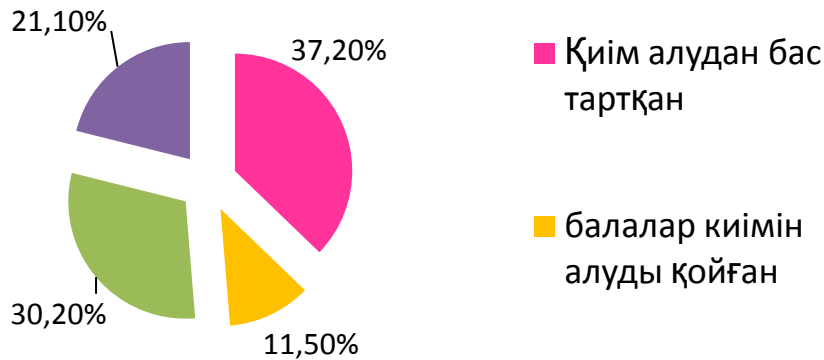
жауап бергендер болса, «Ақша жетіп, артылады» дегендер 3,9% көрсетті. Егер жолдасының табысы мен отбасының басқа мүшелерінің табысы қосылып жұмыс атқарғанда ақша үнемі жетеді деп жауап берер еді (Сурет 2).



Сурет 2 – Сұхбаткерлердің өзінің материалдық жағдайының бағалау көрсеткіштері бойынша бөлу, %

Өмір сүру деңгейінің талаптары жылдан жылға өсіп кележатқан кезде, мемлекеттің нарықтық жағдайдағы өту кезінде, дағдарыс кезінде неден немесе қандай заттардан бас тартуға тура келді деген сұраққа

респонденттердің 37,2% киім алудан бастартыпты, 11,5% балалар киімін азайтыпты, ал 30,2% қыдырудан, өздерінің хоббилерінен бас тартқан және 21,1% кейбір қымбат тағамдарды сатып алмайды екен (сурет 3).



Сурет 3 – Дағдарысқа байланысты қажеттіліктерін сатып алу көрсеткіші, %

Жанұянызға азық – түлікті қай жерден сатып аласыз деген сұраққа көпшілігі (58,1%) базардан сатып алады

екен, ал 27,4% ауылдан тұған туысқандары жібереді екен және 14,5% магазиннен сатып алады екен (кесте 1).

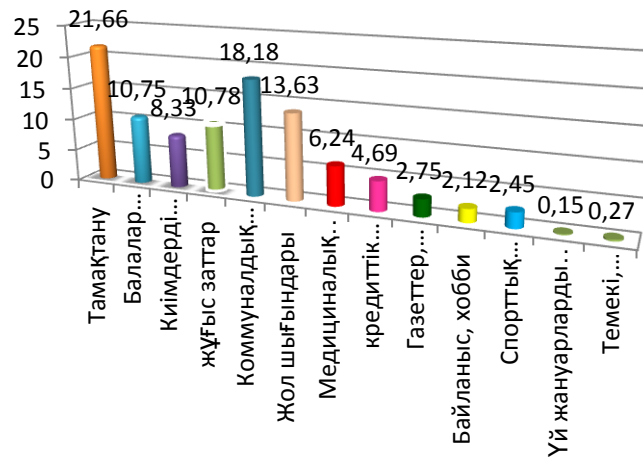
Кесте 1 - Өз тағам құрамында қолданылатын көкөністерге баға беру, %

	Тағам рациянында болмауы	Жеткілікті мөлшерде	Жеткіліксіз мөлшерде
Жеміс-жидек, көкөніс	10,3	85,6	4,1
Ет, тауық еті	21,6	50,2	28,2
Балық өнімдері	72,7	9,1	18,2
Сүт өнімдері	6,1	63,6	30,3
Ұн өнімдері, бидай	0	93,9	6,1

Сұхбаткерлердің жауабына қарағанда, тағам рациянында балық өнімдерінің жиі болмауын атады (72,2%), екінші орында ет (21,6%), үшінші орында жеміс-көкөністер (10,3%). Жеткілікті мөлшерде ұн өнімдері, бидай сатып

алады екен (93,9%), ал жеткіліксіз мөлшерде сүт өнімдері екен (30,3%).

Сұхбаткерлердің жанұя бюджетінің әр түрлі өмір сүруге қажетті заттарға қаншалықты ақша кететінін білдік (сурет 4).



Сурет 4 – Мейірбикелердің жануя бюджетінің бөлінуі, %

Көбінесе сұхбаткерлер бір айда ақшаны тамаққа жұмсайды екен (26,6%), екінші орында коммуналдық төлемдер екен (18,8%), үшінші орында жол шығындары (13,6%) және жұғыс заттарға (10,7) кетеді екен.

Денсаулық сақтау мамандарының жұмыстан кетулерінің негізгі себептерінің бірі еңбек ақының төмендігі, еңбек жағдайына және оны ұйымдастыруға қажетті мекемелердің болмауы, мамандық бойынша жұмыс орындарының шектеулілігі, қаржыландыру мекемелері жүйесінің жетілмегендігі болып табылады.

Орта буынды медициналық қызметкерлердің көбі қосымша жұмыстарда істейді, бұл, науқастарды қарап емдеу сапасына теріс әсерін көрсетеді. Науқастарды емдеу сапасының төмен болуы медициналық мекемелерде мынадай наразылықтардың: медициналық көмек көрсетуге еңбек ақының төмендеуі, айып пұл санкцияларының болуы медициналық қызметкерлердің еңбек ақысына әсер етуі негізі болып табылады. Нарықтық қатынас жағдайларында толығымен шаруашылық есепке өткен мекемелер, ұйымдар, кәсіпорындармен тікелей келісімдері бойынша, нақты өз бағасы бойынша медициналық көмек ақысының әртүрлі жүйелері жедел мақұлданады.

Осылайша жүргізілген әлеуметтік зерттеу нәтижелері сауалнама жүргізілген орта медициналық қызметкерлердің жартысынан көбі өз жұмыстарына қанағаттанбайтындықтарын білдірді. Сонымен бірге, қанағаттанбаушылық себептерінің бірі жалақы

мөлшерінің аздығы және жұмысын жақсарту үшін жеткілікті жағдайлардың жоқтығынан деп түсіндірді. Ал соңғы рет көтерілген жалақы мөлшеріне қанағаттандықтарын білдіре қоймады. Осымен бірге, респонденттердің көбі жалақының бір жағынан жұмыс көлемі болса, екінші жағынан жұмыс сапасы арасындағы тіке пропорционалды тәуелділік дегенді жақсы түсінетіндіктері анықталды.

Түйіндеме: Еңбек ақы жүйесін қалыптастыру үшін күрделі, көп жоспарлы және көп тізбекті еңбек ақы жүйесін құруға тура келеді. Сондықтан, орта буынды қызметкерлердің еңбек ақысын жоғарлату қажет, соңғы нәтиже бойынша жалақы төлеу. Еңбек ақыны дифференциалдау жүйесі бойынша жалақы жүйесін көздеу, бірәк бірнеше көрсеткіштерді ескеру қажет:

- шынай өндірістік көрсеткіштер (орындалған жұмыстың көлемі, сапасы, дәл уақытында көмек көрсету);
- жұмысшының потенциалды мүмкіндіктері (білімі, біліктілігі, алдын ала дайындығының болуы немесе біліктілігін жоғарылатуы және т.б.);
- еңбек жағдайы (қалыпты, ауыр, зиянды);
- жұмысшыға немесе жұмыстың үрдісіне қойылатын талаптар (ой және дене жұмысына);
- істеген еңбектері (еңбек өтілі, санаты, ғылыми дәрежесінің болуы);
- моральды және психоэмоционалдық факторлар (еңбеке жауапкершілігі, қатынасы, ұжымшылдық).

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Кучеренко В.З. Реформирование здравоохранения в мире как общественный процесс // Проблемы управления здравоохранением, 2005. - №4. – С. 5-10.
- 2 Белянинова Ю.В., Пономарева Н.Г., Хасин К.В. Нормирование труда и системы заработной платы // Управление персоналом, 2005. – С.92-94.
- 3 Куракбаев К.К. Экономические основы усиления стимулирующей функции оплаты медицинских услуг на подушевой основе // Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - Алматы: 2001. - № 1. -С.34-35
- 4 Иорданян А.В. Стимулирование труда медицинских работников в условиях ОМС // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения, 2008. - №3(21). – С.31-32.

Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, Г.К. ТУЛЕНДИНОВА, А.Ә. РАХЫМБАЕВА
Казакский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова

ХАРАКТЕРИСТИКА ОПЛАТЫ ТРУДА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В СТАЦИОНАРЕ

Резюме: Оплата труда медицинских работников – это еще один больной вопрос отечественного здравоохранения. Показатель реальных доходов медицинских работников достаточно объективно отражает уровень их благосостояния. По данным исследования, среднемесячная заработная плата медицинских сестер 58 653 тенге. Условия быта и материальное положение на момент исследования был не более чем удовлетворительным, что требует от руководителей органов здравоохранения повысить внимание к вопросам социальной поддержки работников среднего звена.

Ключевые слова: медсестра, финансы, оплата труда, платежи, работники среднего звена.

ZH.A. KOZHEKENOVA, G. K. TULENDINOVA, A.A. RAKHYMBAYEVA

Asfendiyarov Kazakh National medical university

CHARACTERISTICS OF WAGE REFERRAL HOSPITAL NURSES

Resume: Compensation of medical workers is an one more sore point of domestic health care. The indicator of the real income of medical workers rather objectively reflects level of their welfare. According to research, average monthly salary of nurses of 58 653 tenges. Conditions of a life and financial position at the time of research I was no more than satisfactory that demands from heads of bodies of health care to increase attention to questions of social support of workers of an average link.

Keywords: nurse, finance, compensation, payments, workers of an average link.

УДК 616.314-07-078:32.973

Ж.Р. ҮРГЕНІШБАЕВА, А.А АДЕНОВА., А.Е. ТАЖИЕВА, Ж. АУЕЛБЕКОВА
М.Р. МУХИТОВА, Г.С. ОРАЗАЛИЕВА

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы

НЕГІЗГІ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ СКРИНИНГІН АВТОМАТТАНДЫРЫЛҒАН ЖҮЙЕДЕ ЗЕРТТЕМЕ ЖҮРГІЗУ

Мақалада негізгі стоматологиялық аурулардың скринингін автоматтандырылған жүйеде жүргізуге болатынын және тиімді әдіс болып есептелетіні көрсетіледі. Қазіргі таңда информациялық технологияның медицина саласында тез дамуына байланысты медицинаның әр саласында, соның ішінде стоматология саласында автоматтандырылған жүйеде жұмыс жасау оңтайлы болып саналады.

Түйінді сөздер: Автоматтандырылған жүйе, стоматологиялық аурулар, скрининг, компьютерлік бағдарлама, информациялық технология, мониторинг.

Медицинадағы скрининг халықты немесе оның жеке бөлігін жаппай зерттеу үрдісінде арнайы диагностикалық зерттеулерді, оның ішінде тестілеуді қоса алғанда, қолдануға негізделген қандай да бір патологиясы, болмаса оның даму тәуекелі бар тұлғаларды белсенді анықтау әдісі. Скринингті уақытылы емдеу-профилактикалық көмек көрсету үшін қажет болып табылатын ауруды немесе оған бейімділіктің ерте диагностикасын жүргізу мақсатында жүзеге асырады. Скрининг нәтижелерін зерттеліп отырған аурудың (немесе аурулар тобының) таралуын, оның даму мүмкіндігінің факторларын және олардың салыстырмалы мәнін зерттеу үшін де пайдаланады.

Қазақстан Республикасы Денсаулық Сақтау Министрінің м.а. 2009 жылдың 10қарашадағы №685 «Халықтың мақсатты топтарын профилактикалық-медициналық тексерудің Ережелерін бекіту туралы» Бұйрығы: аталған халықтың мақсатты топтарын профилактикалық медициналық тексеру Ережелері Қазақстан Республикасындағы мақсатты топтарды

профилактикалық медициналық тексеруді жүргізудің тәртібі мен мезгілін анықтайды. Халықтың мақсатты топтарын профилактикалық медициналық тексеру – бұл аурулардың, аурулардың тууына себепші факторлардың дамуының алдын алу мен оларды ерте кезеңінде анықтауға, халықтың денсаулығын қалыптастыру мен нығайтуға бағытталған скринингтік тексеру. Скринингтік тексеруді тегін медициналық көмектің кепілдендірілген көлемі шегінде аталған қызмет түрін жүзеге асыруға лицензиясы бар денсаулық сақтау субъектілері жүргізеді. Ересек халықты скринингтік тексеруден өткізу ерте анықтау мен алдын алуға бағытталған: мамандандырылған кезең. Стоматолог баланы кешенді тексерістен өткізеді, оның ішіне тістеу жағдайын, пародонт, гигиена индексін, РМА, КПЖ, кариес белсенділігі деңгейін, диспансерлеу, реабилитация және алдын алу жоспарының жағдайын бағалау кіреді. Скрининг өткізудің негізгі шарты - дайындықтан өткен персонал мен зерттеліп отырған белгіні анықтау мен алынған нәтижені бағалауға стандартты қатынастың

болуы. Қолданылып отырған әдістер айтарлықтай қарапайым, сенімді әрі қайталанбалы болуы керек. Сондай ақ, олар сезімтал және жоғары спецификалық болғаны абзал. Скринингтік диагностиканы қолдануға ыңғайлы салалардың бірі медицина болып табылады, себебі, мұнда диагностика үрдісінің тездігі оның детальдық сипатына қарағанда маңыздырақ. Қазіргі уақытта халықтың айтарлықтай бөлігін бірегей стандартты критерийлер бойынша тексеру қажеттілігіне байланысты скринингтің зерттеліп отырған көрсеткіштерді сұрау, өлшеу және анализдеу үшін автоматты және жартылай автоматтарды пайдаланумен байланысты автоматтандырылған және жартылай автоматтандырылған әдістері дайындалып жатыр.

Жаңа бағдарламалық технологиялар негізінде скринингтік диагностика үрдісін автоматтандыру скринингтік диагностиканың автоматтандырылған жүйесін құру мен енгізу болып табылады. Бірегей эксперттік білімге негізделген скрининг жүйесін жасау мен енгізу қазіргі кезеңде айтарлықтай көп уақыт алады, себебі, уақыттың көп бөлігі мұндай жүйенің эксперттік құрамын дайындау мен верификациялауға жұмсалады. Бұл медик-эксперт пен программист маманның әрқайсысының білім аумақтарының бірегейлігімен байланысты. Осылайша, скрининг жүйесіндегі эксперттік білімдер базасын қалыптастыру, верификациялау және түзеуге арналған құралдарды (эксперттік құрамды бірегейлеу әдістемесі мен құралдары) эксперттердің өз күшімен жасап шығаруы уақытылы және өзекті болып табылады.

Жұмыстың мақсаты скринингке арналған автоматтық кешендерді жасау жұмыстарының тиімділігін арттыру болып табылады, ол үшін келесідей міндеттерді орындау қажет:

- 1- Скринингтік диагностиканың автоматты жүйесінің формальды моделін дайындап шығару
- 2- Скринингтің медициналық ақпараттық жүйесінің типтік құрылымын жасап шығару

3- Стоматологиялық аурулар скринингін құрудың жалпы әдістемесін дайындау

4- Скринингті бағдарламалық қамтамасыз ету және диспансерлік тексерудің автоматтандырылған кешені түрінде жүзеге асыруЗерттеу объектісі негізгі стоматологиялық ауруларды анықтауға бағытталған халықты скринингтеудің автоматтандырылған жүйесі болып табылады.

Соңғы жылдардағы медицинаның дамуы автоматтандырылған жүйені кеңінен қолдана отырып, халықтың денсаулығын бағалауда жекелеп көңіл бөлудің синтезін көрсетеді. Автоматтандырылған жүйедегі скрининг тұрақты мониторингті жоғарылатып, әр түрлі нозологиялық түрдегі қауіп топтарын құруда аурудың клиникаға дейінгі белгілерінің көрінісін объективті жоғарылатуы осы жұмыстың өзектілігі болып саналады. Алдын алу әдістерінің бағасы пайда болған ауруларды емдегеннен гөрі 20 есе арзан. Негізгі стоматологиялық аурулардың интенсивтілігі қазіргі таңда Қазақстанда жоғары. Стоматологиялық скрининг стоматологиялық аурулардың алдын алу мақсатында қолданылады, ауыз қуысында аурулардың пайда болуы мен дамуын ескертеді. Алдын алу шараларын енгізу тістердің тіс жегісінің және пародонт ауруларының интенсивтілігін төмендетеді, балалар мен жасөспірімдердің интакті тістерінің саны жоғары болады. Стоматологиялық денсаулықты жақсарту мақсатын алдын алу медицинаның заманауи жетістіктері мен компьютерлік технология шеше алады. Стоматологиялық аурулардың скринингінің автоматталған жүйесі негізгі стоматологиялық аурулардың диагностикасының сапасын жақсартады және алдын алу мен емдеуде негізгі нақтама жолы болып табылады. Зерттеу жұмысында алынған мәліметтер дәрігер-стоматолог жұмысының медициналық эффективтілігін жоғарылатуда қолданылады. Алынған мәліметтер халықты скринингті зерттеу бағдарламасын түрлендіруге және стоматологиялық ауруларды толық және ерте анықтауға көмектеседі.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Ходяков Г.В. Оценка и скрининг риска развития кариеса зубов у детей в сельском муниципальном образовании / Ходяков Г.В., Сущенко А.В., Гарькавец С.А., Русанова Т.А. // Системный анализ и управление биомедицинских системах. – Воронеж: 2013. – № 3. –17 с.
- 2 Ахутин В.М., Воронцов И.М., Шаповалов В.В. 'Автоматизированная система профилактических осмотров детского и подросткового населения (АСПОН-Д, АСПОН-Дт, АСПОН-ДП)'. // Свидетельство Роспатента РФ № 2004612132 от 16 сентября 2004 года.
- 3 Воронцов И.М., Шаповалов В.В. Стандартизированные технологии - настоящее и будущее профилактической медицины // Медицина Петербург, 2005. - №2(199). - 7 с.
- 4 Воронцов И.М., Шаповалов В.В. Стратегия детской диспансеризации, или сколько стоит детская профилактика // Главврач, 2004. - №4. - С. 43 -45.
- 5 Воронцов И.М., Шаповалов В.В., Шерстюк Ю.М. Создание и применение автоматизированных систем для мониторинга и скринирующей диагностики нарушений здоровья. – СПб: ИПК КОСТА, 2006. – 429 с.

**Ж.Р. УРГЕНЫШБАЕВА, А.А АДЕНОВА., А.Е. ТАЖИЕВА, Ж. АУЕЛБЕКОВА
М.Р. МУХИТОВА, Г.С. ОРАЗАЛИЕВА**

*Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра политика и управление здравоохранением*

РАЗРАБОТКА АВТОМАТИЗИРОВАННЫХ СИСТЕМ СКРИНИНГА ОСНОВНЫХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Резюме: В статье описаны и обоснованы внедрение автоматизированной системы скрининга стоматологических заболеваний и его эффективность. В настоящее время, в связи с быстрым развитием информационной технологий в медицине, внедрение автоматизированной системы в различные области медицины, также аналогичное применение в стоматологии даст положительный результат.

Ключевые слова: Автоматизированная система, стоматологические заболевания, скрининг, компьютерная программа, информационная технология, мониторинг.

**URGENISHBAEVA ZH.R., A.A. ADENOVA, A.E. TAZHIYEVA, ZH. AUELBEKOVA,
M.R. MUKHITOVA, G.S. ORAZALIYEVA**

*Asfendiyarov Kazakh National Medical University
Health Policy and Management department*

DEVELOPMENT OF AUTOMATED SCREENING SYSTEMS OF MAJOR DENTAL DISEASES

Resume: The article described and justified the introduction of automated screening of dental diseases and their effectiveness. Nowadays, with the rapid development of information technology in medicine, the introduction of automated systems in different areas of medicine, as a similar application in dentistry will give a positive result.

Keywords: Automated system, dental diseases, screening, computer software, information technology, monitoring.

УДК 614.1: /314.3+312.1/(574)

С.Б. ҚАЛМАХАНОВ, Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА,
М.Р. МУХИТОВА, Б. А. МУСАЕВА, Ж.Р. ҮРГЕНИШБАЕВА, М.Т. БАЙКАЗАКОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Х. Досмұхамедов атындағы Қоғамдық денсаулық сақтау мектебі
«Денсаулық сақтау саясаты және басқару» кафедрасы

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ТУЫП-КӨБЕЮШІЛІГІ: ТЕНДЕНЦИЯЛАР ЖӘНЕ РЕТТЕУ ЖОЛДАРЫ

Мақалада негізгі әлемдегі және Қазақстанда демографиялық жағдайлары баяндалған. Туып-көбеюшілік сұрақтары бойынша ғылыми ізденіс жүргізу қажеттілігі ел Президентінің «Қазақстан-2030» жолдауына негізделеді, бұл жолдау бойынша 2030 жылы біздің мемлекетіміздің тұрғындар саны 25 млн-ға жетуі тиіс.

Сондықтан тұрғындардың өндірістік орындардың негізі және субъектісі болуы, демографиялық факторлардың қоғамдық дамуда рөлін анықтау- айрықша маңызды проблемалардың бірі. Бұл факторлардың есепке алуынсыз экономикалық, әлеуметтік болжау мүмкін емес.

Түйінді сөздер: демография, туып-көбеюшілік, мемлекеттік бағдарлама, тенденция, статистика

Қазіргі таңда Қазақстанда егде жастағы адамдар барлық халық санының 7,7 %-дан астамын құрайды. Біріккен Ұлттар Ұйымы (БҰҰ) сарапшыларының болжамдары бойынша таяу жылдары Қазақстанда егде жастағы адамдардың саны 11 %-ға артатындығы күтілуде.

Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының басымдықтарының бірі егде жастағы тұлғаларға медициналық көмекті жетілдіру болып табылады. Егде жастың медициналық-биологиялық, әлеуметтік, психологиялық аспектілерін кешенді шешу - нормативтік құқықтық базаны әзірлеу және жетілдіру; дәлелді медицина негізінде егде және көрілік жасындағы пациенттерді диагностикалау, емдеу және оңалту хаттамаларын әзірлеу және жетілдіру; медицина персоналына, оның ішінде ұйым деңгейін ескере отырып әлеуметтік қызметкерлері үшін біліктілік стандарттарын, жүктеме нормативтерін әзірлеу; геронтологиялық және гериатриялық көмектің тиімділігін бағалау (индикаторлар) жүйесін әзірлеу және енгізу бойынша іс-шараларды қажет етеді [1].

Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі стратегиялық даму жоспарына байланысты мемлекетте тұрғындардың күтілетін өмір сүру ұзақтығы 2020 жылы 72 жасқа дейін ұлғаяды, бұл мемлекеттің стратегиялық мақсаттарының жетістікке жетуінде негізгі бағыттардың бірі, соның ішінде оның бәсекеге қабілеттілігі болып табылады [2].

Туып-көбеюшілік сұрақтары бойынша ғылыми ізденіс жүргізу қажеттілігі ел Президентінің «Қазақстан-2030» жолдауына негізделеді, бұл жолдау бойынша 2030 жылы біздің мемлекетіміздің тұрғындар саны 25 млн-ға жетуі тиіс [3].

Валенсиялық геронтологиялық форумда (Испания) қабылданған және қартаю бойынша БҰҰ-ның Бүкіләлемдік ассамблеясында бекітілген (Мадрид) бағдарламаға сәйкес, ХХІ ғасырдағы қартаю бойынша зерттеу жұмыстарында қартаюдың және ұзақ өмір сүру факторларының іргелі механизмдерін терең түсінуге бағытталған биомедициналық басымдықтарға үлкен назар салынууда, яғни бұл салауатты қартаю потенциалын жүзеге асыруда шешуші роль атқарады, сондықтан адамның өмір сүру ұзақтығы ұлғайған сайын салауатты қартаю әлемдегі, соның ішінде Қазақстанның қазіргі заманғы геронтология саласының маңызды міндеттерінің бірі болып табылады [4].

Демографиялық проблемалар - БҰҰ сарапшыларының бағалауына жаһандық проблемалардың арасында ең өзекті деп танылады. Ұлттың қартаюы және санының азаюы мемлекеттердің жалпы экономикалық саулығына кері әсерін тигізеді. Тұрғындар санының кемуі, экономикалық инфрақұрылымның алдағы уақытта өсуіне кедергі әкелуі мүмкін. Осыған байланысты, кез-келген мемлекетте туып-көбеюшіліктің деңгейін қолдау маңызды болып табылады. Туып-көбеюшіліктің төмендеуі аса ауыр жағдайға, яғни демографиялық дағдарыс салдарынан экономиканың төмендеуіне алып келуі әбден мүмкін. Неғұрлым салық және міндетті төлемдерді орындайтын жұмысшылардың саны аз болса, соғұрлым мемлекеттің өзіндік теңестірілген және әлеуметтік бағытталуы қиынға соғады [5].

Бүгінгі таңда Еуропада демографиялық ахуал, туып-көбеюшіліктің төменгі деңгейімен, өмір жасының ұзақтылығымен және әлемнің өзге бөліктерімен салыстырғанда байырғы халық санының төмендеуімен сипатталды. Осыған байланысты, Италия мен Испанияда туып-көбеюшілік көрсеткіші 1 әйелге - 1,2 балаға дейін төмендеген, Германияда бұл көрсеткіш 1,3, Грецияда - 1,4, Швейцария - 1,5, Франция мен Данияда - 1,7, Ирландияда -2 баланы құрайды. Еуропада, 0-15 жас аралығындағы жастық топтар азайып келеді, осының салдарынан еңбекке қабілетті тұрғындар саны және жұмыс күшінің потенциалы төмендеуі мүмкін. Макс Планк атындағы неміс институты жүргізген демографиялық зерттеулердің нәтижесі, туып-көбеюшіліктің төмендігі жұмыссыздықтың салдары екендігін атап көрсетеді. Яғни, орташа алғанда жұмыссыздық деңгейі 1%-ке көтерілсе онда туушылық көрсеткіші 2,1%-ға төмендейді.

Сонымен қатар мұсылман мемлекеттерінде Солтүстік Африка және Таяу Шығыста туушылық коэффициенті 2-3 есеге жоғары. Басқа Таяу шығыс мемлекеттерінде бұл көрсеткіштер мынадай: Ирак - 4,86, Пәкістан - 3,65, Сауд Арабиясы - 3,03 [6].

Қазіргі уақытта ана мен баланы қорғау, туып-көбеюшіліктің жоғарылауы, ана мен бала өлімінің төмендеуі, медициналық-демографиялық жағдайдың жақсаруы және еліміздің әлемнің бәсекеге қабілетті елу мемлекет қатарына енуі адамзат капиталының дамуындағы мемлекет саясатының ең басты бағыты. Осыған байланысты, Қазақстан Республикасында ана мен бала өлімін төмендету бойынша салалық бағдарламалар іске асырылуда. Отбасыны мемлекеттік қамсыздандыру,

ана мен баланы қорғау, демографиялық проблемаларды шешу елімізде айрықша орынға ие.

Қазақстанда ана мен отбасылы балаларды қамсыздандыруға сәйкес туып-көбеюшілікті ынталандыру үшін бағытталған заңнамалық актілер қабылданған. 2012 жылдың 14 ақпанында ҚР-ның Мемлекеттік ұйымдық еңбектің №183 «Ананы қорғау» конвенциясы ратификацияланған. Туып-көбеюшілікті ынталандыруда ең басты қадамдардың бірі - көп балалы аналарға көмек көрсету болып табылады [7].

Қазақстанда туып-көбеюшіліктің оң тенденциялары байқалады, яғни туып-көбеюшіліктің артуы, жыл сайынғы өсуі, орташа алғанда 5,4% құрады. Жалпы туып-көбеюшіліктің оң динамикасы тұрғындардың өмір сүру деңгейінің және табысының жоғарылауына тікелей байланысты [8].

Қазақстан Республикасының статистика агенттігінің мәліметтері бойынша жыл басынан бері Қазақстанның халық саны 42 мың адамға өсіп, 2013 жылдың 1 наурызына 16 млн. 953 мың адамға жетті. Осы жылдың алғашқы екі айында 66,4 мың сәби дүниеге келді. Бұл өткен жылдың көрсеткіштерінен 0,8 пайызға артық. Өлім көрсеткіші 2012 жылдың алғашқы екі айымен салыстырғанда 2,3 пайызға кеміп, 25 мың адам болды. Алдын ала болжанғандай осы жылы тұңғыш рет Қазақстанның тарихында халық саны 17 миллиондық

межеге жетеді. 2003 жылмен салыстырғанда 2011 жылы туылған балалардың саны 1,5 есеге (124598 адам) өскен. 1000 адамға шаққандағы туу көрсеткіші 22,50 болып отыр. Бұл дегеніміз 2011 жылы халық санының 2,25%-на тең сәби дүниеге келді. БҰҰ, АҚШ Орталық барлау басқармасы, Дүниежүзілік банк секілді құрылымдардың деректеріне сүйенсек, 1000 адамға шаққандағы туу көрсеткіші бойынша біз бұрынғы Кеңес Одағы мемлекеттері арасында Тәжікстан мен Қырғызстаннан кейінгі үшінші орында тұрмыз.

Сонымен қатар, Қазақстанның өзіне тән демографиялық ерекшеліктері бар. Ең басты үрдіс – әр түрлі этностардың әр түрлі демографиялық көрсеткіштерінде. Азиялық этностарда бала туу деңгейінің жоғары және өлім деңгейінің төмен болуы байқалуда. Керісінше, еуропалық халықтарда өлім туудан көп болып отыр. Сондай-ақ, жақын болашақта демографияға төнетін қатерлер бар [9]. Жоғарыда аталған барлық проблемаларды шешу, демографиялық ахуалдың жақсаруымен және халық санының тұрақты өсуімен тікелей байланысты. Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспарында көзделген халық санының 10% өсіміне қол жеткізу үшін туу көрсеткішінің одан әрі өсуін, өмір сүрудің жалпы ұзақтығын арттыруды және көші-қонның оң сальдосын қамтамасыз ету қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы, Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 29 қарашадағы № 1113 Жарлығы.
- 2 Қазақстан Республикасының 2020 жылға дейінгі Стратегиялық даму жоспары Қазақстан Республикасы Президентінің 2010 жылғы 1 ақпандағы № 922 Жарлығы.
- 3 Қартаю проблемалары бойынша Мадридтік халықаралық іс-әрекеттер жоспары. – Мадрид. 2002.
- 4 «Қазақстан - 2030» Даму Стратегиясы. 1997.
- 5 «Казахстанская правда» Общенациональная республиканская газета. 26.10.2013. - №(27576).
- 6 «Ананы қорғау» Конвенциясы. 2012 жылдың 14 ақпанында Қазақстан Республикасының №183 Мемлекеттік жұмыс тобымен ратификацияланған.
- 7 Агентство по статистике Республики Казахстан. www.stat.kz

**С.Б. ҚАЛМАХАНОВ, Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА,
М.Р. МУХИТОВА, Б. А. МУСАЕВА, Ж.Р. УРГЕНИШБАЕВА, М.Т. БАЙКАЗАНОВА**
*Школа общественного здравоохранения им. Х. Досмухамедова
Кафедра «Политика и управление здравоохранением»*

РОЖДАЕМОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: ТЕНДЕНЦИИ И ПУТИ РЕГУЛИРОВАНИЯ

Резюме: В статье описаны демографическое состояние мира и Республики Казахстан. Необходимость проведения научных исследований по вопросам рождаемости обосновывается Посланием Президента страны «Казахстан – 2030», по которому к 2030 году численность населения нашей страны должна достичь 25 млн. человек.

Поскольку население является и основой, и субъектом общественного производства, выявление роли демографического фактора в общественном развитии – одна из наиболее важных проблем. Ни экономическое, ни социальное прогнозирование невозможно без учета этого фактора.

Ключевые слова: демография, рождаемость, государственная программа, тенденция, статистика.

S.B. KALMAKHANOV, B.S. TURDALIYEVA, G.E. AIMBETOVA,
M.R. MUKHITOVA, B.A. MUSAYEVA, J.R. URGENISHBAEVA, M.T. BAYZAKOVA
School of Public Health named H. Dosmukhamedov
Chair: "Health Policy and Management"

FERTILITY IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN: TRENDS AND WAYS OF REGULATION

Resume: The article describes the demographic state of the world and the Republic of Kazakhstan. The need for scientific research on fertility settles the Message of the President "Kazakhstan - 2030", according to which in 2030 the population of our country should reach 25 million people.

As the population is both the foundation and the subject of social production, the identification of the role of demographic factors in social development - one of the most important problems. Neither economic nor social forecasting is impossible without taking into account this factor.

Keywords: demography, fertility, the state program, the trend statistics.

УДК 614.56.78

М.Н. ОМАРОВА, Л.Ж. ОРАКБАЙ, Ж.С. ТОТАНОВ, Л.Ю. ЧЕРЕПАНОВА, Л.К. ГЛУБОКОВСКИХ

АНАЛИЗ ТЕНДЕНЦИЙ ИЗМЕНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ

В работе представлен ретроспективный анализ заболеваемости сельского населения Махамбетского и Курмангазинского районов Атырауской области в динамике за десять лет.

Ключевые слова: сельское население, здоровье, заболеваемость.

Одним из индикаторов общественного здоровья являются показатели заболеваемости. Они более тонко отражают воздействие различных факторов окружающей среды на здоровье человека, чем смертность, позволяют обнаружить адекватную реакцию организма на эти вредные условия, оценить региональные особенности с учетом природно-климатических, санитарно-гигиенических, экологических и других факторов риска развития патологии у населения.

В целях ретроспективного изучения заболеваемости сельского населения Махамбетского и Курмангазинского районов Атырауской области были статистически обработаны и проанализированы материалы заболеваемости по данным статистической отчетности исследуемой области за десятилетний период.

Анализ показателей заболеваемости населения за период 2008-2010 гг. в разрезе изучаемых сельских районов показал, что уровень первичной заболеваемости как в Курмангазинском, так и в Махамбетском районах находится на крайне низком уровне. Так в 2008 г. уровень первичной заболеваемости населения Курмангазинского района составил 232,34 на 1000 населения, а число обращений взрослого населения за медицинской помощью в этом же году составило всего 165,41%. В 2010 г. аналогичные показатели увеличились незначительно, и составили соответственно 314,88% и 185,56% соответственно. Такое положение вряд ли может быть обусловлено удовлетворительным состоянием здоровья населения, с учетом того, что более 8000 человек проживает в сельских населенных пунктах, расположенных на территориях, прилегающих к ядерному полигону «Азгыр», где за период с 1966 по 1979 гг. были произведены подземные ядерные взрывы (17 взрывов в соляных куполах) [1, 2]. Проведенные ранее исследования в этом регионе (Кожаметов Н.Б.,

2007) показали, что показатели общей заболеваемости по данным углубленных медицинских осмотров населения региона полигона Азгыр значительно превышают таковые по обращаемости в медицинские учреждения: от 5,2 до 8,0 раз; при этом наибольшие относительные показатели были выявлены по классам болезней органов пищеварения, мочеполовой системы, системы кровообращения, заболевания крови, кроветворных органов, психические расстройства и расстройства поведения и новообразования, превысившие контрольные значения в 1,49 - 3,46 раза [3]. Следовательно, низкий уровень заболеваемости в данном регионе находит объяснение в труднодоступности получения медицинской помощи для жителей большинства сельских населенных пунктов в связи с отдаленным их расположением от районного и областного центров. Так, сельские населенные пункты Суяндук, Балкудук, Азгир, Асан, Уштаган, Харабали, расположенные в радиусе до 70 км от полигона Азгыр, являются самыми отдаленными поселениями не только Курмангазинского района, но и Атырауской области в целом. Как отмечают респонденты анкетного опроса по оценке качества жизни, проведенного нами среди населения данного региона, добраться до районного центра Ганюшкино, расположенного в 170 км, чтобы получить квалифицированную медицинскую помощь, крайне тяжело круглый год. Летом дорога здесь проходит через пески, а зимой и в межсезонье через солончаки в дождь или снег проехать даже на вездеходах практически невозможно.

В Махамбетском районе уровень первичной заболеваемости неинфекционными заболеваниями также за весь исследуемый период остается на низком уровне, несмотря на территориальную близость к сельским населенным пунктам района не только

районного центра, но и г. Атырау. Так, за период 2001-2010 гг. средний уровень заболеваемости неинфекционными заболеваниями населения Махамбетского района составил $181,54 \pm 14,2$ на 1000 населения. При этом показатель заболеваемости взрослого населения по обращаемости в медицинские учреждения в 2008-2010 гг. составил всего $97,15 \pm 8,96$ % в расчете на население соответствующей возрастной группы.

В сравнительном аспекте за весь изучаемый период в Курмангазинском районе отмечена повышенная заболеваемость населения по сравнению с Махамбетским районом. В структуре первичной заболеваемости как всего, так и взрослого населения, болезни органов дыхания стабильно находятся на первом ранговом месте в обоих районах, однако уровень их в Курмангазинском районе в 8,6 раза превышает таковой в Махамбетском районе и составил в 2010г. соответственно 190,91 на 1000 населения (взрослое население – 77,10%) и 22,01% (взрослое население – 18,87%). В динамике за исследуемый период в Курмангазинском районе наметилась тенденция роста заболеваемости болезнями данного класса. Так, в 2008 г. уровень заболеваемости болезнями органов дыхания среди населения района составила 110,78%, а в 2010 г. данный показатель увеличился в 1,7 раза и составил 190,91%. Среди взрослого населения число случаев заболеваний увеличилось в 1,4 раза (53,86% и 77,10% соответственно).

Среди жителей изучаемых районов также широко распространены болезни крови и кроветворных органов, заболевания системы кровообращения, нервной системы, кожи и подкожной клетчатки.

Болезни системы кровообращения среди жителей Махамбетского района имеют неуклонную тенденцию к росту и за десятилетний период с четвертого рангового места переместились на 2-е место. Однако средний уровень показателя при этом увеличился всего в 1,2 раза и составил за период 2003-2005гг. $8,10 \pm 1,89$ %, а за период 2008-2010гг. - $9,96 \pm 2,01$ %. В возрастной группе 18 лет и старше (взрослое население) уровень заболеваемости болезнями системы кровообращения выше и составил в 2008 г. 13,47%, увеличившись к 2010 г. до 14,31 на 1000 взрослого населения. В динамике за исследуемый период отмечено снижение уровня болезней органов пищеварения с 12,9% в 2000 г. до 9,02% в 2008 г. с дальнейшим незначительным ростом к 2010 г. до 11,33%. Среди взрослого населения этот показатель ниже и составил соответственно по годам 7,61%, 4,83% и 6,07%.

Уровень инфекционных и паразитарных заболеваний в Махамбетском районе снизился за исследуемый период практически в 2 раза с 12,6 на 1000 населения в 2000 г. до 5,06% – в 2010 г. Среди взрослого населения болезни этого класса зарегистрированы на уровне 2,59 на 1000 населения соответствующего возраста. При этом необходимо отметить, что наиболее характерными для региона инфекционными заболеваниями являются острые кишечные инфекции (ОКИ), вирусный гепатит А и туберкулез органов дыхания. Заболеваемость туберкулезом среди населения региона продолжает оставаться весь исследуемый период на высоком уровне, хотя в последние годы наметилась положительная динамика показателя во всех районах области. Так, в Махамбетском районе уровень заболеваемости

туберкулезом с впервые установленным диагнозом за период 2008-2010 гг. снизился практически в 1,5 раза с 110,7 до 72,0 на 100 тыс. населения, что ниже среднеобластного показателя в 1,72 раза (123,6 на 100 тыс. населения) и в 1,46 раз ниже среднереспубликанского уровня (105,3 на 100 тыс. населения).

В Курмангазинском районе также наметилась тенденция к снижению заболеваемости туберкулезом с 151,1 случая на 100 тыс. населения в 2008 г. до 133,8‰ – 2010 г., однако показатель превышает таковой по сравнению с Махамбетским районом в 1,86 раза, по сравнению со среднеобластным – в 1,08 раза и со средним показателем по стране – в 1,27 раза.

Необходимо отметить рост числа заболеваний крови и кроветворных органов в Курмангазинском районе, которые в 2008 г. среди взрослого населения находились на 3-м ранговом месте, составляя 16,13% против 3,81% в Махамбетском районе. В 2010 г. уровень болезней данного класса в Курмангазинском районе несколько снизился, уступив 3-е ранговое место болезням кожи и подкожной клетчатки, которые составили 16,76 на 1000 взрослого населения. В Махамбетском районе, напротив, наметилась тенденция к росту болезней крови в основном за счет железодефицитной анемии, что возможно связано с отрицательным влиянием неблагоприятных экологических факторов. Так, в 2010 г. этот показатель составил 8,28% против 3,81% в 2008 г. Третье ранговое место в Махамбетском районе занимают болезни мочеполовой системы с увеличением показателя с 7,60% в 2008 г. до 10,39% – в 2010 г. Однако по сравнению с периодом 2001-2003 гг. прослеживается тенденция к снижению показателя ($16,85 \pm 1,72$ %).

Анализ динамики уровня социально-значимых заболеваний в регионе показал неоднозначность изменений в уровне и структуре заболеваемости новообразованиями в изучаемых районах. Так, в Махамбетском районе если за период 2000-2003 гг. наблюдалось некоторое увеличение уровня заболеваемости с 2,47% до 2,85%, то в период 2008-2010 гг. аналогичный показатель снизился практически в 2 раза и составил соответственно 1,25 и 1,08 на 1000 населения. В Курмангазинском районе число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования составило в 2008 г. 118,7 на 100 тыс. населения, а в 2010 г. этот показатель снизился в 1,42 раза (82,8‰). Вышесказанное может свидетельствовать о низком уровне выявляемости среди сельского населения изучаемых районов данной социально-значимой патологии.

Болезни эндокринной системы, в частности сахарный диабет, ни в одном из представленных районов не входят в пятерку приоритетных классов заболеваний.

Данный факт согласуется с результатами исследований ряда ученых (Рахишев Е.К., 1995; Кожамбетов Н.Б., 2007), которые показали, что эта нозология в радиологически неблагополучном регионе не являлась индикаторной и занимала шестое или седьмое ранговое место в структуре заболеваемости.

Таким образом, ретроспективный анализ заболеваемости взрослого сельского населения Курмангазинского и Махамбетского районов Атырауской области в динамике за десятилетний период позволил выявить следующие закономерности:

- уровень первичной заболеваемости как в Курмангазинском, так и в Махамбетском районах находится на крайне низком уровне и составил в 2010 г. 314,88‰ (185,56‰ среди взрослого населения) 179,71‰ (99,71‰ среди взрослого населения) соответственно, что можно объяснить низкой доступностью квалифицированной медицинской помощи для сельских жителей, особенно отдаленных сельских населенных пунктов Курмангазинского района, в связи со сложными климатогеографическими особенностями региона;

- в сравнительном аспекте за весь изучаемый период в Курмангазинском районе отмечена повышенная заболеваемость населения по сравнению с Махамбетским районом;

- в структуре первичной заболеваемости как всего, так и взрослого населения, болезни органов дыхания стабильно находятся на первом ранговом месте в обоих районах, однако уровень их в Курмангазинском районе в 8,6 раза превышает таковой в Махамбетском районе;

- среди жителей изучаемых районов также широко распространены болезни крови и кроветворных органов, заболевания системы кровообращения, нервной системы, кожи и подкожной клетчатки;

- уровень инфекционных и паразитарных заболеваний снизился за исследуемый период практически в 2 раза с 12,6 на 1000 населения в 2000 г. до 5,06‰ – в 2010 г.;

- наиболее характерными для региона инфекционными заболеваниями являются острые кишечные инфекции (ОКИ), вирусный гепатит А и туберкулез органов дыхания; заболеваемость туберкулезом среди населения региона продолжает оставаться весь исследуемый период на высоком уровне, хотя в последние годы наметилась положительная динамика показателя во всех районах области;

- анализ динамики уровня социально-значимых заболеваний в регионе показал неоднозначность изменений в уровне и структуре заболеваемости новообразованиями в изучаемых районах, но в целом намечена тенденция к снижению показателя за весь период практически в 2 раза, что может свидетельствовать о низком уровне выявляемости среди сельского населения изучаемых районов данной социально-значимой патологии;

- болезни эндокринной системы, в частности сахарный диабет, ни в одном из представленных районов не входят в пятерку приоритетных классов заболеваний, что согласуется с результатами ранее проведенных исследований в радиоэкологически неблагоприятных регионах.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Часников И.Я., Гайтипов А.Ш., Поляков А.И. и др. Изучение накопления и распределения радиоактивных источников и радиационных нарушений в природных объектах и определения года их радиоактивного загрязнения //Радиоэкологическая обстановка на территории Казахстана. – Алматы: 1997. - Т 22. – С. 60-94.
- 2 Бекмагамбетова Ж.Д. Радиационно-экологические аспекты безопасности населения: Алматы: 2002. - 304 с.
- 3 Кожаметов Н. Б. Гигиеническая оценка загрязнения почвы радионуклидами, тяжелыми металлами и его влияние на здоровье населения региона ядерного полигона «АЗГЫР. – Алматы: 2007.- 21 с.

М.Н. ОМАРОВА, Л.Ж. ОРАҚБАЙ, Ж.С. ТОТАНОВ, Л.К. ЧЕРЕПАНОВА, Л.К. ГЛУБОКОВСКИХ

АТЫРАУ ОБЛЫСЫНЫҢ АУЫЛДЫҚ ХАЛЫҚТЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ӨЗГЕРІСТЕРІНІҢ ҮРДІСТІҢ ТАЛДАУЫ

Түйін: Бұл жұмыста Атырау облысының Махамбет және Курмангазы аудандарының ауылдық халықтың ауру-сырқауының он жыл ішіндегі ретроспективтік талдауы ұсынылған.

Түйінді сөздері: ауылдық халықы, денсаулық, ауру-сырқау.

M.N. OMAROVA, L.ZH. ORAKBAY, ZH.S. TOTANOV, L.Y. CHEREPANOVA, L.K. GLUBOKOVSKIИ

TREND ANALYSIS OF RURAL HEALTH ATYRAU REGION

Resume: This paper presents a retrospective analysis of the incidence of the rural population and Makhambet, Kurmangazy districts of Atyrau region in dynamics for ten years. One of the indicators of public health is morbidity. They are more subtly reflect the impact of various environmental factors on human health than mortality, can detect an adequate reaction of the organism to these harmful conditions, to assess regional peculiarities considering climatic, sanitary, environmental and other risk factors for disease in the population.

In order retrospective study of morbidity and rural population Makhambet Kurmangazy districts of Atyrau region were statistically processed and analyzed materials morbidity according to the statistical reporting the study area during the decade.

Keywords: rural population, health, morbidity

С.С. САГЕЕВ, А.А. СЕЙТБАЕВА

ГКП на ПХВ "Районная больница" с. Каргалы, Жамбылский район, Алматинская область

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРИОРИТЕТНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ МОДЕРНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

На основе комплексного изучения медико-демографической ситуации района определены тенденции состояния здоровья населения, а также проведена оценка состояния и деятельности сети лечебно-профилактических учреждений и обеспеченности населения медицинской помощью. Определены наиболее острые проблемы организации оказания медицинской помощи населению, а также состояния материально-технической базы учреждений здравоохранения и их кадрового обеспечения. С учетом результатов комплексного изучения медико-демографической ситуации и результатов социологического исследования разработаны приоритетные направления развития здравоохранения территории.

Ключевые слова: модернизация здравоохранения, сельская местность, показатели заболеваемости, качество медицинской помощи.

Социально-экономические реформы, проводимые в Казахстане на протяжении последних двух десятилетий, привели к значительным изменениям во всех отраслях народного хозяйства, в том числе в здравоохранении. Конституционные гарантии гражданам в получении бесплатной медицинской помощи сопровождаются недофинансированием отрасли здравоохранения государством. Сохраняются противоречия системы здравоохранения, государства и общества, в части взаимных ожиданий и обязательств [1].

Здоровье населения является стратегическим ресурсом, значительно влияющим на социально-экономическое состояние территории. Вместе с этим, состояние здравоохранения, являющегося одним из основных факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья населения, особенно сельского, характеризуется наличием фундаментальных проблем, требующих принятия принципиальных решений [2].

В структуре сельского населения существенно сокращается доля детского населения и лиц трудоспособного возраста, а доля лиц старше трудоспособного возраста увеличивается, что обуславливает сокращение экономически значимого контингента. Сохраняются высокие показатели смертности от болезней системы кровообращения, новообразований, отравлений и травм, обуславливающие значительные экономические потери в обществе [3].

В настоящее время сельское здравоохранение не может в полной мере обеспечить конституционные принципы бесплатности и общедоступности медицинской помощи и сдерживать процесс ухудшения состояния здоровья граждан, что требует поиска новых подходов к планированию и управлению деятельностью отрасли [4]. Вопросам развития здравоохранения и, в частности, его планирования всегда отводилась значительная роль, однако на современном этапе, когда резко возрастают требования к повышению эффективности использования имеющихся ресурсов здравоохранения, и меняется нормативная правовая база деятельности отрасли, необходимо совершенствовать процесс планирования развития системы здравоохранения [5].

Существующая система бюджетных учреждений в здравоохранении, в основном, была сформирована в иных социально-экономических условиях и до сих пор функционирует в отрыве от современных подходов к развитию государственного управления. В существующем правовом статусе у бюджетных

учреждений сельской местности отсутствуют стимулы к повышению эффективности деятельности, что обусловлено в первую очередь существующей системой финансирования отрасли.

Однако, изменение существующей системы здравоохранения, как в рамках страны в целом, так и на региональном уровне без научно обоснованных концептуальных подходов может привести к негативным последствиям - полной утрате управляемости отраслью, и, как следствие, ухудшению показателей здоровья населения.

Без преувеличения можно утверждать, что проблемы модернизации казахстанской системы здравоохранения стоят наиболее остро, поскольку являются следствием ее развития в сложных общественно-политических и социально-экономических условиях и лишь отчасти унаследованы от прошлой системы, а большей частью – впервые возникли в современной рыночной среде. Отечественное здравоохранение, пройдя через несколько этапов кризисов, десятилетиями финансируемое по остаточному принципу, не обладающее гибкой структурой управления и переживающее внутренний кризис, оказалось не в состоянии быстро, адекватно и эффективно реагировать на быстро меняющиеся потребности общества.

Крупнейшие организаторы здравоохранения отмечают, накопившимися проблемами в отрасли являются: отсутствие ясной и четкой стратегии развития, основанной на базовых ценностях нового общества; неразвитость рыночных механизмов, неэффективный менеджмент, техническая и технологическая отсталость, трудности с мониторингом и оценкой деятельности системы, органов и организаций здравоохранения, слабая информатизация и неразвитые коммуникационные сети, кадровая неуккомплектованность, незаинтересованность работников здравоохранения в результатах труда и др. Вышесказанное свидетельствует об особой актуальности научного обоснования методических подходов к определению приоритетных направлений развития здравоохранения территории и апробации их на практике.

Цель исследования. Обосновать методические подходы к определению приоритетных направлений модернизации здравоохранения сельской местности.

Материалы и методы исследования. В исследовании использовалась комплексная методика, включающая изучение и обобщение опыта, статистический,

аналитический, социологический, методы описания, экспертных оценок и сравнительного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение.

Проведенный анализ демографической ситуации в Жамбылском районе Алматинской области свидетельствовал о естественной убыли населения, показатели которой значительно превосходили областные (на 15,7%). Отмечалось существенное сокращение численности детского населения (от 0 до 14 лет), темпы убыли которого нарастали, составив в 2009 г. по сравнению с 2013 г. 12,1%, а доля лиц старше трудоспособного возраста в районе была выше, чем по области, почти на 4,0% (24,2% против 20,3%).

Анализ состояния здоровья населения свидетельствует о повышенных показателях смертности при новообразованиях на 17,5%, болезнях системы кровообращения - на 14,0%, травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействий внешних причин - на 24,7%. Выявлен рост общей и первичной заболеваемости по всем возрастным группам населения: уровень впервые регистрируемых заболеваний у детей повысился на 4,5%, у подростков - на 4,1%, у взрослых - на 3,8%, а также рост заболеваемости хроническим алкоголизмом, сифилисом, психическими расстройствами, туберкулезом, злокачественными новообразованиями.

Несмотря на уменьшение общей численности населения с 2009 по 2013 гг. на 8,4%, число госпитализированных в ЛПУ района увеличивалось на 16,4%. Из всех госпитализированных больных 18,8% лечение в стационаре не было показано с рекомендацией получения амбулаторно-поликлинической помощи по конкретному заболеванию, при этом оптимальными условиями для лечения необоснованно госпитализированных больных должны были явиться дневные стационары поликлиник. Лечиться в стационаре дневного пребывания могли 13,5% больных круглосуточного терапевтического стационара, треть больных хирургического отделения (39,1%), почти каждый четвертый (23,5%) из гинекологического отделения.

Данные свидетельствовали об избыточности назначаемых диагностических исследований при относительно правильном и адекватном лечении, что в свою очередь указывало на необходимость проведения анализа соответствия требований применяемых нормативов (стандартов, условий), как в отношении объемов диагностических обследований, так и в отношении сроков лечения, фактической ситуации, связанной, прежде всего, с состоянием здоровья обратившихся за медицинской помощью пациентов.

Темп роста обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической помощью за изучаемый период (17,8%) был в 1,5 раза ниже показателей по стационарной помощи (26,6%), что указывало на сохраняющиеся диспропорции в развитии внебольничной и стационарной помощи. При этом крайне слабо использовалась возможность развития стационарозамещающих форм оказания медицинской помощи: отмечалась низкая эффективность деятельности стационаров дневного пребывания (в больничных учреждениях) и практическое отсутствие дневных стационаров в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Проведенное социологическое исследование среди врачей и пациентов также позволило выявить ряд проблем, связанных с оснащенностью лечебно-профилактических учреждений современным медицинским оборудованием и лекарственными средствами; обеспечением бесплатными диагностическими мероприятиями и лечебными процедурами; развитием выездной помощи; совершенствованием кадровой политики и системы оплаты труда медицинских работников, повышением квалификации врачебного персонала и др.

Комплексный анализ сложившейся ситуации состояния здоровья населения района и деятельности системы здравоохранения территории с использованием метода оценки по отклонениям позволил определить наиболее приоритетные проблемы и разработать концепцию модернизации здравоохранения района, предусматривающую решение целого ряда задач в рамках краткосрочного и долгосрочного планирования. В качестве приоритетных направлений модернизации здравоохранения района на ближайшую перспективу были выделены такие как:

- разработка комплекса мероприятий по улучшению демографической ситуации в районе, увеличению трудоспособного контингента населения, сокращению трудопотерь за счет снижения заболеваемости и смертности;

- улучшение организации и качества оказания специализированной помощи, в том числе кардиологической, гастроэнтерологической;

- укрепление социально-значимых служб здравоохранения района: наркологической, инфекционной, психиатрической, дерматовенерологической, фтизиатрической, онкологической;

- реорганизация больничной и первичной медико-санитарной помощи с обеспечением оптимального и пропорционального их развития с учетом потребности населения района в специализированных видах медицинской помощи и общей врачебной практики на разных уровнях обслуживания;

- повышение оснащенности ЛПУ района современным медицинским оборудованием и лекарственными средствами;

- совершенствование кадровой политики, оптимизация обеспеченности ЛПУ медицинским персоналом, особенно среднего звена, повышение квалификации медицинских работников и др.

Основой конкурентноспособности казахстанского здравоохранения должны стать модернизация. Инновационному процессу в системе здравоохранения могут способствовать или препятствовать различные факторы (технико-экономические, юридические, организационно-управленческие, социально-психологические и пр.). Инновациям присущи такие основные характеристики, как: высокий риск и высокая степень неопределенности; гибкость форм; обострение противоречий и конфликтов; наличие побочного, неопределенного продукта (результата), удовлетворение новой потребности; переход на новый уровень развития системы.

Таким образом, модернизация здравоохранения должна осуществляться на основе комплексного анализа состояния здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений конкретной территории.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Эртель Л.А., Байрамукова Л.С. Модернизация реформ отечественной системы здравоохранения // Бизнес в законе, 2010. – № 4. – С. 182-185.
- 2 Бердникова Е.Ф. Модернизация здравоохранения и реализация инновационных решений (на примере стран Европы и России) // Вестник Казанского технологического университета, 2012. – Т. 15. – № 20. – С. 203-206.
- 3 Шоранов М.Е., Каптагаева А.К., Рахимова Л.Ж., Кайсаева А. Модернизация кадровых служб организаций здравоохранения - основа эффективной системы управления персоналом // Денсаулық сақтауды дамыту, 2012. – № 3 (64). – С. 69-72.
- 4 Гареева И.А. Модернизация системы здравоохранения и дифференция доступности к медицинским услугам // Ученые заметки ТОГУ, 2013. – Т. 4. – № 4. – С. 699-705.
- 5 Савкова В.М., Сулейманов С.Ш. Модернизация здравоохранения: положительные и отрицательные стороны // Здравоохранение Дальнего Востока, 2011. – № 2 (48). – С. 4-8.

С.С. САГЕЕВ, А.А. СЕЙТБАЕВА

АУЫЛДЫҚ ЖЕРДЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ ЖАҢҒЫРТУЫН БАСЫМ БАҒЫТТАРДЫҢ ҰЙҒАРЫМЫ

Түйін: Кешенді зерттеуді негізде медицина - халық денсаулықтың ахуалын анықталынған үрдісті аудан демографиялық жағдай, ал да ахуалдың өткізілген бағалауы және мекеме желінің белсенділігі емдік-алдын алу және медициналық жәрдем халықтың қамсыздандырылуы Халыққа анықталынған медициналық жәрдемді көрсетудің ұйымын ең өткір сұрақтар, ал да денсаулық сақтаудың мекемелерін материалдық-техникалық базаның ахуалы және олардыңның кадрлық қамтамасыз етуі Кешенді зерттеудің нәтижелерін есептеумен медицина - демографиялық жағдай және аумақтың денсаулық сақтауын даму социологиялық зерттеудің нәтижелерінің өңделген басым бағыттары.

Түйінді сөздер: денсаулық сақтаудың жаңғыртуы, ауылдық жер, аурушаңдықтың көрсеткіштері, медициналық көмектің сапас.

S.S. SAGEEV, A.A. SEYTBAYEVA

DEFINITION OF THE PRIORITY DIRECTIONS OF MODERNIZATION OF HEALTH CARE IN RURAL AREAS

Resume: On the basis of complex studying of a medico-demographic situation of the area tendencies of a state of health of the population are defined, and also the assessment of a state and activity of a network of treatment-and-prophylactic establishments and security of the population with medical care is carried out. The most burning issues of the organization of rendering medical care to the population, and also conditions of material base of healthcare institutions and their staffing are defined. Taking into account results of complex studying of a medico-demographic situation and results of sociological research the priority directions of development of health care of the territory are developed.

Keywords: health care modernization, rural areas, incidence indicators, quality of medical care.

УДК 316.58.61

**Б.С. ТУРДАЛИЕВА, У.А. АЛТЫНБЕКОВА,
Г.Е. АИМБЕТОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, З.Р. САГЫНДЫКОВА, В.Ю. БАЙСУГУРОВА, Н.А. МЕНДАЛИЕВ**
*КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра политика и управление здравоохранением*

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ОЦЕНКИ СПРАВЕДЛИВОСТИ, РАВЕНСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОБЛАСТИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Качественное медицинское обслуживание и справедливость — главные критерии эффективной системы национального здравоохранения. Право на охрану здоровья признается в числе основных прав человека. Одним из современных критериев оценки благополучия общества (или государства) является то, что в состоянии ли оно и каким образом обеспечивает охрану здоровья своим гражданам. Принцип справедливости в здравоохранении сегодня, с одной стороны, непосредственно связан с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения, и, с другой стороны, является основанием оценки достигнутого уровня социальной защиты человека в данном обществе в области здравоохранения.

Ключевые слова: *качество и доступность медицинской помощи, принцип справедливости и равенство.*

Качественное медицинское обслуживание и справедливость — главные критерии эффективной системы национального здравоохранения. Право на охрану здоровья признается в числе основных прав человека.

На современном этапе реформирования здравоохранения Республики Казахстан основной целью государственной политики является улучшение состояния здоровья населения, в том числе и на основе обеспечения качества и доступности медицинской помощи.

В системе здравоохранения Казахстана осуществляются серьезные количественные и качественные преобразования. При реформировании здравоохранения требуется четкая система отслеживания происходящих изменений в отрасли с учетом политических, социально-экономических, психологических и других значимых факторов.[1]

В развитых странах сложились различные модели здравоохранения, сущность которых зависит от исторических, культурных и национальных традиций, а также состояния экономики. Но в основе любой модели лежит отношение к существующим в обществе базовым ценностям, таким как равенство и справедливость.

Справедливость — понятие о должном, содержащее в себе требование соответствия деяния и воздаяния: в частности, соответствия прав и обязанностей, труда и вознаграждения, заслуг и их признания, преступления и наказания, соответствия роли различных социальных слоев, групп и индивидов в жизни общества и их социального положения в нём; в экономической науке — требование равенства граждан в распределении ограниченного ресурса. Отсутствие должного соответствия между этими сущностями оценивается как несправедливость.

Справедливость является важнейшей категорией социально-философской мысли, морального, правового и политического сознания. Многократно обращались к проблеме справедливости такие мыслители, как Г. Спенсер, Дж. Локк. В философии Древнего Востока и Древней Греции справедливость рассматривалась как внутренний принцип существования природы, как физический, космический порядок, отразившийся в социальном порядке.

Понятие «социальная справедливость» предполагает относительно равномерное распределение всех или некоторых жизненно важных благ в обществе. Существует несколько подходов к понятию «справедливость»: либертарианский и эгалитарийский. Либертарианский предполагает наличие частного сектора здравоохранения, ограниченное вмешательство государства обеспечением малоимущих членов общества минимальным стандартом медицинской помощи, базовый уровень лечения, перераспределение доходов от обеспеченных к бедным гражданам в форме бесплатной или субсидированной медицинской помощи. А эгалитарийский — распределение благ в соответствии с потребностью в них, государственный сектор здравоохранения, концепцию «вертикального равенства» (равное лечение при одинаковой потребности в нем) и «горизонтального равенства» (равенство доступа к медицинской помощи).

Во многих странах не подразделяют виды медицинской помощи на платные и бесплатные, что фактически подразумевается в программе государственных гарантий и в других документах, а само население делят по видам занятий (как в Великобритании или Австрии), или по связанным с ними финансовым возможностям (в Нидерландах). В Великобритании ведется тщательный учет населения по шести группам занятий, начиная от занятых неквалифицированным трудом до управленцев высокого класса. У каждой группы свой уровень и структура заболеваемости и смертности, а значит, им требуются разные объемы медицинской помощи.

В развитых странах считается бесспорным, что ресурсы здравоохранения должны распределяться справедливо. При этом можно выделить два подхода к справедливости: во-первых, справедливости возможно иметь доступ и использовать ресурсы здравоохранения и, во-вторых, финансовая справедливость, оцениваемая как бремя финансовых взносов, получаемых системой здравоохранения от различных социально-экономических групп населения. Например, может быть признан справедливым неравный доступ к медицинским услугам: те группы населения, у которых вероятность наступления болезни выше, должны иметь более широкий доступ к медицинским услугам.[2]

Известный американский политический философ Джон Роулз[3] в своей основополагающей работе «Теория справедливости» формулирует два основных принципа справедливости:

1- каждый человек должен иметь равные права в отношении наиболее широкого спектра основных свобод, совместимого с подобными свободами для других.

2- социальные и экономические различия должны быть устроены так, чтобы:

а- наибольшие преимущества от них получали бы наименее привилегированные члены общества в соответствии с принципом ответственности перед будущими поколениями (just saving sprinciple) и принципом справедливого неравенства (the difference principle)

б- доступ к рабочим местам и государственным должностям должен быть открыт для всех на основе равенства возможностей.

Идея справедливости во всех перечисленных смыслах имеет непреходящее значение для медицинской практики. С одной стороны, она непосредственно связана с системой государственно-правовых гарантий в области охраны здоровья граждан, с идеей права человека на жизнь, а с другой - является основанием нравственной культуры врача, милосердия и гуманного отношения к больному, независимо от его

экономического положения и социального статуса. Вопрос о том, как должна быть организована охрана здоровья граждан в стране, относится не только к компетенции медицинского сообщества. Решение этого вопроса связано с рядом объективных факторов, определяющих в значительной степени и позицию самого медицинского сообщества. К ним относятся и государственная политика, и исторические особенности, морально-мировоззренческие традиции общества или страны, уровень ее экономического развития и т.п.

В современной культуре сосуществуют такие формы организации медицинской помощи, как платная (частная) медицина, добровольное (частное, коммерческое) медицинское страхование, обязательное (всеобщее) медицинское страхование и национально-государственная система здравоохранения. Одним из современных критериев оценки благополучия общества (или государства) является то, в состоянии ли оно и каким образом обеспечивает охрану здоровья своим гражданам. Принцип справедливости в здравоохранении сегодня, с одной стороны, непосредственно связан с правом человека на охрану здоровья в рамках социального института здравоохранения, и, с другой стороны, является основанием оценки достигнутого уровня социальной защиты человека в данном обществе в области здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Асатова А.Б. Теоретико-методологические и организационные основы системы мониторинга и оценки деятельности системы, органов и организаций здравоохранения: дисс. ... д-р. мед. - 2009.
- 2 Кундакян Р. М. Институциональные проблемы развития отраслей социальной сферы (на примере здравоохранения).
- 3 Джон Роулз. Теория справедливости.

**Б.С. ТУРДАЛИЕВА, У.А. АЛТЫНБЕКОВА,
Г.Е. АИМБЕТОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, З.Р. САГЫНДЫКОВА, В.Ю. БАЙСУГУРОВА, Н.А. МЕНДАЛИЕВ**
С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚТА ӨДІЛДІКТІ БАҒАЛАУДЫҢ ЗАМАНАУИ ҰСТАНЫМДАРЫ, ТЕҢГЕРІМДІЛІК ЖӘНЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТІҢ ҚОЛЖЕТІМДІЛІГІ.

Түйін: Сапалы медициналық қызмет ету және өділдік - ұлттық денсаулық сақтаудың тиімді жүйесінің басты өлшемдері. Денсаулықты сақтау хұқығы адамның негізгі хұқығы болып табылады. Қоғамның игілігін (немесе мемлекеттің) бағалаудың негізгі өлшемі мемлекеттегі азаматтарына қалай денсаулық сақтай алатынына байланысты. Бүгінгі денсаулық сақтаудағы өділдік, денсаулық сақтау өлеуметтік институтының және адамның өлеуметтік сақтануымен адамның хұқығымен тығыз қатынаста.

Түйінді сөздер: сапа және медициналық көмектің қолжетімділігі, өділдік және теңгеру ұстанымдары.

**B.S. TURDALIYEVA, Y.A. ALTYNBEKOVA, G.E. AIMBETOVA, Z.R. SAGYNDYKOVA, V. BAI SUGUROVA,
A.A. TANIRBERGENOVA, N.A. MENDALIYEV**

*Asfendiyarov Kazakh National medical university
Healthcare policy and management department*

MODERN PRINCIPLES OF ASSESSMENT OF FAIRNESS, EQUITY AND ACCESS TO HEALTH CARE IN THE FIELD OF HEALTH AND HEALTH CARE

Resume: Quality health care and justice - the main criteria for an effective system of national health care . The right to health is recognized in a number of basic human rights. One of the criteria for assessing the well-being of modern society (or the state) is that it is able to provide , and how health care to their citizens . Equity in health care today, on the one hand, is directly related to the human right to health care under the Social Institute of Health and on the other hand, is the basis of assessment of the level of social protection of people in a given society in the field of health care.

Keywords: quality and availability of health care, the principle of fairness and equality.

УДК 332: 631.1: 338.43

С.А. МАМЫРБЕКОВА, К.К. КУРАКБАЕВ, Н.А.ТАЛКИМБАЕВА

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова

АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНЕДРЕНИЯ СКПН С УЧЕТОМ ДИНАМИКИ ОЦЕНОЧНЫХ ИНДИКАТОРОВ
секция 2

Данная статья посвящена проблеме оценки экономической эффективности системы здравоохранения разных уровней которые отражает результаты работы на уровне учреждений и отдельных регионов посредством расчета количественных показателей, характеризующих эффективность медицинской помощи и анализ затрат по их достижению.

Ключевые слова: стимулирующий компонент подушевого норматива, экономическая эффективность, оценочные индикаторы.

Одной из основополагающих целей внедрения системы стимулирующего компонента подушевого норматива определено снижение расходов по приоритетным направлениям системы здравоохранения и его влияние на развитие общества: на сохранение и улучшение здоровья населения, повышение производительности труда, предотвращении расходов на здравоохранение и социальное обеспечение, увеличение прироста национального дохода.

В рамках данного исследования проведен анализ экономической эффективности внедрения СКПН – соотношение полученных результатов по оценочным индикаторам развития организаций здравоохранения первичного звена (10 индикаторов) и произведенным затратам. Данный показатель определен как необходимый индикатор оценки функционирования системы здравоохранения в целом, и в частности влияния стимулирующего компонента подушевого норматива на здравоохранение. Проведение указанного анализа позволит рассчитать экономическую выгоду, полученную в результате внедрения СКПН и затрат на эти мероприятия, а также оценить экономический ущерб в связи с потерей здоровья населения.

Нами был проведен расчет экономической эффективности от внедрения СКПН с учетом динамики оценочных индикаторов, определенные приказом Министра здравоохранения №801 от 26 ноября 2009 года. Данные по индикаторам СКПН были сформированы на основании сводных таблиц портала «СКПН», представленных по запросу Управлениями здравоохранения с I квартала 2011 по III квартал 2012 годы (1,5 года).

Для расчета были определены 5 индикатора, на основании которых возможно оценить экономическую эффективность за небольшой срок изучаемого периода:

«Беременность женщин с экстраренетальной патологией», «Запущенные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации», «Запущенные случаи туберкулеза легких», «Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару» и «Уровень госпитализации с осложнениями сердечно – сосудистой системы».

Индикатор «Беременность женщин с экстраренетальной патологией».

Исследуемыми параметрами (переменные) определены следующие: сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации в стационар беременных женщин фертильного возраста с экстраренетальной патологией (даже - ЖФВ с ЭГП) и количество случаев госпитализированный беременных ЖФВ с ЭГП.

Данный индикатор рассчитывается как соотношение количества случаев госпитализированных беременных ЖФВ с ЭКП к количеству случаев госпитализированных беременных среди прикрепленного населения. Пороговым значением определено снижение показателя на 5% по сравнению с предыдущим периодом.

Экономическая эффективность данного показателя учитывалось в динамике оценочных индикаторов кварталы в период с I квартала 2011 по III квартал 2012 года. Расчет проводился следующим образом: сумма средств, затраченная на госпитализацию беременных ЖФВ с ЭГП (по перечню заболеваний МКБ – 10, приложение 1 - А) по отношению к общей сумме средств затраченных госпитализацию беременных женщин по различным причинам.

Анализ данного индикатора по количеству госпитализации беременных ЖФВ с ЭГП представлен в таблице 1.

Таблица 1 - Анализ индикатора по количеству госпитализации беременных ЖФВ с ЭГП

Период	Кол-во случаев	Всего госпитализир. беременных	% беременных ЖФВ с ЭГП от всего госпитализир. беременных
I квартал 2011	51 857	128 309	40,42
II квартал 2011	51 857	128 309	40,42
III квартал 2011	55 879	148 915	37,52
IV квартал 2011	41 193	110 475	37,29
I квартал 2012	51 483	149 415	34,46
II квартал 2012	55 033	150 182	36,64
III квартал 2012	57 142	152 371	37,50
Среднее значение	52 063	138 282	37,65

Как показано в таблице 1 удельный вес случаев госпитализации беременных ЖФВ с ЭГП за четыре квартала 2011 года снизился, и в последующие два квартала наблюдается увеличение данного значения. Если в течение 2011 года наблюдается снижение показателя в конце изучаемого периода по сравнению с началом года на 3%, то в период с I по III квартал 2012 года данный показатель увеличился на 2%. Аналогичная картина и в количественном показателе случаев госпитализированных беременных ЖФВ с ЭГП.

Для расчета экономической эффективности стоимость лечения в стационаре по анализируемым нозологиям МКБ-10 (утвержденный нормативными актами министерством здравоохранения РК) был рассчитан средний показатель пребывания в стационаре на лечение, который на конец 2012 года составил 179 748 тенге. При этом средний показатель стоимости лечения в стационаре беременных женщин по разным причинам составил 97 623 тенге. Таким образом, пребывание в стационаре беременных ЖФВ с ЭГП на 81 125 тенге превалирует средний показатель пребывания в стационаре беременных женщин.

Так, на лечение в стационаре беременных ЖФВ с ЭГП в I и II кварталах 2011 года было затрачено (lit) около 9 321 192 036 тенге, что составляет 55,5% всей затраченной суммы на лечение. В III квартале 2011 года данный показатель (lit) составляет 10 044 138 492 тенге и в IV квартале 2011 года 7 404 329 364 тенге (53% и 52,2% соответственно). В трех кварталах 2012 года аналогичная картина: I квартал – 17 603 081 136 тенге (64,8%), II квартал – 9 892 071 684 тенге (52%) и III квартал – 10 319 692 176 тенге (53%). Следовательно, более 50% всех затраченных средств на госпитализацию беременных приходится на случаи с экстраренетальной патологией.

Ожидаемо, что снижение ежеквартально показателя индикатора на 5% порогового значения (что от среднего числа случаев составляет 2 603 случаев) позволит сэкономить 467 911 006,2 тенге.

Таким образом, эффективная профилактическая и скрининговая работа участковых служб ПМСП - взятие на диспансерный учет женщин при сроке беременности до 12 недель, соблюдение принципа регионализации –

позволит снизить количество случаев госпитализации беременных ЖФВ с ЭГП и следовательно сократить количество затрат на их пребывание в стационаре.

Индикатор «Запущенные случаи злокачественного новообразования визуальной локализации».

Исследуемыми параметрами (переменные) определены следующие: сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации в стационар созлокачественными новообразования 3-4 стадией и количество впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии.

Данный индикатор рассчитывается как соотношение впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии среди прикрепленного населения к количеству всех впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации среди прикрепленного населения. Пороговым значение определено снижение показателя на 5% по сравнению с предыдущим периодом.

Спад показателя данного индикатора свидетельствует об эффективности раннего выявления (1-2 стадия) случаев злокачественного новообразования визуальной локализации способствующего снижению госпитализации данных случаев на более поздней стадии (3-4). Таким образом, можно свидетельствовать, что каждый случай выявленный на 3-4 стадии - это не выявленный больной на 1-2 стадии, своевременно не охваченный диспансерным наблюдением. Следовательно, медико – экономическую эффективность данного индикатора заключается в снижении количества выявленных пациентов на 3-4 стадии путем их выявления на 1-2 стадии и проведении эффективных лечебных и профилактических мероприятий.

Экономической эффективности данного индикатора рассчитана как разница суммы средств затраченных на лечение ЗНЛВ в 3-4 стадии в стационаре и средств на лечение 1-2 стадии по отношению к количеству впервые выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации 3-4 стадии.

Анализ данного индикатора по количеству случаев выявленных впервые ЗНЛВ показан в таблице 2.

Таблица 2 – Динамика выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации (по индикаторам СКПН)

Период	Впервые выявленные случаи ЗНЛВ 3-4 стадии среди прикрепленного населения	Количество всех впервые выявленных случаев ЗНЛВ среди прикрепленного населения	%
I квартал 2011	500	2216	22,56
II квартал 2011	500	2216	22,56
III квартал 2011	204	1113	22,7
IV квартал 2011	300	1456	20,6
I квартал 2012	232	1013	22,9
II квартал 2012	353	1813	19,47
III квартал 2012	350	1849	18,9
Средний показатель	348	1668	20,86

Средняя стоимость лечения в стационаре по анализируемым нозологиям МКБ -10 (Международной квалификации топографии и морфологии опухолей) на ранних стадиях выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации на конец 2012 года составила 98 601 тенге. Расчет средней суммы

проводился по клиничко – затратным группам злокачественных новообразований (приказ и.о.министра здравоохранения РК №11 от 8.01.2013 года) согласно перечню определенных заболеваний, учитываемых СКПН. На поздних стадиях выявленных случаев злокачественного новообразования визуальной

локализации стоимость лечения в стационаре составляет 163 274 тенге. Таким образом, каждый больной с ЗНВЛ 3-4 стадии в среднем получает лечение на 64 673 тенге дороже ранней стадии лечения.

Так, на лечение в стационаре случаев запущенной стадии ЗНВЛ в I и II кварталах 2011 года было затрачено (lit) около 81 637 000 тенге, что составляет 32,5% всей затраченной суммы на лечение. В III квартале 2011 года данный показатель (lit) составляет 33 307 896 тенге и в IV квартале 2011 года 48 982 200 тенге (27% и 30% соответственно). В трех кварталах 2012 года аналогичная картина: I квартал – 37 879 568 тенге (32,9%), II квартал – 57 635 722 тенге (28,59%) и III квартал – 10 319 692 176 тенге (30,5%). Таким образом, от 26-32% всех затраченных средств приходится на лечение злокачественного новообразования визуальной локализации в стационаре.

В среднем в месяц на злокачественные новообразования визуальной локализации расходуются 186 972 672 тенге. Выявление аналогичного количества случаев злокачественного новообразования визуальной локализации на ранних стадиях (2 439) позволит сэкономить около 157 737 447 тенге за изучаемый период, в квартал сумма составляет 22 506 204 тенге. Таким образом, удельный вес экономии средств в квартал составляет 14-15% от общей суммы и за полтора года - около 9-10%.

Так, даже при установленном ежеквартальном пороговом значении показателя – снижение значения на 5% - экономия средств в среднем составляет 1 125 310,2 тенге.

Немаловажным при расчете экономической эффективности является % впервые зарегистрированных случаев злокачественного новообразования визуальной локализации подлежащих стационарному лечению. Средний показатель госпитализации больных онкологией составляет около 83%. Таким образом, если учитывать данный критерий экономическая эффективность возрастает на 15-16% и составляет около 44 650 тыс. тенге

С учетом финансовых средств, выделенных на стимулирование результатов деятельности по данному индикатору, экономическая эффективность в квартал составляет около 22 000 тыс.тенге (на СКПН по данному индикатору затрачивается около 2-3% от всей суммы затраченных средств на лечение).

Следовательно, ранее выявление случаев злокачественного новообразования визуальной локализации свидетельствует об их экономической

эффективности для здравоохранения. Эффективная работа специалистов участковых служб ПМСП по раннему выявлению в связи с ежегодным высоким показателем онкологических заболеваний в стране определена актуальной на сегодняшний день. Проведение мероприятий по своевременному охвату диспансерным наблюдением больных с злокачественными заболеваниями и своевременным направлением на оздоровление больных с предопухолевыми заболеваниями, а эффективные лечебные мероприятия позволят снизить количество случаев злокачественного новообразования визуальной локализации. Таким образом, снижение показателя по данному индикатору и стимулирование специалистов ПМСП позволит в значительной степени не только повысить медицинскую эффективность, но и сэкономить финансовые средства, выделяемые на лечение указанной нозологии в системе здравоохранения.

Индикатор «Запущенные случаи туберкулеза легких».

Исследуемыми параметрами (переменные) определены следующие: сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации в стационар с запущенными случаями туберкулеза легких и количество несвоевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных туберкулезом легких среди прикрепленного населения.

Осложненными случаями туберкулеза считаются впервые выявленных больных туберкулезом со следующими клиническими формами:

- 1- подострый и хронический диссеминированный туберкулез (берется из заключительного клинического диагноза карты ТБ01 – коды 07,08,09,10);
- 2- казеозная пневмония (берется из заключительного клинического диагноза карты ТБ01 – коды 15, 16);
- 3- фиброзно-кавернозный туберкулез (берется из заключительного клинического диагноза карты ТБ01 – коды 21, 22);
- 4- деструктивные изменения в легких или бактериовыделение

Данный индикатор рассчитывается как соотношение количества несвоевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных туберкулезом легких среди прикрепленного населения к количеству впервые выявленных случаев туберкулеза легких среди прикрепленного населения. Пороговым значением определено снижение показателя на 5% по сравнению с предыдущим периодом.

Анализ эффективности реализации индикатора показан в таблице 3.

Таблица 3 – Анализ эффективности индикатора «Запущенные случаи туберкулеза легких» за период с I квартала 2011 по III квартал 2012 годы по РК.

Период	Кол-во несвоевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных среди прикрепленного населения	Кол-во впервые выявленных случаев туберкулеза легких среди прикрепленного населения	%
I квартал 2011	1046	3066	34,1
II квартал 2011	1046	3066	34,1
III квартал 2011	772	2183	35,4
IV квартал 2011	741	2199	33,7
I квартал 2012	804	2227	36,1
II квартал 2012	868	2464	35,2
III квартал 2012	743	2125	30,6
Средний показатель	860	2513	34,2

Как видно на представленной таблице 3 в III и IV кварталах 2011 года наблюдается снижение количества несвоевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных среди прикрепленного населения на 2-3% и постепенное увеличение показателя в I и II кварталах 2012 года на 3-4%.

Все выявленные случаи туберкулеза легких среди прикрепленного населения подлежат лечению в стационаре. Следовательно, для расчета экономической эффективности нами были определены следующие показатели: средняя сумма за лечение всех форм туберкулеза в стационаре по определенным нозологиям в методологии СКПН (МКБ – 10) (Приложение 1 – С) и средняя сумма за лечение всех запущенных форм туберкулеза легких. Так, средний показатель за лечение в стационаре составляет 78 497,8 тенге, тогда как лечение запущенных форм – 167 543 тенге.

Анализ показал, что за I и II квартал 2011 года сумма затраченных средств на лечение в стационаре (lit) составляет в среднем 333 721 394 тенге, при этом на запущенные формы туберкулеза легких затрачено 52,5% всех средств – 175 155 838 тенге. Аналогичная картина и в III и IV кварталах 2011 года – 129 343 196 тенге (53,9%) и 124 149 363 тенге (52%) соответственно. За 2012 год картина такова: I квартал – 134 704 572 тенге (54,7%), II квартал – 145 427 324 тенге (53,7%) и III квартал – 124 484 449 тенге (53,4%).

Согласно установленному порогу данного индикатора (снижение на 5%) ежеквартально достижение которого позволит сэкономить 7 204 349 тенге (43 случая от среднего показателя количества несвоевременно диагностированных форм туберкулеза легких у впервые выявленных больных среди прикрепленного населения), в год данный показатель составит около 20 000 тыс.тенге (с учетом постепенного снижения данного индикатора на 5% в квартал).

Таким образом, реализация всех лечебных и профилактических мероприятий на уровне ПМСП - объемлющий охват населения профилактической флюорографией среди обязательного контингента, выявляемость больных туберкулезом среди обследованных лиц методом флюорографии, проведение оздоровленных мероприятий из числа выявленных при целевых профилактических медицинских осмотров, выполнение диагностического алгоритма у лиц с подозрением на туберкулез, госпитализация бацилловыделителей – позволит в

значительной степени сэкономить финансовые средства для системы здравоохранения.

Индикатор «Уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару».

Исследуемыми параметрами (переменные) определены следующие: сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации в круглосуточный стационар и количество случаев госпитализации в круглосуточный стационар, дневной стационар и стационар на дому.

Данный показатель в перечень оценочных индикаторов СКПН внесен с 2011 года и направлен на снижение количества случаев госпитализации в круглосуточный стационар, в т.ч. дневной стационар и стационар на дому. Высокий показатель данного индикатора свидетельствует о качественной работе специалистов ПМСП, способствующей улучшению оказываемой медицинской помощи населению, и как следствие улучшению их здоровья.

Так, за год количество случаев снизилось на 6,5% (39 127), при этом наблюдается в II квартале 2012 года рост показателя по сравнению с предыдущим и последующим кварталом на 2 - 2,5%.

На основании показателей динамики снижения количества случаев госпитализации в круглосуточный стационар и средней стоимости полеченного случая в круглосуточном стационаре нами была рассчитана экономическая эффективность для системы здравоохранения от указанного индикатора.

Согласно данным Министерства здравоохранения (выступление Министра здравоохранения РК) средняя стоимость пролеченного случая в круглосуточном стационаре на конец года составляет 87 082 тенге.

Расчет проводился по отношению к предыдущему кварталу. Проведенные расчеты свидетельствуют о наличии экономии средств во всех кварталах, за исключением II квартала 2012 года. Так, экономия средств по индикатору в IV квартале 2011 года составила 1 133 089 032 тенге (Рисунок 1). За I квартал данный показатель почти в 2 раза выше и составляет 2 234 058 740 тенге. Во II квартале 2012 года в связи с наблюдением роста количества случаев госпитализации по сравнению с предыдущим (I квартал 2012 года) экономией финансовых средств не наблюдается. Тем не менее, относительно IV квартала 2011 года данный показатель позволил сэкономить 1 178 829 034 тенге. За счет снижения госпитализации в круглосуточный стационар в III квартале 2012 года экономия составила около 1 021 091 808 тенге.

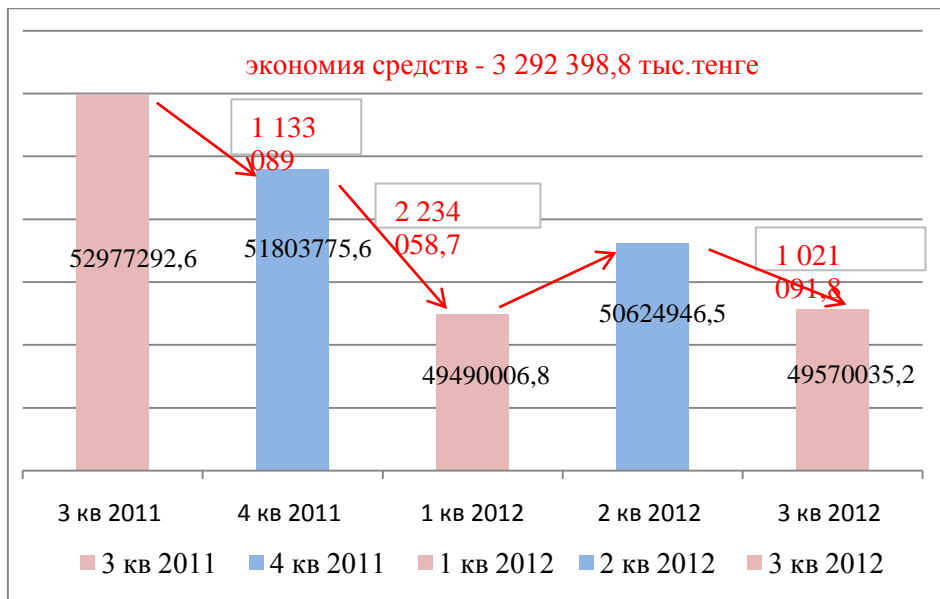


Рисунок 1 – Средства, затраченные на госпитализацию в круглосуточный стационар

Среднее значение экономии средств в квартал составляет 1 097 466 291,3 тенге. С вычетом средств, выделенных на стимулирование работников можно предположить, что чистая экономия в среднем в квартал составляет 1 096 678 463 тенге, при вычете среднего показателя выделенной суммы СКПН в регионы по снижению измеряемому показателю (227 414 378,03 тенге).

Согласно установленному порогу достижения данного индикатора ежеквартально(5%) позволит сэкономить 2 544 660 567 тенге (при среднем значении 29 221 случаев госпитализации).

Таким образом, внедрение системы СКПН в медицинские организации, способствующей проведению активной работы снижению количества случаев госпитализации в круглосуточный стационар. Несмотря на тот факт, что показатель дневного стационара и стационара на дому пропорционально зависит от роста общего количества случаев госпитализации, и уровень госпитализации в дневной стационар и стационар на дому по отношению к круглосуточному стационару также возрастает, влияние СКПН однозначно на снижение данного показателя.

Индикатор «Уровень госпитализации с осложнениями сердечно – сосудистой системы».

Для проведения данного анализ нами учитывались заболевания с кодами по артериальной гипертензии и стенокардии, контролируемые на уровне организаций ПМС.

Исследуемыми параметрами (переменные) определены следующие: количества заболеваний с кодами по артериальной гипертензии и стенокардии, контролируемые на уровне организаций ПМС. Сумма средств, сэкономленная в случае снижения госпитализации с заболеваниями сердечно – сосудистой системы.

Средняя стоимость в круглосуточном стационаре по анализируемым нозологиям МКБ -10 на конец 2012 года составила 137 038 тенге.

Так, например в IV квартале 2011 года показатель госпитализации с осложнениями сердечно – сосудистой системы, снизился на 3 901 случай, что составило в экономии 534 852 238 тенге. В то время как увеличение в I квартале 2012 года количества случаев на 27% способствовало привлечению значительных затрат на госпитализацию – около 1 977 184 264 тенге. В III квартале 2012 года количества случаев снизилось на 18% по сравнению с II кварталом, и составило экономию 1 140 430 236 тенге.

Несмотря на снижение показателя госпитализации в течение 2012 года по сравнению с 2011 годом наблюдается увеличение количества случаев на 8-12%. Однако во втором квартале увеличился показатель госпитализации в дневной стационар и стационар на дому на 1223 случаев, и 905 случаев переместились в дневной стационар и стационар на дому (по сравнению с I кварталом 2012 года). В данном случае на лечение в дневном стационаре и стационаре на дому составили 9 760 166,33 тенге.

Таким образом, при снижении данного показателя в квартал даже в среднем на 2-4% (800-1500 случаев) позволит в год сэкономить от 109 630 400 до 205 557 000 тенге. Экономическая эффективность от выделения средств на СКПН, способствующих достижению высоких результатов по данному индикатору, превалирует в несколько раз.

Таким образом, проведенный объем исследования позволяет свидетельствовать об эффективности внедрения системы СКПН – сокращение расходов на затраты лечения путем снижения показателей целевых индикаторов (промежуточных целевых индикаторов). Результативная работа участковых служб ПМСП позволит в значительной степени сократить расходы на лечение в стационаре и как следствие отразиться на всей системе финансирования здравоохранения.

С.А. МАМЫРБЕКОВА, Қ.Қ. ҚҰРАҚБАЕВ, Н.А.ТАЛКИМБАЕВА
ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

**БАҒАЛАУ ИНДИКАТОРЛАРЫН ЕСКЕРЕ ЖАН БАСЫЛЫҚ НОРМАТИВТІҢ ЫНТАЛАНДЫРУШЫ
КОМПОНЕНТІН ЕНГІЗУДІҢ ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІГІН ТАЛДАУ**

Түйін: Бұл мақала медициналық көмек тиімділігін және оған жетудегі шығын талдауларын сипаттайтын, сандық көрсеткіштер арқылы жеке аймақтар мен әр түрлі деңгейдегі мекемелердің жұмыс нәтижелерін көрсететін, денсаулық сақтау жүйесінің әр түрлі деңгейлі ұйымдарының экономикалық тиімділігін бағалау мәселесіне арналған.

Түйінді сөздер: жан басылық нормативтің ынталандырушы компоненті, экономикалық тиімділік, бағалау индикаторлары.

S.A.MAMYRBEKOVA, K.K.KURAKBAEV, N.A.TALKIMBAEVA
Kazakh School of Public Health
Asfendiyarova Kazakh National Medical University

**ANALYSIS OF THE ECONOMIC EFFICIENCY OF STIMULATING COMPONENT CAPITATION BASED ON THE DYNAMICS OF
EVALUATION INDICATORS**

Resume: This article is devoted to the assessment of the economic efficiency of the health system at various levels which reflects the results of the work at the institutional and individual regions by calculating the quantitative indicators characterizing the efficiency of care and cost analysis to achieve them.

Keywords: stimulating component capitation, cost-effectiveness, assessment indicators.

УДК 521.08:615.378

А.Н. НУРБАКЫТА, О.Д. ДЖУМАГАЗИЕВА

*Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова
Высшая школа общественного здравоохранения*

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ОХРАНЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ГРАЖДАН

Одними из основных принципов государственной политики Республики Казахстан в области здравоохранения являются охрана материнства и детства, приоритетность профилактической направленности в деятельности медицинских организаций.

Ключевые слова: репродуктивное здоровье, охрана материнства и детства, профилактика

Конституцией Республики Казахстан закреплено право на охрану здоровья.

Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» государство гарантирует гражданам Республики Казахстан предоставление гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утверждаемого Правительством РК. Также женщина имеет право на охрану материнства путем проведения медицинских осмотров в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, динамического наблюдения и оздоровления женщин репродуктивного возраста [1].

Одними из основных принципов государственной политики Республики Казахстан в области здравоохранения являются охрана материнства и детства, приоритетность профилактической направленности в деятельности медицинских организаций. Реализация конституционного права гарантировано постановлениями Правительства Республики Казахстан от 29 января 1999 г. № 70, от 27 января 2000 г. № 135, от 21 декабря 2004 г. № 1348, где регламентированы виды, объемы и условия оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), предоставляемой гражданам Республики Казахстан и оралманам за счет средств государственного бюджета.

При проведении диагностических исследований и лечения в рамках гарантированного государством пакета медицинских услуг пациенты должны бесплатно обеспечиваться необходимыми лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения.

В соответствии с Кодексом РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» проводится профилактика

железодефицитных состояний. При этом ответственность за обеспечение и соблюдение требований к производству, ввозу и вывозу обогащенных железом пищевых продуктов возлагается как на государственные органы, так и на физические и юридические лица, имеющие отношение к обороту данных продуктов в РК. Государство гарантирует профилактическое обеспечение железосодержащими препаратами целевых групп населения, а также доступность получения медицинской помощи лицам, страдающим ЖДА.

С целью проведения социальной политики по созданию наиболее благоприятных условий для поддержки материнства и детства государство предоставляет единовременное пособие в связи с рождением ребенка.

Как следует из официальных данных, в целом по республике отмечается рост численности женщин, получивших единовременное пособие по рождению ребенка, и как очевидно, численность родившихся детей увеличивается, соответственно.

Также положительной динамикой характеризуется увеличение размера государственного пособия (в 2 раза). Кроме того, государством выплачивается пособие по уходу за ребенком до 1 года.

Наряду с увеличением размера назначенного пособия, практически в 2 раза, отмечается снижение численности женщин, получивших это государственное пособие. Следует думать, что определенным барьером в получении пособия, является перечень документов, необходимых для получения данного пособия.

В целом, следует отметить социальную направленность политики государства, в том числе в вопросах охраны здоровья женщин и детей и создания наиболее благоприятных условий для воспроизводства населения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кодекс Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения».

А.Н. НУРБАКЫТА, О.Д. ДЖУМАГАЗИЕВА

АЗАМАТТАРДЫҢ РЕПРОДУКТИВТІ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУДАҒЫ ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕР

Түйін: Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы мемлекеттік саясаттың негізгі ұстанымдарының бірі ана мен бала денсаулығын қорғау, медициналық ұйымдардағы алдын алу бағыттарының басымдылығы болып табылады.

Түйінді сөздер: репродуктивті денсаулық, ана мен бала денсаулығын қорғау, алдын алу.

A.N.NURBAKYT, O.D.DZHUMAGAZIEVA

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarova
Kazakhstan School of Public Health

SOCIAL ASPECTS OF REPRODUCTIVE HEALTH CITIZENS

Resume: One of the basic principles of state policy in the Republic of Kazakhstan in the field of health are maternal and child health, priority health interventions in the work of medical institutions

Keywords: reproductive health, maternal and child health, prophylaxis

УДК 616.569.56:89.1

М.Д. БРИМЖАНОВА

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С ПОЗИЦИИ СОВРЕМЕННЫХ СТАНДАРТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

В статье проведено обзорное исследование оценки качества жизни детского населения по данным отечественных и зарубежных литературных источников. Выявлены современные методологические стандарты исследования качества жизни в педиатрии, соблюдение которых необходимо при проведении исследований качества жизни у детей. Полученные данные о качестве жизни детей позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния ребенка и, в случае необходимости, проводить коррекцию терапии.

Ключевые слова: детское население, качество жизни, методология исследования.

Сохранение и укрепление здоровья детей является одной из актуальных проблем здравоохранения. Решение данной проблемы имеет высокую социальную значимость и входит в число важнейших приоритетных задач Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан», так как здоровье подрастающего поколения составляет фундаментальную основу для формирования репродуктивного и трудового потенциала страны [1].

Ухудшения здоровья детей ведут к неблагоприятным социально-экономическим последствиям, создают психологические проблемы, как в семье, так и в процессе школьного обучения. Эти тенденции диктуют необходимость внедрения новых организационных, профилактических и медицинских технологий, способствующих повышению здоровья детей [2, 3]. При этом большую значимость приобретают научные исследования по изучению региональных особенностей состояния здоровья детей с использованием методов комплексной, многомерной оценки, в том числе с позиции качества жизни [4-7].

В последние несколько десятилетий в мире стало уделяться большое внимание изучению проблемы качества жизни (КЖ) и в настоящее время является актуальным и приоритетным научным направлением в медицине. Поэтому повышение качества жизни рассматривается как важнейшая государственная задача, и с этой целью многие страны провозгласили основным политическим направлением улучшение КЖ населения. Исследование качества жизни в настоящее время является актуальным и приоритетным научным направлением в медицине, в том числе и в педиатрии [8-14]. Изучение КЖ в педиатрии позволяет оценить его показатели для разных возрастных и социальных групп детей, при острой и хронической патологии с определением влияния болезни на больного [15, 16]. Исследование КЖ необходимо для определения групп

медико-социального риска в детской популяции, оценки исходов и результатов лечения заболеваний [4, 17, 18].

По мнению ряда отечественных и зарубежных авторов, исследование КЖ позволяет оценить эффективность профилактических, лечебных, образовательных и реабилитационных программ, разработать обоснованные рекомендации по совершенствованию системы медико-социальной помощи детям [19-22].

В зарубежной педиатрии показатель КЖ активно используется в популяционных исследованиях для разработки возрастнo-половых нормативов, осуществления мониторинга различных контингентов детей, оценки эффективности профилактических мероприятий, определения комплексного влияния хронических заболеваний на детей [23-26].

В настоящее время зарегистрированы 3 представительства Международного общества исследования качества жизни (International Society for Quality of Life Research – ISOQOL) [21]: Американское, Азиатское и Российское представительство. ISOQOL способствует формированию у специалистов знаний и единых подходов в области исследования КЖ.

Кроме того, в мире существует более 50 научных групп и институтов, занимающихся разработкой методов исследования КЖ. Данными научными группами созданы несколько сотен методик, которые различаются как по объему, так и по спектру охвата различных аспектов исследования качества жизни.

Основными направлениями современной медицины, где применяется оценка КЖ, являются: качественный индивидуальный мониторинг состояния пациента; разработка прогностических моделей течения и исхода заболевания; разработка фундаментальных принципов паллиативной медицины; разработка реабилитационных программ; экспертиза новых методов лечения; стандартизация методов лечения; проведение социально-медицинских популяционных исследований с выделением групп риска; обеспечение динамического

наблюдения за группами риска и оценка эффективности профилактических программ; повышение качества экспертизы новых лекарственных препаратов; экономическое обоснование методов лечения с учетом показателей «цена — качество», «стоимость — эффективность» [6, 21].

Исследования КЖ относительно новое для Казахстана направление и публикации работ с использованием данного подхода встречаются довольно редко. Имеется ряд работ по исследованию КЖ больных раком прямой и ободочной кишки [27], эпилепсией [28], хронической сердечной недостаточностью [29]. С использованием опросника SF-36 было проведено исследование влияния местного эндоскопического лечения на КЖ больных с дуоденальными язвами [30], группой авторов было проведено исследование с целью оценки диагностики и лечения узловой патологии щитовидной железы с учетом критерия КЖ [31].

Об исследованиях КЖ детей в Республике Казахстан имеются единичные сведения. В частности проводилось исследование КЖ детей-инвалидов и подростков с сахарным диабетом 1 типа в процессе реабилитации [32] и исследование КЖ детей младших классов общеобразовательных школ г.Астаны на фоне

потребления физиологически полноценной природной биогенной воды «Туран» [33].

Исследование качества жизни впервые делает возможным оценить субъективное мнение человека о своем физическом, психическом и социальном благополучии. Мнение самого человека о качестве своей жизни, мнение родителей о качестве жизни своего ребенка может служить отзывчивым индикатором процессов, происходящих во всех сферах жизни общества. Следовательно, данный новый подход значительно повышает актуальность исследования качества жизни в самых различных областях медицины. Таким образом, применение современных международных стандартов исследования качества жизни в Республике Казахстан предоставит возможность широко использовать полученные результаты в медицинской практике для комплексной оценки состояния ребенка и формирования клинического мышления медицинских работников, опирающегося на доказательную информацию базу. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни детей, оценивая все составляющие здоровья: физическое, психологическое и социальное благополучие.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Государственная Программа развития здравоохранения РК на 2011-2015 годы «Саламатты Казахстан» от 29.11.2009 г. №1113.
- 2 Байжанова М.М., Иманкулова К.Д., Наурызалиева Ш.Т. Структура причин младенческой смертности в Алматинской и Кызылординской областях // Педиатрия и детская хирургия. – Алматы: 2013. – С.19-20.
- 3 Калматаева Ж.А., Бекботаев Е.К., Каусова Г.К. Медицинская и социальная реабилитация детей с инвалидизирующей патологией на примере Алматинской и Кызылординской областей (учебно-методическое пособие). – Алматы: 2014. – 36 с.
- 4 Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в педиатрии / Под ред. академика РАМН Ю.Л.Шевченко. – М.:ПАЕН, 2013. – 136 с.
- 5 Michel G., Bisegger C., Fuhr D.C., Abel T. The KIDSCREEN group. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: a multilevel analysis // Qual. Life Res. 2009. - №18. – P.1147-1157.
- 6 Varni J.W., Christine A.L., Burwinkle T.M. How young can children reliably and validly self-report their health-related quality of life: An analysis of 8,591 children across age subgroups with the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales // Health and Quality of Life Outcomes. 2007. 5:1 doi: 10.1186/1477-7525-5-1.
- 7 Petersen C., Schmidt S., Power M. et al. Development and pilot-testing of a health-related quality of life chronic generic module for children and adolescents with chronic health conditions: a European perspective // Quality of life research. 2005. – Vol. 88(8). – P. 1062-1066.
- 8 Павленко Т.Н, Мурзина Ю.М., Кацова Г.Б. Особенности качества жизни детей дошкольного возраста // Сборник работ межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные проблемы педиатрии». – Уфа: Росздравица, 2008. – С. 100-102.
- 9 Лукьянова Е.М. Оценка качества жизни в педиатрии // Качественная клиническая практика. 2002. – № 4. – С. 34-42.
- 10 Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Винярская И.В., Валиуллина С.А. Итоги, задачи и перспективы изучения качества жизни в отечественной педиатрии // Вопросы современной педиатрии. – М.: 2007. - №3. – С.6-8.
- 11 Винярская И.В. Особенности изучения качества жизни в педиатрии // Качество жизни: содружество науки, власти, бизнеса и общества: Сборник научных статей ко II Международному форуму. – М.: 2004. – С. 157-159.
- 12 Семернин Е.Н., Шляхто Е.В., Козлова С.Н. и др. Качество жизни, связанное со здоровьем: теория, методы и практика // Качественная клиническая практика. 2001. – №2. – С. 48-52.
- 13 Christakis D.A., Johnston B.D., Council F.A. Methodologie issues in pediatric outcomes research // Ambul. Pediatr. 2001. – Vol. 1. – P. 59-62.
- 14 Eiser C., Morse R. Can parents rate their child's health-related quality of life? Results of a systematic review // Qual. Life Res. 2001.–Vol. 10. – P. 347-357.
- 15 Вараксина А.Л., Латышев Д.Ю., Лобанов Ю.Ф., Беседина Е.Б. Влияние некоторых факторов на показатели качества жизни у детей с хронической гастродуоденальной патологией // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И.Пирогова. – М.: 2013. – Т.8. - №.3 (Приложение). – С.82-83.
- 16 Пьере Л., Карон М., Эмери М.П. Обзор инструментов для оценки детьми своего состояния здоровья по базе ProQolid: классификация инструментов по нозологиям и информация об их психометрических свойствах // Материалы тезисов 14-й ежегодной конференции Международного общества исследования качества жизни (Приложение к журналу QualityofLifeResearch). 2007. – С.125.

- 17 Черников В.В. Разработка и оценка эффективности русской версии опросника QUALIN для изучения качества жизни детей раннего возраста: автореф. ... канд. мед.наук. - М.: 2009. - 24 с.
- 18 Varni J W et al. The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory (PCQL). I. Instrument development, descriptive statistics, and cross information variance. J Behav Med 1998. - 21 (2). - P.179-204.
- 19 Калматаева Ж.А., Бекботаев Е.К., Омарова А.Э., Скаков А.Б., Арыспаев Б.Е. Изучение качества жизни: опыт для Казахстана // Сборник научных статей по итогам международной заочной научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной науки: экономика, управление проектами, политология, психология, право, педагогика, социология, медицина, философия» (29-30 марта 2013г., Санкт-Петербург). – СПб.: 2013. – С.85-88.
- 20 Павленко Т.Н., Винярская И.В., Мурзина Ю.М. Качество жизни как критерий здоровья детей дошкольного возраста // Сборник материалов XVI съезда педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии». – М.: 2009. – С. 294-295.
- 21 Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под редакцией академика РАМН Ю.Л. Шевченко. - М.: РАЕН, 2012. – 528 с.
- 22 Нечаева А.А. Клиническая характеристика, факторы риска инвалидизации и качество жизни детей с врожденными пороками сердца: автореф. ... канд. мед.наук. – Барнаул: 2012. - 21 с.
- 23 Rabbett H et al. Quality of life in children with Crohn's disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1996. - №23(5):5 - P.28-33.
- 24 Varni J., Seid M., Kurtin P. The PedsQL™ 4.0: Reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory™ Version 4.0 Generic Core Scales in health and patients populations. Med. Care. 2001. - № 39. – P.800-812.
- 25 Svavarsdóttir E.K., Orlygsdóttir B. Comparison of health-related quality of life among 10- to 12-year-old children with chronic illnesses and healthy children: the parents' perspective. // J. Sch. Nurs. 2006. – №. 22(3). – P. 178-185.
- 26 Goodwin DA, Boggs SR, Grahma-Pole J. Development and validation of the Pediatric Oncology Quality of Life Scale. Psychol Assess 1994. - № 6. – P. 3-8.
- 27 Хожаев А.А. Исследование качества жизни больных раком ободочной кишки // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – М.: 2008. – № 11-12. – С. 159-160.
- 28 Тургинбаева А.Н. Исследование антиэпилептических препаратов и качество жизни больных эпилепсией // Фармация Казахстана. – 2005. - №2. – С.29-31.
- 29 Атарбаева В.Ш., Исабекова А.Х., Аганина С.А., Утегенов Б.М., Абдимова Б.А. Клинический опыт применения метопролола у больных артериальной гипертонией, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Медицина. - 2007. - №5. – С.16-19.
- 30 Ибраимов Е.К. Влияние местного эндоскопического лечения на качество жизни больных с дуоденальными язвами // Медицина. 2010. - №7. – С. 41-45.
- 31 Рахыпбеков Т.К., Адылханов А.С., Масадыков А.С. Стратегия повышения качества диагностики и лечения узловых заболеваний щитовидной железы на основе критерия качества жизни // Медицина и экология. 2009. - №4. – С.34-37.
- 32 Такирова А.Т. Оценка качества жизни детей-инвалидов и подростков с СД 1 типа в процессе реабилитации // Медицина и экология. 2010. - №3. – С.88-93.
- 33 Даленов Е.Д., Абдулдаева А.А., Сливкина Н.В., Пятов Е.А., Балкешева З.М., Никитина Т.П., Курбатова К.А. Качество жизни детей на фоне потребления биогенной воды «Туран» // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. – М.: 2012. - №19-20. - С. 72-40.

М.Д.БІРІМЖАНОВА

ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі

БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӨМІР САПАСЫН ЗЕРТТЕЙТІН ЖАҢА ЗАМАНАУИ СТАНДАРТТАР ПОЗИЦИЯСЫ ТҰРҒЫСЫНАН ҚАРАУ

Түйін: Берілген мақалада балалардың өмір сүру сапасын бағалау мақсатында жүргізілген зерттеулер жайында жазылған отандық және шетелдік әдебиеттерге шолу жүргізілген. Сонымен қатар, балалардың өмір сүру сапасын бағалауға арналған зерттеу шараларын жүргізу кезінде міндетті түрде қадағаланатын, педиатриядағы өмір сапасын зерттеудегі жаңа методологиялық стандарттар анықталып жазылған. Зерттеу барысында алынған балалардың өмір сапасы жайындағы деректер, оның денсаулық жағдайына үнемі бақылау жүргізе отырып, емдеу шараларына өзгерістер мен жөндеулер енгізуге ықпалын тигізе алады.

Түйінді сөздер: балалар, өмір сүру сапасы, зерттеу методологиясы.

M.D. BRIMZHANOVA

Kazakhstan School of Public Health of the Republic of Kazakhstan

CHILDREN'S HEALTH FROM THE PERSPECTIVE OF MODERN STANDARDS OF QUALITY OF LIFE RESEARCH

Resume: In this article conducted a scoping study assessing the quality of life of the child population according to domestic and foreign literature. Identified modern methodological standards of quality of life research in pediatrics, which must be followed in research quality of life in children. The data on the quality of life of children allow for continuous monitoring of the child and, if required, correction therapy.

Keywords: pediatric population, quality of life, research methodology.

СЕКЦИЯ 3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАДРОВОГО ПОТЕНЦИАЛА ЧЕРЕЗ МОДЕРНИЗАЦИЮ ОБРАЗОВАНИЯ

УДК 616.053.9

Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, Н.А. ТАЛКИМБАЕВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Р.Қ. ӘЛІМБАЕВА, А.М. ХАСАНОВА
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

СТАЦИОНАРДЫҢ ХИРУРГИЯ БӨЛІМІНІҢ МЕДБИКЕЛЕРДІҢ ЖҰМЫСЫНЫҢ ХРОНОМЕТРАЖЫ

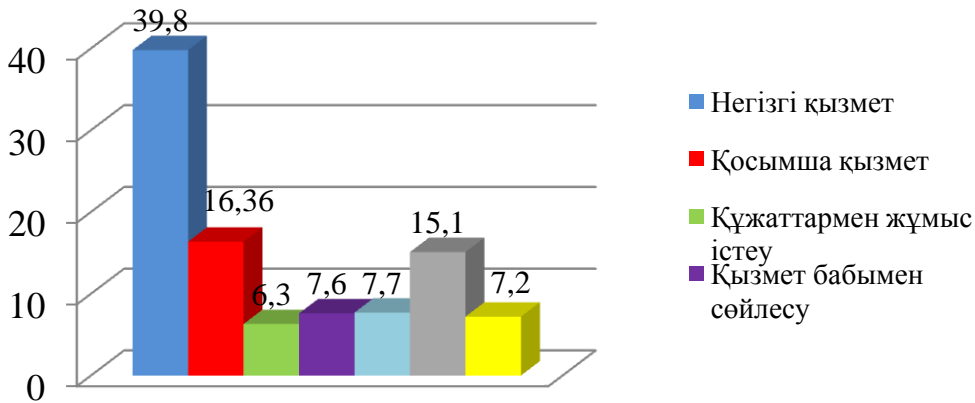
Стационардағы хирургия бөлімі ең ауыр жағдайдың дәрежесін анықтауда және оған ота жасауға үлкен маңызға ие. Хирургиялық бөлімде жатқан науқастар көбінесе отадан кейін жүре алмайтындар, ұзақ төсекте жатып емделетіндер болады, сондықтан олар мейірбилениң күтімін қажет ететіндер. Ал науқастың аяғынан тік тұрып кетуіне және оның дұрыс ем қабылдауына дәл осы мейірбикенің көмегі қажет. Науқастың денсаулығына дәрігерден кем жауап бермейтін орта буын қызметкерлердің жұмысы өте маңызды.

Түйінді сөздер: стационар, хирургия бөлімі, ота, науқас, мейірбике

Хирургиялық салада, анестезиология және реанимация, сонымен бірге, лабораториялық-диагностикалық, акушер-гинекологиялық, бөлімшелердегі жүретін технологиялық үрдістер көбінесе емдік алдын алу манипуляцияларын (операциялар, инъекция, лабораториялық зерттеулер жүргізу) іске асыруда биологиялық материалдармен, қан, зәр, сілекей, арқа-жұлынның сұйықтығымен қарым-қатынасымен

сипатталады. Биологиялық материалдың жұқпалы болу қаупі бар.

Хирургия бөлімінің орта буынды медициналық қызметкерлердің жұмысына хронометраждық әдіспен зерттеу жүргізілді. Жүргізілген хронометраж нәтижелерінің орташа көрсеткіші бойынша кестелік үлгіде уақыт бөлінісі төмендегідей болды (сурет 1).



Сурет 1 - Хирургиялық мейірбикенің жұмыс уақытын қызмет түріне байланысты бөлу, %

Суретте көрсетілгендей 39,8 % ғана негізгі қызметіне кетеді, қалған уақыт (60 %) басқа әр түрлі қызмет түрлеріне жұмсалады. Қосымша уақыт бойынша (80,6 мин.) екінші орында, ішінара бұл уақытты басқа қызметкерлер арасында бөлуге болады. Мысалы ретінде, қызметкерлерді оқытып, үйретуді және дәрі-дәрмектерді алуды аға мейірбике жүзеге асыра алады, құралжабдықтарды жууды санитарка жасайды. Есептеу бойынша 1 сағаттан аса уақыт аурухананың территориясында жүрумен өтеді (дәріхана, ЗТО). Өндірістік емес уақытқа: түскі ас, жеке гигиена және 8 сағаттық жұмыс күніне 35 минуттық демалыс жатады. Бірақ бұл жеке уақытында да қандай да бір жұмыс

табылады. Науқастармен өңгімелесу, олардың мәселелерін табу және оны шешу палатада немесе кабинетті кватрцтау кезінде өндірістік емес уақытта жүргізуге тура келеді. Мейірбикенің күндізгі ауысым уақытын есептеп анализдегенде жұмыс күнінің жоғарғы күштемесі мейірбикелік үрдісті құндылықты жүзеге асыруға уақыты жеткіліксіз деген қорытындыға келдік. Қалыпты жағдайда хирургия мейірбикесінің күнделікті қызметі негізінен жұмыс орнын дайындау барысына (стерильді үстелді даярлау, таңу материалдарын, аспаптар мен дәрі-дәрмектерді және киім-кешегін дайындау) 11,2% жұмыс уақыты бөлінеді (кесте 1).

Кесте 1 - Хирургия бөлімінің мейірбикесі хронометражының зерттеу нәтижелері

№	Жұмыс құрылымы	Орташа уақыт ұзақтығы (мин)	%-бен
1.	Жұмыс орнын даярлау	52	11,2
2.	Операцияға, таңуға қатысу	107	23,5
3.	Санитарлық-эпидемиялық шаралар	70	15,2
4.	Таңу материалын дайындау	91	19,8
5.	Бикстерді жеткізу	24	5,2

6.	Құжатпен жұмыс	31	6,7
7.	Операция, таңу материалын қабылдау	18	3,9
8.	Қызмет бабымен өңгімелесу	8	1,9
9.	Жеке өзіндік уақыт	7	6
10.	Уақыттың зая кетуі	24	11,3
11.	Жоспардан тыс операциялар, таңулар	28	1,4

- негізгі операцияларға, таңу қызметіне жұмсалатын уақыт көлемі - 23,4%;
 - санитарлық-эпидемиялық шараларға қарсы бөлінетін уақыт (күнделікті және негізгі жуып-тазалау) - 15,2%;
 - таңу материалдарын алдын-ала дайындауға жұмсалатын уақыт - 19,8%;
 - бикстарды стерильдеу бөлмесіне және таңу орнына жеткізуге жұмсалатын уақыт - 5,2%;
 - құжаттармен жұмысқа - 6,7%;
 - таңу материалдарын қабылдауға - 3,9%;
 - қызмет бабымен өңгімелесуге - 1,8%;
 - жоспардан тыс таңуға - 1,5%;

- жұмыс уақытының жоғалуына - 5-11,3%;
 - жеке өзіндік уақытқа - 6-0%.
 Хирургия бөлімі мейірбикесінің жеке өзіндік уақыты аяқ астынан болуы мүмкін жағдайлар салдарынан өзгеруі мүмкін. Нормативке сай хирургия бөлімінің мейірбикелерінің қызмет көрсету уақытын және сапасын қадағалай отырып, жұмыс көлемінің артуына байланысты төменгі буындағы медициналық қызметкерлерді іске жұмылдыру қарастырылуы тиіс. Орта буынды медперсоналдың жұмыстан кейін өзінің жағдайын сезінуін бағалау 2-нші кестеде келтірілген.

Кесте 2 - Орта буынды медперсоналдың жұмыстан кейін өзінің жағдайын сезінуін бағалау, %

Өзін сезіну сипаты	Мейірбикелер
Жақсы	1,2
Жалпы шаршағыштық	79,0
Бастың ауруы	22,2
Көңілінің жоқтығы	7,4
Аяқтағы ауру сезім	25,9
Белдегі ауру сезім	14,8
Жоғары тітіркенгіштік	20,9
Асқазандағы ауру сезім	2,4
Есте сақтау қабілетінің нашарлауы	2,4

Кестеде көрсетілгендей мейірбикелердің көбі (79%) жалпы шаршағыштықты сезінсе, 25,9% аяқтағы ауру сезіміне шағымданады, 22,2% – бастың ауруына, 20,9% - жоғары тітіркенгіштікке, 14,8% – белдегі ауру сезімі, 2,4% асқазандағы ауру сезім, респонденттердің 1,2% өзін жақсы деп сезінді.

Қорытындылай келе, хирургия мейірбикелердің рөлі өте үлкен екендігін байқауға болады. Мейірбике дәрігердің тағайындауларын дұрыс жүргізуі керек, дәрілердің енгізу

жылдамдығын және науқастың реакциясын мұқият қарауы тиіс. Науқастарды әртүрлі қорқынышты процедураларға «егуге» моральді дайындау өте маңызды. Манипуляцияларды жүргізуде хирургиялық мейірбикелерден асептика и антисептика ережелерін сақтауда ұқыптылық пен жауапкершілікті талап етеді. Инъекциядан кейінгі асқынулардан қашуға тырысу керек, олар пайда болған жағдайда тез арада қажетті шараларды қолдануы тиіс.

ӘДЕБИЕТТЕРДІҢ ТІЗІМІ

- 1 Сексенбаев Б.Д. Хирургическая служба в Республике Казахстан: Материалы II съезда врачей и провизоров Республики Казахстан. Астана, 4-5 декабря 2002. – Астана: 2002, том I. – С. 205-207.
- 2 Гаврилов С.С., Кайназаров Б.А., Иманбекова Ш.С. Расчет стоимости хирургической операции по Жамбылской областной больнице // Опыт, проблемы и перспективы реформирования системы здравоохранения Республики Казахстан: Материалы 2-ой республиканской научно-практической конференции 3-4 июня 2002 г. – Алматы: 2002. – С.264-266.
- 3 Алиев М.А., Сейсембаев М.А., Наржанов Б.А., Рамазанов М.Е., Самратов Т.У., Медеубеков У.Ш. Эндовидеохирургия как стратегическое направление в развитии здравоохранения // Стратегия развития здравоохранения Казахстана в 21 веке: Материалы международной научно-практической конференции. Алматы, 28-30 мая 2001, 2002. – Алматы: 2001. – С.107-109.

Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, Н.А. ТАЛКИМБАЕВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Р.Қ. ӘЛІМБАЕВА, А.М. ХАСАНОВА
Казахский Национальный медицинский университет им.С.Д.Асфендиярова

ХРОНОМЕТРАЖ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ХИРУРГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ СТАЦИОНАРА

Резюме: Хирургическое отделение стационара имеет важную роль при оценке состояния здоровья больного и в принятии решения об операции. В хирургическом отделении в основном лежат больные, которые после операции не могут ходить и долго нуждающиеся в уходе. Для скорейшего выздоровления таким больным необходим сестринский уход. Поэтому работы медицинской сестры хирургического отделения очень важна.

Ключевые слова: стационар, отделение хирургии, операция, пациент, медсестра

Ж.А. КОЗНЕКЕНОВА, Н.А. ТАЛКИМБАЕВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Р.К. АЛИМБАЕВА, А.М. ЧАСАНОВА
The Kazakh national medical university of S.D.Asfendiyarova

TIMING OF WORK OF NURSES OF THE SURGICAL HOSPITAL OFFICES

Resume: The surgical office of a hospital has an important role at an assessment of a state of health of the patient and in making decision on operation. In surgical office patients who after operation can't go and long needing leaving generally lie. Sisterly leaving is necessary for the fastest recovery by such brolny. Therefore works of the nurse of surgical office it is very important.

Keywords: hospital, surgery office, operation, patient, nurse

ӘОЖ: 614.253.5(20)

А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, Г.А. АЛТЫБАЕВА, Ә.Ж. ЕГЕНБАС
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

МЕЙІРБИКЕ ІСІ МАМАНДАРЫНЫҢ ЖҰМЫСЫН БАСҚАРУДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ

Біздің елімізде мейірбикеге дәстүрлі түрде дәрігер көмекшісі ретінде қарау, орта медициналық қызметкерлердің қорғалмаған төмен әлеуметтік және кәсіби статусы, оларды дайындаудағы жүйелі әдістер мен ғылыми ұстанымдардың болмауының нәтижесі, ал салдарлары ретінде денсаулық сақтаудағы мамандық болашағының көмескі болуы, мамандардың тұрақтамауы [1,2], өзге салаларға жұмыс ауыстыруы сияқты денсаулық сақтауда бүгінгі күні шешімін толық таппаған проблемалар легін көреміз.

Жоғарыда айтылғандарға сәйкес берілген зерттеу жұмысының мақсаты – мейірбике мамандарының жұмыс аспектілерін талдау негізінде рационалды басқару іс-шараларын өңдеу болып белгіленді.

Өндірістік жұмыс түрлерінің арасында мейірбикеден басқа персонал алмастыра алмайтын, нақты міндеттері деп 90% дерлік респонденттер жауабымен науқастарға өлшеулер жүргізу, мейірбикелік көмек көрсету үдерістері ерекшеленді. Кез-келген медициналық мекемеде мейірбике саны дәрігерлер санынан 3 есеге артық болғанымен, олардың көмегіне деген сұраныс пен тұтыну өрғақыт жоғары. Сондықтан, денсаулық сақтаудың мамандар саясаты аймағында орта медперсонал мамандарын тұғырлы бекіту, олардың материалдық жағдайларын нығайту және қажетті өмір деңгейін қаматамыз етуді біріктіретін іс-шаралар кешенін іске асыру; еңбегін ұйымдастыруды басқару аспектілерін өзгерістер енгізу, оптималды басқару жолында реформалау тиімді.

Түйінді сөздер: мейірбике ісі мамандары, жұмыспен қанағаттану, рационалды басқару, медициналық-әлеуметтік аспектілер.

Біздің елімізде мейірбикеге дәстүрлі түрде дәрігер көмекшісі ретінде қарау, орта медициналық қызметкерлердің қорғалмаған төмен әлеуметтік және кәсіби статусы, оларды дайындаудағы жүйелі әдістер мен ғылыми ұстанымдардың болмауының нәтижесі, ал салдарлары ретінде денсаулық сақтаудағы мамандық болашағының көмескі болуы, мамандардың тұрақтамауы [1,2], өзге салаларға жұмыс ауыстыруы сияқты денсаулық сақтауда бүгінгі күні шешімін толық таппаған проблемалар легін көреміз.

Медициналық көмек сапасын адекватты бағалау жаңа экономикалық жағдайдағы денсаулық сақтауды дұрыс басқарудың маңызды проблемаларының бірі. Ал медициналық көмек сапасын жетілдіру бағдарламалары шегінде дәрігерлік көмек басты назарға алынып,

мейірбике жұмысын дұрыс ұйымдастыру шет қалып қояды. Алайда, денсаулық сақтаудың қазіргі жұмыс жасау жағдайында халыққа медициналық көмек көрсетудің тәсілдері мпе сапсын жетілдіру міндеттерін шешу медициналық қызметкерлердің ең үлкен әскері – мейірбике ісінің маңызын ескермей мүмкін емес [3].

Жоғарыда айтылғандарға сәйкес берілген зерттеу жұмысының мақсаты – мейірбике мамандарының жұмыс аспектілерін талдау негізінде рационалды басқару іс-шараларын өңдеу болып белгіленді.

Алматы қаласының №18 қалалық емхасының «Таугуль», «Дубок» филиалдарының және Қарасай аудандық «Таусамалы» ауылдық ауруханасының амбулаториясының негізінде жүргізілген медико-социологиялық зерттеуге аталған мекемелердің түрлі

бөлімдерінде жұмыс атқаратын мейірбике мамандарынан 27 адам қатысты.

Жұмыс барысында қолданылған аналитикалық-зерттеу әдісі емханадағы орта звено медициналық персоналының өндірістік және өндірістік емес жұмыс сипатын айқындай отырып орындалатын барлық кәсіби әрекетінің маңызын ашу үшін қолданылды. Еңбек үдерісін белгілері

бойынша біртекті топтарға біріккен элементтерге бөлген, яғни жұмыс шығыны өндірістік және өндірістік емес жұмыс түрлеріне жіктелген. Өндірістік жұмысқа ОЗМП тікелей халыққа қатысты барлық жұмыс түрлерін жатқызуға болады. Өндірістік емес жұмысқа – халыққа медициналық көмек көрсетумен байланысты емес жұмыс түрлері жатады (кесте).

Кесте - Сипатына қарай мейірбике жұмысының топтарға жіктелуі

Өндірістік жұмыс	Өндірістік емес жұмыс
Науқастар мен сауларды қабылдау	Кабинеттерді дайындау
Санитарлық-ағарту жұмысы	Конференциялар, семинарлар
Медициналық құжаттарды толтыру	Санитарлық ағарту материалдарымен жабдықтау
Өлшеулер жүргізу мейірбикелік көмек көрсету үдерісі	Науқастарды бағдарлау

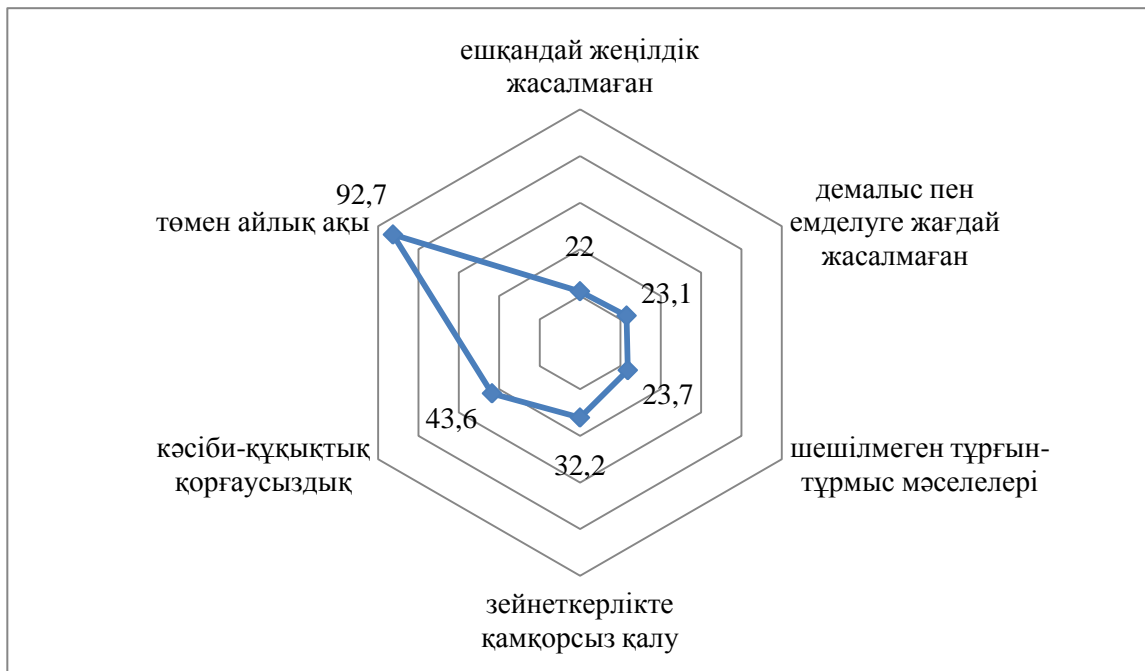
Медициналық көмектің сапасы мен нәтижесі, негізінен, ресурстық, яғни маман потенциалымен және оның әлеуметтік-экономикалық және кәсіби тұрғыда сұраныстары мен талаптарының қанағаттандырылуына байланысты.

Медициналық қызметкерлердің реальды табыс көлемі олардың әлауқаты дәрежесін сипаттайды. Еңбекақысы деңгейімен қанағаттану жұмыс күрделілігі, көлемі, орындалатын кәсіби жұмыстың жауапкершілігінің оның төленуіне сәйкестігі жөніндегі мейірбикелер пікірлерін анықтайды.

Сұрау нәтижелері мейірбикелердің көпшілігінің алатын айлық ақыларын төмен (45,4%) және айтарлықтай төмен (31,5%) дәрежеде деп бағалайтындықтарын

күәландырады. Қалған 23,2%-ы еңбекақы деңгейінің еңбек шығындарына сәйкестігін, азырақ 0,4%-ы болса – толық сәйкестігін белгілейді.

Жоғарыда келтірілген мейірбике персоналының әлеуметтік-материалдық мәселелері оның өз сұраныстары мен мүмкіндіктері шегінде тұйықталмайды. Бұл мәселені шешуде, маманға қолдау көрсетуде мемлекет ролі – шешуші. Осы орайда, зерттеу негізінде алынған мәліметтер бойынша, мемлекет тарапынан құқықтық және әлеуметтік қорғауды толыққұнды тек 8,7% респонденттер сезінетінін, қалған 91,3% – көрсетілетін қолдау толыққұнды емес немесе ешбір қолдау сезінбейтіндіктерін анықтадық (сурет 1).



Сурет 1- Мамандар пікіріндегі мемлекеттік деңгейінде шешілмеген мәселелер, %

Зерттеуге алынған персонал еңбегін медицинаға арттырғанымен, оны қаншалықты ынталы немесе өз дәрежесінде орындап жүргендері беймәлім. Осы тұрғыда «Өзіңіз атқаратын жұмыстың сапасы мен өнімділігімен қанағаттанасыз ба» деген сұраққа мейірбикелер пікірі келесідей бөлінген: сұралғандардың негізгі үлес салмағы (53%) кәсіби еңбек атқарудан қанағаттану сезімінің болар-болмасына нақты жауап беруге қиналады, бәлкім, бұл жағдай респонденттер

қатарының басым бөлігі жастардан тұратынына байланысты болар. Жұмыс өтілінің жеткіліксіздігі, тәжірибесіздік, стереотипсіз әрекеттен туатын артық жүктемеге әкеледі де одан дамитын шаршау сезімі жұмыс нәтижесінен алатын қанағаттану сезімін ығыстырады. Жұмыспен қанағаттану дәрежесін айқын сипаттай алғандар арасында мейірбикелердің 1/3-і (28%) – «айтарлық қанағаттанбаймын» деген жауапқа тоқталған. Ал жұмысына толық ризашылықпен

қарайтындар мен мүлдем қанағаттанбайтындар үлесі салыстырмалы түрде тең түсті дегенмен, 3%-ға оңтайлы жауаптардың басым екенін мойындау қажет.

Осы орайда, қанағаттанбау себептерін анықтау мақсатында медициналық персоналдың жұмысын атқарудағы бірінші кезектегі проблемаларына, яғни сапалы еңбек етуге негізгі кедергілерге тоқталуды жөн көрдік.

Жұмыстың моралдық қанағаттандырмауына 19,3% мейірбикелер шағымданады. Мамандықтың моралдық жағымсыз тұстарына ұжымдағы қызметкерлер арасындағы қарым-қатынас, бөлім не мекеме басшысының көзқарасы/немесе басшысына деген көзқарас, ең алдымен пациенттермен арақатынас, пациенттердің өзара түсінбеушіліктері, пациенттердің медперсоналға деген таңдамалы қарым-қатынастары және т.б жатады.

Дегенмен, нарықтық қатынас тұсында материалдық аспект кез-келген кәсіптің елеулі тұсы. Дәлел ретінде негізгі жұмысын беріліп жасауға кедергілер қатарында респонденттердің жартысына (47,5%) жуығының материалдық себепті атауын келтіруге болады. Аталған көрсеткіш үлесі сұралған респонденттер келтірген негізгі жұмысқа кедергілер арасында ең ауқымдысы.

Зерттеуді ұйымдастыру бөлімінде келтірілгендей, мейірбике орындайтын өндірістік және өндірістік емес жұмыс түрлеріне бөліп қарастырған.

Өндірістік жұмысқа: учаске территориясында тіркелген науқастар мен сауларды қабылдау; санитарлық ағарту жұмысы; медициналық құжаттарды толтыру; құралдар көмегімен өлшеулер жүргізу үдерісі жатқызылса; өндірістік емес жұмыс түрлеріне: кабинеттерді науқастарды қабылдауға дайындау; конференциялар, семинарларға қатысу; санитарлық ағарту материалдарын дайындау, жабдықтау, науқастарды бағдарлау жатқызылған.

Өндірістік жұмыс түрлерінің арасында мейірбикеден басқа персонал алмастыра алмайтын, нақты міндеттері деп 90% дерлік респонденттер жауабымен науқастарға өлшеулер жүргізу, мейірбикелік көмек көрсету үдерістері ерекшеленді. Тікелей көмек көрсетуге қатысты әрекеттер қатарындағы науқастар мен учаскеге тіркелген басқа да азаматтарды денсаулықпен байланысты сұрақтармен қабылдаудағы мейірбике ролі айтарлық сұралғандардың 1/3 бөлігінен астамымен (69%) расталды.

Мейірбикелік персоналдың көмек көрсетумен байланыссыз әрекеттеріні бойынша сұралғандар жауаптары, негізінен, «қажетті» және «керексіз» көрсеткіштерінің арасында полюсті түрде таралған. Мысалы, қабылдау кабинеттерін дайындауды 52% мейірбике өзінің жасауы қажетті деп тапса, сәл ғана кем жауаптар үлесі (48%) – мейірбикенің тікелей қатысы керексіз деп санайды.

Қорытындылай келе, мейірбикелік персоналдың еңбегін пайдалануда мейірбикелік жұмыстың қай түрі болмасын, өздерінің тікелей қатысуы – елеулі. Кез-келген медициналық мекемеде мейірбике саны дәрігерлер санынан 3 есеге артық болғанымен, олардың көмегіне деген сұраныс пен тұтыну әруақыт жоғары. Бірақ өздері атқаратын жұмысты ынтамен атқаратындықтарына күмәнданатын 53% мейірбикелер үшін мейірбике мамандығын әсерлі етіп, олардың кәсіпқой еңбек етуі үшін экономикалық тұрғыдан қолдау оңтайлы нәтижелер бермек.

Сондықтан, денсаулық сақтаудың мамандар саясаты аймағында орта медперсонал мамандарын тұғырлы бекіту, олардың материалдық жағдайларын нығайту және қажетті өмір деңгейін қаматамыз етуді біріктіретін іс-шаралар кешенін іске асыру; еңбегін ұйымдастыруды басқару аспектілерін өзгерістер енгізу, оптималды басқару жолында реформалау тиімді.

ӘДЕБИЕТ ТІЗІМІ

- 1 Аяпов КА. Социально-гигиенические и организационные основы развития сестринского дела в Казахстане: автореф. дисс... д-р.мед. – Бишкек: 2002. – 41 с.
- 2 Аканов А. А., Бурибаева Ж.К., Усатаев М.М. и др. Роль медицинской сестры общей/семейной практики в формировании здорового образа жизни: Учебно-методическое пособие. – Алматы: 2000. – 70 с.
- 3 Кауашев С.К. Вопросы управления и организации сестринского дела в подготовке медсестер-менеджеров / Милосердие, 2002. – №1. – С. 30-31.

А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, Г.А. АЛТЫБАЕВА, Ә.Ж. ЕГЕНБАС
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ УПРАВЛЕНИЯ РАБОТОЙ ПЕРСОНАЛА СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Резюме: В современном функционировании здравоохранения продолжают рассматривать труд сестринского персонала как помощника врача, не самостоятельного, способного оказать полноценную медицинскую помощь в рамках профессиональных обязанностей. Этому способствуют незащищенный социальный и профессиональный статус и отсутствие системного контроля за качеством их профессиональной подготовки.

Поэтому, целью нашего исследования послужило научное обоснование необходимости разработки мероприятий по рациональному управлению сестринским делом на основе анализа их аспектов труда.

В числе их производственной деятельности есть задачи в которых медицинский персонал незаменим, например, как измерение функциональных параметров организма и сестринский уход.

Несмотря на то, что средний медперсонал в три раза количественно превышает врачебный, сестринская помощь всегда пользуется повышенной потребностью. Таким образом, в кадровой политике здравоохранения обозначить профессиональную позицию среднего медперсонала, укрепить материальное положение, и конечно, вносить реформу в аспектах управления их деятельности незамедлительно приносит эффект в результатах работы среднего звена в целом.

Ключевые слова: специалисты сестринского дела, удовлетворенность трудом, рациональное управление, медико-социальные аспекты.

A.A. AITMANBETOVA, Z.A. KOZHEKENOVA, G.A. ALTYBAEVA, A.Z. EGENBAS
Asfendiyarov Kazakh National medical university

MEDICAL SOCIAL ASPECTS PERFORMANCE MANAGEMENT NURSING

Resume: In today continue to consider the functioning of the health work of nursing personnel as doctor assistant, not an independent, capable of rendering a full medical care within their professional duties. This is fueled by unprotected social and professional status and the lack of systematic monitoring of the quality of their training.

Therefore, the aim of our study was the scientific justification for the need to develop measures for the rational management of nursing based on their labor issues.

Among their production activities are tasks in which the medical staff is irreplaceable, such as the measurement of the functional parameters of the body and nursing care.

Despite the fact that nurses are three times larger than those of medical, nursing care is always in increased demand. Thus, in the personnel policy to designate health professional nursing position, strengthen position material, and of course, make a reformation in the management aspects of their activities immediately brings into effect the results of the mid-level in general.

Keywords: nursing professionals, job satisfaction, rational management, health and social aspects.

УДК 616.433.28:356.51

Н.Ж. ДӘРМЕН, Б. АНВАРОВ, Р. ЖОЛДАСОВА, А. АБДИРАСИЛ
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті

МЕЙІРБИКЕНІҢ КӘСІБИ ЖҰМЫСЫНЫҢ БІРҚАТАР МАҢЫЗДЫ АСПЕКТІЛЕРІ СЕКЦИЯ 3

Денсаулық сақтау саласының ең көп категориясына және басқа мамандарға қарағанда халықпен тығыз қарым-қатынаста болатын медициналық қызметкерлерге мейірбикелер жатады. Яғни, денсаулық сақтаудың медициналық көмек сапасын арттыруда мейірбикелердің қызметін бағалау және оны жетілдіру жолдарын қарастыру өнімді шаралар болып табылады. Осы тұрғыда мақалада мейірбикелердің қызметіндегі алаңдатарлық мәселер туралы айтылған.

Түйінді сөздер: мейірбикелік қызмет, мейірбике, мейірбикелік іс.

Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә. Назарбаев «Қазақстан – 2050» стратегиясы бойынша «Қалыптасқан мемлекеттің жаңа саяси бағыты» атты 2012 жылдың 14 желтоқсанындағы Қазақстан халқына Жолдауында жаңа саяси бағыттардың ішіндегі негізгі басымдықтардың бірі ретінде сапалы және қолжетімді медициналық қызмет көрсетуді қамтамасыз етуді көрсетеді. Ал медициналық қызметтің қолжетімділігін және тиімділігін арттыру, сапасын едәуір жақсарту, денсаулық сақтаудың қорларын тиімді пайдалануды қамтамасыз ету, әлемдік тәжірибе көрсеткендей, мейірбикелік мамандарды рационалды жұмылдыру арқылы қол жеткізуге болады. Әр елде жүргізілген зерттеулер мейірбикелік көмектің жан-жақтылық сипатын ашады және оған деген қажеттіліктің бірыңғайлығын айырықша көрсетеді. Мейірбикелік тәжірибеге қазіргі кезде қолжетімділік, қызметінің әр түрлі жоспарлануы, әр пациентке жеке бағыттылық тән болып есептеледі [1].

Мейірбике ісі денсаулық сақтау жүйесінің негізгі бөлігі және денсаулық сақтау жүйесінің қызметкерлерінің ең көп категориясын құрайтыны бәрімізге мәлім. Онымен қоса медициналық қызметкерлердің ішінде халықпен көп қарым-қатынаста болатын мейірбике персоналы екенін ескерсек, БДДҰ мейірбикелік персоналды халықтың медициналық көмекке өскелең қажеттілігін қамтамасыз етудегі шынайы потенциал ретінде қарастырады [WHO, 2000] деген ұғыммен сәйкес келеді. Дамыған елдердің медицина саласында мейірбике ісі дәрігер қызметіне барынша жақындатылып, олардың

кәсіби білімдерінің ұзақтығы мен мазмұны кеңейтіліп, жалақысы өсіп, аталған мамандыққа деген қызығушылықтың артуы мен олардың әлеуметтік сатысының көтерілуіне жағдай тудырған мейірбике қызметінің үлгісі өзгертуге әкелді.

Егер көп жылдар бойы мейірбике пациенттерге көмек көрсету мәселесінде дәрігердің көмекшісі ретінде болса, нарықтық экономика жағдайында мейірбике қызметіне заман талабына сай жаңа талаптар қойылуда. Денсаулық сақтау жүйесіндегі реформалау үдерісі мен науқастарға көрсетілетін медициналық көмектің жаңа түрлерін енгізу мейірбикелік персоналға жоғары біліктілікті, терең білім мен икемділікті, белгілі коммуникативтік дағдыларды, сонымен қатар қажетті кезде ұйымдастырушы және жауапты орындаушы ретінде, техникалық тұрғыда күрделі медициналық аппараттармен жеңіл жұмыс жасай білуді, жоғары мәдени дәрежедегі және әрдайым шығармашылық ізденісте болуды талап етеді [2].

Дегенмен, мейірбике қызметінің заманауи үлгісіне жетуді қамтамасыз ететін біршама мәселелердің барын айта кеткен жөн.

Денсаулық сақтау саласында негізгі мәселердің біріне кадр мәселесі жатады [3]. Нақты айтар болсақ, кадрлардың тұрақтамауы және тәжірибесі мол мамандардың көп жағдайда басқа салаларға кетуі алаңдатады. Қазіргі кезде медициналық кадрлардың жетіспеушілігі мемлекеттің өзекті мәселесіне айналып отыр. Себебі ретінде қоғамдағы медициналық мамандықтың әлеуметтік мәртебесінің төмендігі,

еңбекақының сәйкессіздік жүйесі, кәсіби жетілдіруге, өзінің білімін арттыруға, сапалы және жоғары білікті еңбекке ынталандырудың болмауын келтіруге болады.

Еңбекте мейірбикелерге арттылатын үлкен жүктеме және көптеген кәсіби күйзелістерді тудыратын факторлардың әсері эмоционалды күйреу синдромының динамикалық дамуына әкеледі, ол өз алдына медициналық көмек сапасына, медициналық қызметкерлердің денсаулығына қолайсыз әсерін тигізіп, білікті мамандардың кетуіне әсер ететіні белгілі.

Мейірбикелік қызметтің сапасын арттыру жолының бірі - мейірбикелік қызметті стандарттау. Мейірбикелік персоналдың қызметінде стандартты қолдану жұмысты жеңілдетеді, уақытты үнемдейді, сабақтастықты қамтамасыз етеді, мейірбикелік көмектің ұйымдастырушылық құрылымын өзгертпей пациенттердің қызмет көрсету сапасын жақсартады.

Алайда, Қазақстанда қазіргі таңда медициналық көмек көрсетудегі барлық деңгейінде стандарттау жүйесі қарқынды даму үстінде болғанымен, мейірбикелік іс саласындағы стандарттар ескірген және заманауи медицина мен сапа менеджмент талаптарына әліде сәйкес келмейді.

Сонымен қатар мейірбике қызметінің, оны реттеу механизмдерінің, әлеуметтік қорғау құралдары мен әдістерінің және білікті кадрларды ынталандырудың құқықтық негіздерінің болмауы ашық мәселе болып қалуда және осы кезге дейін мейірбике қызметін пайдалануда тәжірибелік денсаулық сақтаудың қажеттілігі ескерілмеген [4].

Мейірбикелерді құрмет тұтарлықтай қасиеттерінің бірі ретінде науқастарға қамқорлықпен қарауды жатқызамыз. Қамқорлық көрсету арқылы адамдардың саулығын сақтауға және жақсартуға ықпал жасау, сапалы мейірбикелік күтімнің міндетті шарты болып есептелінеді. Науқастарға күтім жасамастан бұрын, ең алдымен әріптестердің өз араларында жақсы қарым-қатынас болу қажет. Дегенмен, көп жағдайларда, мейірбикелер өз әріптестерінің арасында болатын қырғибақтардың және дәрекіліктің салдарынан қиындықтарға ұшырап, жұмысқа деген күш – жігері төмендейді.

Көп жағдайда әріптестердің қысымына жұмысқа жаңа орналасқан мейірбикелер ұшырауда, оның себебі тәжірибелерінің аздығынан кәсіби міндетіндегі іс-әрекеттерді сенімсіз орындау, ұжымның ішкі мәдениетінен бейхабарлық себеп болады [5].

Онымен қоса пациенттердің арасында мейірбикелік қызметке деген қанағаттанбаушылық артуда, оның себебі, халықтың ғаламтор арқылы медицина саласындағы білімдерін өз еркімен жоғарлатып отыруы ықпал етеді.

Денсаулық сақтау саласында мейірбикелік персоналдың ролі туралы дәрігерлердің, мейірбикелердің және науқастардың арасында жүргізілген сауалнамалардың нәтижесіне сүйенсек, маңыздылық дәрежесі бойынша мейірбикелердің қадір-қасиеттерін келесі түрге бөлген:

1. Жауаптылық
2. Құзыреттілік
3. Мейірімділік
4. Байланысқа бейімділік
5. Қызметтестік

Мейірбикелік істің қолайсыз қасиеттерін бағалау нәтижесінде респонденттердің көпшілігі бірінші орынға немқұрайылық пен дәрексіздікті, соңғы орынға жауапсыздық қасиетін қойған [6]. Көптеген зерттеулерді талдау нәтижелерінде мейірбикелердің мәдени дәрежесінің төмендігі анықталған. Яғни, негізгі мәселелерге мейірбикелердің мәдени дәрежесін арттыру жолдарын қарастыру болып табылады.

Еңбек уақытын рационалды қолданбау, жүктеменің нормадан тыс болуы, құқықтық негіздердің жетіспеушілігі, персоналдың арасындағы келіспеушілік, пациенттердің мейірбикелердің мәдени құзыреттілігі деңгейіне қанағаттанбаушылық, инновациялық технологиялардың үздіксіз және жылдам енуі, медицина саласында ақпараттардың жаңаруы, реформаға байланысты кадрларға талаптың күшеюі, еңбек ақының жетіспеушілігі және т. б. келеңсіз факторлардың әсері мейірбикелердің арасында эмоционалды зорығумен қоса медициналық кадрлардың тұрақтамауына әкеледі.

Осы мәселелердің шешудегі негізгі жолдарының бірі денсаулық сақтаудағы басқарушылық жүйесін жетілдіру және мейірбикелердің білімін ұдайы арттыру болып келеді. Сонымен қатар медициналық қызметтің жоғары сапасына жетуде медициналық көмекті көрсетудегі нормативтік-құқықтық негіздерді жетілдіру, емдеу-диагностикалық үрдістерде пациенттердің қауіпсіздік мәдениет деңгейін жоғарылату, қауіпсіз медициналық көмек көрсетудегі дәрігерлердің де мейірбикелердің де құзыреттілік деңгейін көтеру және пациенттердің қауіпсіз медициналық көмекті алудағы ақпараттылық деңгейін көтеру болып табылады [7].

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Аббясов И. Х., Двойников С. И., Карасева Л. А. Основы сестринского дела: учеб. для студ. сред. проф. учеб. заведений, 2007.
- 2 Саченко О. Этико-деонтологические проблемы образования и воспитания специалистов среднего медицинского звена// Актуальные вопросы состояния и развития сестринского дела в Республике Беларусь – М: 2009.
- 3 Бурибаева Ж:К. Теоретические и методологические основы развития сестринского дела на уровне первичной медико-санитарной помощи/ дисс., 2008.
- 4 Садықова М.А. Бике ісіндегі менеджмент// Аға медбике журналы №11 11.2013 журналы.
- 5 Джудит А. Весси, Царева В.Г., Хулиганство на рабочем месте// Вестник ассоциации мед.сестер России №4/4 2011.
- 6 Лапик С.В. На пути к самостоятельной практике: оценка роли ВСО в становлении сестринской профессии// Вестник ассоциации мед.сестер России №4/4 2011.
- 7 В.В. Койков, М.А. Граф, Г.Ә. Ермаханова Қазақстан Республикасының медициналық ұйымдарында пациенттер қауіпсіздігін қамтамасыз ету стратегиясына концептуальды көзқарас// Денсаулық сақтауды дамыту журналы №3 (60) 2011 г.

Н.Ж. ДАРМЕН, Р. ЖОЛДАСОВА, Б. АНВАРОВ, А. АБДИРАСИЛ
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

НЕКОТОРЫЕ ЗНАЧИМЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

Резюме: Медицинские сестры составляют наибольшую категорию работников здравоохранения и в отличие от других специалистов имеют тесную связь с населением в оказании медицинской помощи. Следовательно, для повышения качества медицинской помощи населению в здравоохранении продуктивным является оценка деятельности сестринского персонала и поиск путей их оптимизации. В данной статье приведены некоторые наиболее важные вопросы в деятельности сестринского персонала.

Ключевые слова: сестринская деятельность, медицинская сестра, сестринское дело.

N.G. DARMEN, R. ZHOLDASBEKOVA, B. ANVAROV, A. ABDIRASIL
Kazakh National medical university named after S.D.Asfendiarov

SOME MEANINGFUL ASPECTS ARE OF PROFESSIONAL ACTIVITY OF MEDICAL SISTER

Resume: Nurses are the largest category of health workers, and unlike other specialists have a close connection with the people in the provision the health care. Therefore, the estimation of the action nursing assessments and the search ways of optimization of their work are need for increase the quality of medical care in public health.

Keywords: nursing activities, nurse, nurse business.

А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, Н.Е. ӘЛІМБЕКОВ, Ә.Қ. БАЕТОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ОРТА МЕДИЦИНАЛЫҚ ПЕРСОНАЛДЫҢ АҚПАРАТТЫҚ-ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ДАМУҒА ҚАТЫНАСЫ ЖӘНЕ ДАЙЫНДЫҒЫ

Бәсекеге қабілеттілікті дамытуға және халықаралық ақпараттық кеңістікке интеграциялануды жеделдетуге бағытталған қажетті шараларды таңдау бүгінгі қоғамның, соның ішінде денсаулық сақтаудың басым міндеті. Сондықтан аталмыш процедураны іске асырушы медициналық қызметкерлердің ақпараттану мүмкіндігін ғылыми-технологиялық негіздеу шарт.

Сұралған медициналық персоналдың жартысынан астамы компьютерлік сауатсыз, аз ғана бөлігінің компьютерлік техниканы күнделікті жұмыс барысында қолдану мүмкіндіктері бар. Компьютерлік білімді арнайы курстарда алғандар да жоқ емес, олардың негізгі бөлігі өз қаражаты есебінен оқыған. Мамандардың 2/3-ін ақпараттық-компьютерлік технологиялармен қамтамасыз ету деңгейі қанағаттандырмайды. Сұралған медициналық қызметкерлердің 1/3-і Интернет жүйесінде жұмыс жасай біледі. Алайда жаһандық жүйеге қосылу мүмкіндіктері шектеулі.

Түйінді сөздер: орта медициналық персонал, ақпараттық-технологиялық даму, компьютерлік сауаттылық

Қазақстандағы қоғамның ақпараттануының басым бағыттарының бірі денсаулық сақтауды, соның ішінде медициналық ғылым мен білімді информатизациялау болып табылады. Мұнда құқықтық негізді стандарттау және жетілдірудің рөлі зор [1,2,3].

Денсаулық сақтауды информатизациялау стратегиясының сынды бағыты қазіргі компьютерлік технология аймағындағы саладағы қалыс қалушылықты жоюға, алдыңғы қатарлы мемлекеттермен салыстырғанда бәсекеге қабілеттілікті дамытуға және халықаралық ақпараттық кеңістікке интеграциялануды жеделдетуге бағытталған қажетті шараларды таңдау болып табылады. Сондықтан аталмыш процедураны іске асырушы медициналық қызметкерлердің ақпараттану мүмкіндігін ғылыми-технологиялық негіздеу шарт.

Берілген зерттеу жұмысының мақсаты Алматы қалалық медициналық мекемелеріндегі ақпараттану-технологиялық жүйесін зерттей отырып мейірбике персоналының оған қатынасы мен дайындығын жетілдіру болып табылады.

Зерттеу материалы және әдістері. Қойылған мақсатқа жету үшін орындалатын міндеттерді шешуде зерттеудің түрлі материалдары мен әдістері қолданылды. Нормативтік-құқықтық база зерделеніп, мекемелердің арнайы есеп құжаттарының фрагменттері талданды.

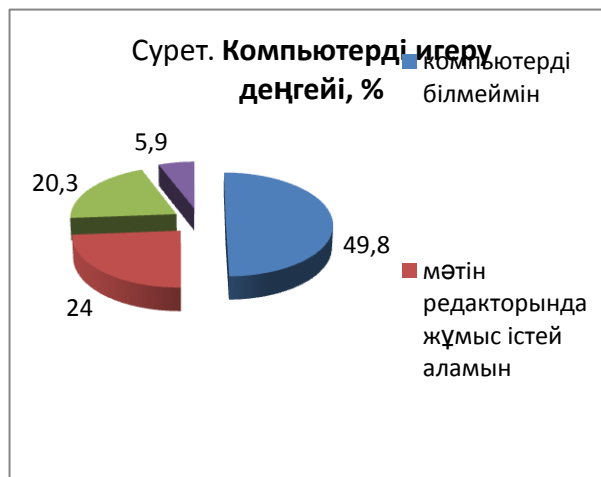
Медициналық қызметкерлердің ақпараттық-технологиялық үдеріске қатынасын бағалауда персоналдың компьютерлік білімін және сауатын

анықтау үшін социологиялық сұрау жүргізілді. Сауалнамалық сұрау 2014 жылы Алматы қалалық №7 клиникалық ауруханасы және емханасы, сонымен қатар №18 емхананың медициналық мекемелерінің 40 мейірбикелік персоналы арасында жүргізілген.

Зерттеу нәтижесінде алынған ақпарат мәліметтердің бірегей базасына біріктірілген. Зерттеу методологиясы ақпараттық-аналитикалық, контент-анализ, социологиялық, сараптамалық бағалау, статикалық әдістерді біріктірді

Ақпараттық технологияларды мүмкіндігінше кеңінен қолдануда персоналдың түрлі жұмыс тілдерін меңгерген болуы маңызды. Сұрау нәтижелері медициналық қызметкерлердің 1/5 бөлігі тек орыс тілін білетінін көрсетті, алайда, негізгі бөлігі 55,4% – екі тілді де игерген (қазақ және орыс), ал 13,2%-ы қазақ, орыс және ағылшын тілдеріндегі белгілі көлемде білім жүгіне ие.

Медициналық қызметкерлердің компьютерді игеру деңгейлерін талдау нәтижесінде респонденттердің жартысына жуығының (49,8%) компьютерде тіпті жұмыс жасай білмейтіндіктері анықталды. 24,0% мейірбикелер тек текст редакторында, яғни компьютерлік сауаттылықтың ең төмен деңгейіне меңгерген. Компьютерлік сауаттылықтың орта деңгейі (функциональды компьютерлік сауаттылық) – 20,3%-на, жоғары деңгейі (функциональды және жүйелік) – 5,9% респонденттерге тиесілі (сурет 1)



Сурет 1 - Компьютерді игеру деңгейі

Зерттеу барысында медициналық қызметкерлердің компьютерді жұмыс орнында қолдану мүмкіндіктері қызығушылық тудырды. «Сіз жұмыс орнында компьютер қолданасыз ба?» – деген сұраққа, тек, 22,5% сұралғандар «иә» деп жауап берген.

Жұмыс орнында компьютер қолданбайтын 77,3% респонденттер келесі себептерді көрсеткен: 2/3 жағдайда – жұмыс орнында компьютердің жоқтығы, бөлімдегі (лаборатория) компьютер санының жеткіліксіздігі – 5,9%, уақыт жетіспеуінен компьютерде жұмыс дағдыларын дамыту мүмкіндігі жоқтығы – 3,4% және компьютерде жұмыс жасау дағдысы жоқтығын 22% респондент белгілеген.

Медициналық қызметкерлерден компьютерлік білім алу жолдарын сұрау арқылы айқындауда, респонденттердің жартысына жуығы бұл бағытта ешқашан арнайы білім алмағандықтарын, 1/3-і – өз білімін жетілдіру негізінде компьютерді игергендіктерін көрсеткен. Тек 17,6% маман компьютерлік сауатқа арнайы курстар арқылы үйреніп, олардың 80% өз жеке қаржысы есебінен оқығанын алға тартқан.

Зерттеудегі мейрбикелік персонал орнатылған Windows XP, Windows 98, Internet Explorer, Excel, Access операциялық жүйелерінің ішінен өз жұмыстары барысында, негізінен, Microsoft Word қолданады екен.

Техникалық жабдықталу бойынша респонденттердің пікірін зерттеуде толық қанағаттану 10,3% респонденттермен негізделсе, 28,7% – жартылау қанағаттану, 41,4% – жартылай қанағаттанбау көрсеткіштерін құраған.

2/3 медициналық қызметкерлерді практикалық түрде ақпараттық-компьютерлік технологиялармен қамтылу деңгейі қанағаттандырмайды, алайда, респонденттердің 1/10-ң пікірінше, олар жұмыс жасайтын медициналық мекемеде қамтамасыз етілу дәрежесі толық жеткілікті.

Сауалнамалық сұрақтардың келесі блогы жұмыс орнында Интернетке қол жеткізу мүмкіндігіне қатысты. Мұндай мүмкіндікке жұмыс орны компьютермен жабдықталған мамандардың, небары, 27,7 %-ы ие екендігі анықталды. Солай болғанымен, 59% жағдайда, Интернет қосылу уақыты - шектеулі.

Жалпы сұралған медициналық персоналдың 71,7%-ң Интернетте жұмыс жасау дағдысы жоқ. Интернетте жұмыс жасай білетін респонденттер тобын бүтін ретінде алғанда, олардың 60,0%-ы жүйеде қажет ақпаратты іздеу жүргізе біледі, 34,0%-ға жуығы электрондық поштамен хабар алмаса алады.

Қорытынды. Барлық сұралған медициналық персоналдың жартысынан астамы компьютерлік сауатсыз, аз ғана бөлігінің компьютерлік техниканы күнделікті жұмыс барысында қолдану мүмкіндіктері бар. Мұның негізгі себептеріне: жұмыс орнында компьютердің жоқтығы, компьютер санының жеткіліксіздігі және компьютерге қол жетімсіздік, компьютерде жұмыс жасау дағдысының жоқтығын жатқызған. Компьютерлік білімді арнайы курстарда алғандар да жоқ емес, олардың негізгі бөлігі өз қаражаты есебінен оқыған. Мамандардың 2/3-ін ақпараттық-компьютерлік технологиялармен қамтамасыз ету деңгейі қанағаттандырмайды. Сұралған медициналық қызметкерлердің 1/3-і Интернет жүйесінде жұмыс жасай біледі. Алайда жаһандық жүйеге қосылу мүмкіндіктері шектеулі.

Жоғарыда келтірілген медициналық персоналдың ақпараттанумен байланысты жұмыс ортасындағы кедергілер мен шектеулер денсаулық сақтауда орын алатын ақпараттану-технологиялық қалыс қалулар жүйедегі дамудың тежелістеріне әкеледі.

ӘДЕБИЕТ ТІЗІМІ

- 1 Указ РК «2006-2009 жылдарға ҚР ақпараттық кеңістіктегі бәсекеге қабілеттілікті дамыту концепциясы жөнінде» №163 Президентінің Нұсқауы. – Астана: Ақорда, 2006.
- 2 «Ақпараттандыру жөнінде» ҚР Заңы. – Астана: Ақорда, 2007.

А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, Н.Е. ӘЛІМБЕКОВ, Ә.Қ. БАЕТОВА
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

СОСТОЯНИЕ И ПОДГОТОВЛЕННОСТЬ МЕДСЕСТЕР В ОТНОШЕНИИ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕХНОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Резюме: Приоритетным направлением стратегии информатизации здравоохранения является выбор необходимых мероприятий, направленных на ликвидацию отставания отрасли в области современных компьютерных технологий, развития конкурентоспособного по сравнению с передовыми структурными ведомствами и ускорения интеграции в международные информационные пространства. Поэтому, особенно важным видется, изучение статуса в отношении информационно-технологического развития медработников и структуры, в целом.

Более половины опрошенных медсестер компьютерно не грамотные, только у малой их части есть возможность использовать компьютерную технику в повседневной работе. Две трети специалистов не удовлетворены обеспечением информационно-компьютерной технологией в своей организации. У одной трети респондентов имеются навыки работы в сети Интернет. Хотя, в большинстве случаев, ограничены возможности подключения в глобальную сеть.

Ключевые слова: средний медицинский персонал, информационно-технологическое развитие, компьютерная грамотность.

A.A. AITMANBETOVA, Z.A. KOZHEKENOVA, N.E. ALIMBEKOV, A.K. BAETOVA
Kazakh National Medical University named S.D. Asfendiyarov

STATUS AND TRAINED OF NURSES WITH RESPECT TO INFORMATION AND TECHNOLOGICAL DEVELOPMENT

Resume: A priority health informatization strategy is to choose the necessary measures to eliminate the backlog in the industry of modern computer technology, the development of competitive compared with advanced structural departments and accelerate integration into the international information space. Therefore it is especially important to see the status of the study in relation to information technology development and the structure of health care workers in general.

More than half of nurses oproshennyz not computer literate, only a small portion of them have the ability to use computer technology in their daily work. Two-thirds of respondents not satisfied providing information and computer technology in their organization. One-third of respondents have skills on the Internet. Although in most cases, limited connectivity to the global network.

Keywords: nursing staff, information technology development, computer literacy.

ӘОЖ:61: 005.745(06)

Н.А. ТАЛКИМБАЕВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Н.Н. ЕРМЕКБАЙ, Ә.Е. ЖҰМАТАЕВА
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

КӘСІБИ ЗОРЫҒУЫ МЕЙІРБИКЕ ІСІНДЕГІ ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙДАҒЫ МАҢЫЗДЫ АСПЕКТ РЕТІНДЕ

Жұмысы адамдармен қарқынды және эмоционалды түрде тығыз қарым-қатынаста болатын мамандардың, соның ішінде медициналық қызметкерлердің кәсіби әрекетінің денсаулық жағдайына әсері ерекше назар аудартады. Мұндай мамандардың еңбек әрекетіндегі ситуациялар шеңберіне психикалық және физиологиялық реакциялар, кәсіби күйзеліс енеді.

Мейірбике мамандығы өкілдерінің күйзеліске жақын жеке тұлғалық ерекшеліктерін, жағдайларын және эмоциональды зорығу дәрежелерін диагностикалау үшін 18 адамнан тұратын медициналық персоналға тестілеу жүргізілді.

В.Бойко әдістемесі бойынша Зерттелгендердегі эмоциональды зорығу синдромының даму деңгейлерін талдау I фазаның доминантты екенін көрсеткен. Түйетініміз, эмоциональды зорығу синдромы жұмыстың жағымсыз жағдайларының әсерінен қалыптасатынын, дәлірек айтқанда, еңбек етудің рационалды ұйымдастырылуына тікелей байланысты.

Түйінді сөздер: мейірбике персоналы, кәсіби зорығу, күйзеліс, эмоциональды зорығу синдромы.

Соңғы жылдары түрлі кәсіптегі күйзеліс және адамның күйзеліске қарсы тұру механизмдерінің қалыптасуына байланысты сұрақтарға қызығушылық айтарлық жоғарылады [1,2]. Жұмысы адамдармен қарқынды және эмоционалды түрде тығыз қарым-қатынаста болатын мамандардың, соның ішінде медициналық қызметкерлердің кәсіби әрекетінің денсаулық жағдайына әсері ерекше назар аудартады. Мұндай мамандардың еңбек әрекетіндегі ситуациялар шеңберіне психикалық және физиологиялық реакциялар, кәсіби күйзеліс енеді (S.Rathod және оның пікірлестерінің (2000).

Медициналық қызметкерлердің кәсіби күйзеліс «өтемі» өте жоғары. Мысалы, Англияда 40% медициналық қызметкерлердің еңбекке жарамсыздығы эмоциональды күйзеліске байланысты екен (Dinsdale P., 1995).

Алматы қалалық емханаларда мейірбике ісінде эмоциональды түрде кәсіби зорығу синдромының дамуын зерттеу өзектілігі берілген зерттеу жұмысының мақсатын негіздеді.

Мейірбике ісі мамандарының өкілдерінде кәсіби зорығу синдромының даму дәрежесі мен жұмыс жағдайларының өзара байланысын зерттеу мақсатында ұйымдастырылған зерттеу жұмысының объектісі мен көлемі төмендегідей болып анықталды. Зерттеуге Алматы қалалық №7 клиникалық аурухана емханасы, №18 емхана, №8 қалалық балалар емханасының орта медперсоналы (21) алынған.

Зерттеу барысында тізім бойынша 84 анықтау тұғырынан тұратын, сұралушы «иә» және «жоқ» деген бірмағыналы жауап беруі тиіс В. Бойко әдістемесі бойынша эмоциональды зорығу симптомдарын социологиялық зерттеу жүргізілді [3]. Әдістеме күйзеліс дамуының келесі 3 фазасын анықтауға мүмкіндік береді: «кернеу», «төзімділік», «жүдеу». Өрбір көрсетілген фазалар үшін эмоциональды зорығудың жетекші симптомдары қарастырылған.

Процедуралық мейірбикелерінің күйзеліске жақын жеке тұлғалық ерекшеліктерін, жағдайларын және эмоциональды зорығу дәрежелерін диагностикалау үшін 18 адамнан тұратын медициналық персоналға тестілеу жүргізілді.

Зерттеуге арнайы мамандық бойынша жұмыс өтілі 5-10 жылдан кем емес персонал таңдалған. Сұралған

респонденттердің 66%-ы процедуралық мейірбике ісінде 5-10 жыл жұмыс жасағандар.

Тестілеу жұмыс уақытысының басында жүргізілген. Мұның өзіндік себебі бар: В.Бойко әдістемесі бойынша 84 анықтау тұғырынан тұратын сауалнамаға жауап беру үшін, оны жете түсініп, қарбалас жұмыс жағдайларына араласпай тұрып, мейірбике өз-өзін жұмысы тұрғысынан бағалауы, анықтауы тиіс.

Сынаққа түсуші оларға қатаң түрде «иә» және теріс «жоқ» деп жауап беруі тиіс. Тестілеу нәтижелерін интерпретациялау 4 симптомнан тұратын үш фаза бойынша жүргізіледі: кернеулік, төзімділік, жүдеу фазалары.

Зерттелгендердегі эмоциональды зорығу синдромының даму деңгейлерін талдау I фазаның доминантты екенін көрсеткен. Бұл фазада қалыптасу үстіндегі симптомдар (Г-дан басқа) – айрықша.

II фаза бойынша Е, Ж, И симптомдары негізінен қалыптасу үстінде, З – қалыптаспаған фазаға ығысқан.

III фазада қалыптасқан Л, М симптомдары жоқ болғанымен, К – 47%, Н – 6 % қалыптасып үлгерген.

Бұл мәліметтерді талдай келе зерттелгендер тобындағы қалыптасу үстіндегі симптомдар анықталды:

А - психожарақатаушы жағдайларды бастан кешіру

В - өзіне көңілі толмай

Д - мазасыздану және депрессия

Е - адекватты емес таңдамалы түрдегі эмоциональды жауап

Ж - эмоциональды-әдептілік дезориентация

И - кәсіби міндеттердің редукциясы.

Жұмыстағы психожарақатаушы жағдайларды бастан кешіру артық жауапкершілік сезінуден кейінгі қайтымсыз шаршау күйге өкеледі. Адам тітіркенгіш, ашуланшақ бола бастайды. Атқарған жұмысына көңілі толмай, өзін іштей азғыра бастайды. Айтылғандардың нәтижесіндегі жүйке жұқарудан мазасыздыққа, соңыра депрессияға ұшыратады.

Маман қоршаған ортамен эмоциональды алмасуды кәсіби жанасулар барысындағы іріктелген түрдегі жауаптар есебінен шектейді. «Қалаймын-қаламаймын»; «қажет деп тапсам – пациентке назар аударамын»; «көңіл-күйім болса пациенттің жағдайы мен сұраныстарына жауап беремін» ұстанымы іске асады. Адамға ол өзі дұрыс әрекет ететін тәрізді көрінгенімен, алайда қатынас субъектісі басқаны – эмоциональды сараңдықты, өзіне есеп бермеуді, пациент жағдайына

бейжай қарайтындығын нұсқайды. Жұмыстағы қатынастардан, жанасудан, сөз қатынастарынан шаршаған маман туыстары, әріптестері, таныстарымен, тіпті жақындарымен араласудан қашып, өз-өзімен тұйықталады.

Бұл симптомдар эмоциональды шығындарды талап ететін міндеттерді жеңілдету немесе қысқартумен көрінеді. Нәтижесінде эмоциональды-әдептілік дезориентация орын алады. Яғни ол өз жұмысындағы субъектілерге бұрынғыдай оң эмоциональды көмек беру мүмкіндігінен айрылады. Олардың жағдайларын түсініп, проблемаларын тең бөлісу, жағдайларын жасауға атсалысуға ынтасы болмайды. Сезім мен эмоциясыз әрекет ету – зорығудың айқын симптомы. Бұл жағдай жеке тұлғаның кәсіби деформациясын куәландырады да оның әрекет субъектісіне нұқсан келтіреді. Партнер өзіне қатысты көңілсіз көмек әрекетін сезініп, терең психологиялық соққы сезінеді.

Қуантарлығы, зерттеу нәтижесінде респонденттерде 3-ші жүдеу фазасының симптомдарының негізінен қалыптаспағандығы:

Л - «Эмоцияның жоғалу» симптомы

М - «Жеке тұлғаның өзгеру, немесе деперсонализация» симптомы

Н - «Психосоматикалық және психовегетативті бұзылыстар» симптомы.

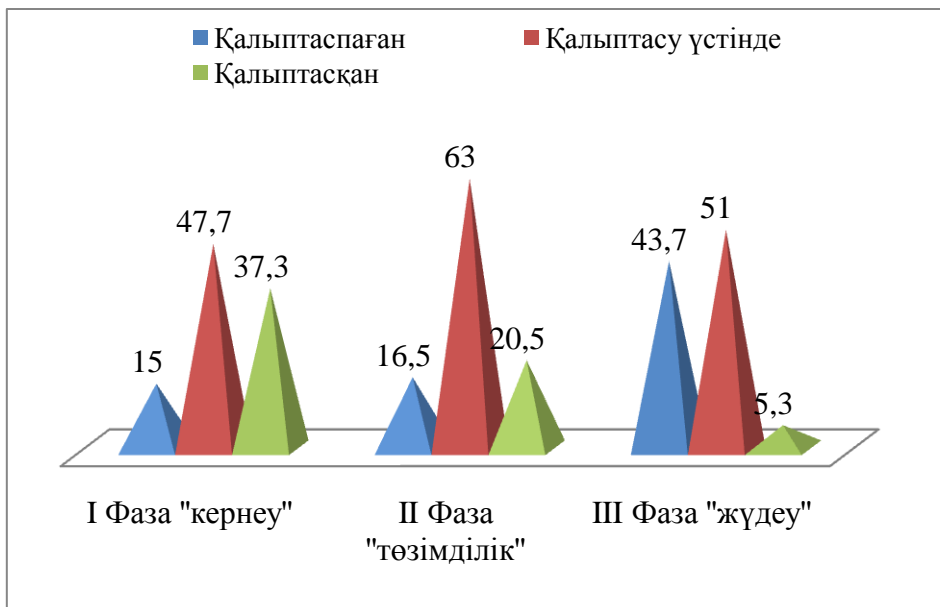
Мұндай көрініс процедуралық мейірбикелердің басқа санаттағы мейірбикелерге қарағанда кәсіби тұрғыда біршама эмоциональды тұрақты екендіктерін, патологияның қалыптасу сатысындағы симптомдары тіркелгенімен, қалыптасқан симптомдарының дамуының шектеулі күйін куәландырады.

Кәсіби-эмоциональды зорығу симптомдарының ішінде респонденттер арасында негізінен таралғандары алғашқы екі фазаға тиесілі болғаны, әрине, оңтайлы көрінгенімен 47% мамандар арасында III фаза симптомның қалыптасуы көңіл аудартады. К – қалыптасқан «эмоциональды дефицит» симптомы.

Ол кәсіби әрекеттегі эмоцияның сарқылуымен көрінеді, айналаға көңіл аудару, ден қойып мәселеге араласу тіпті қиындайды. Медициналық әрекет стереотипті түрде көңілсіз, кейде сапасыз орындалады.

Ситуация шешімін таппаған жағдайда соңғы фазаның ақырғы симптомдарына жол ашылады.

Зерттеу нәтижелері бойынша мейірбикелерде дамитын кәсіби зорығу синдромының қалыптасу фазалары суретте көрсетілген.



Сурет 1 - Респонденттердің эмоциональды зорығу синдромының даму фазалары бойынша таралуы (%)

Сонымен, тестілеу нәтижелері сыналғандарда қалыптасқан симптомдар санына қарай I-ші кернеулік фазасына тән екендігін куәландырады.

Фактілі түрде арта түсетін күйзеліске қарсы тұру мазасыздық керней бастаған сәттен басталады. Бұл табиғи реакция: қолдағы бар құралды пайдаланып, сыртқы қоршаған ортадан келетін күштеуді төмендету үшін адам саналы немесе саналы емес түрде психологиялық комфорт жағдайына ұмтылады.

Бойко әдістемесі бойынша тестілеу мәліметтерінен түйетініміз, ЭЭС жұмыстың жағымсыз жағдайларының

әсерінен қалыптасатынын, дәлірек айтқанда, еңбек етудің рационалды ұйымдастырылуына тікелей байланысты. Жанама жолмен, медициналық қызметкерлерге психологиялық көмек көрсету үшін ешқандай жағдай жасалмағанын дәріптейді. Алайда, тестілеу нәтижелері респонденттердің көпшілігінің өз жұмыстарын жақсы көретін, өмірде өз мамандықтарын кездейсоқ емес өмірлік деп таңдаған кәсіпқойлар екенін куәландырады.

ӘДЕБИЕТ ТІЗІМІ

- 1 Знаков В.В. Исследование профессионально важных качеств у мед. работников // Психологический журнал. – 2004. – №3. – С.71-81
- 2 Ронгинская Т.И. Синдром выгорания в социальных профессиях // Психологический журнал. - 2002. - Т. 23, № 3. – С. 85–95.
- 3 Бойко В.В. Синдром «эмоционального выгорания» в профессиональном общении/В.В. Бойко. – СПб.: Питер, 1999. – 105 с.

Н.А. ТАЛКИМБАЕВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Н.Н. ЕРМЕКБАУ, Ә.Е. ЖҰМАТАЕВА
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ВЫГОРАНИЕ КАК ВАЖНЫЙ АСПЕКТ ТРУДА СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Резюме: Профессиональная деятельность тех, которые находятся в интенсивном и эмоциональном контакте с людьми, в том числе медицинских работников, во многом влияет на состояние их здоровья и психоэмоциональный статус. В круг событий трудовой деятельности таких специалистов вступает психологические и физиологические реакции, состояние профессионального выгорания.

Личностные характеристики медсестер, их стрессоустойчивость, степени эмоционального выгорания 18 респондентов продиагностированы путем тестирования по специальной методике В.Бойко.

Анализ уровней развития СЭВ у респондентов определил доминантность I фазы. В заключении, установлена прямая взаимосвязь СЭВ с неблагоприятными условиями и нерациональной организацией труда.

Ключевые слова: средний медперсонал, стресс, синдром эмоционального выгорания.

N.A. TALKIMBAEVA, A.A. AITMANBETOVA, N.N. ERMKBAY, A.E. ZHUMATAEVA
Kazakh National Medical University named S.D. Asfendiyarov

PROFESSIONAL BURNOUT AS AN IMPORTANT ASPECT NURSING STAFF WORK IN MODERN CONDITIONS

Resume: Professional activities of those, who are in an intense and emotional contact with people, including health professionals, largely affects their health and psycho-emotional status. In terms of employment events such experts shall psychological and physiological reaction condition of professional burnout.

Personal characteristics of nurses, their stress, emotional burnout of 18 respondents diagnosed by testing a special technique V.Boyko .

Analysis of the levels of development of the SPB respondents identified dominance I-phase. In conclusion, there was a direct relationship with the SPB adverse conditions and irrational organization of labor.

Keywords: nurses, stress, burnout syndrome.

УДК: 614.4.351.77

А.Н. НУРБАКЫТ, Н.О. ЖУМАБЕКОВ
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК

НЕОБХОДИМОСТЬ В УСОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПРАВОВОЙ ОСНОВЫ ОПЕРАТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРУКТУР ГОССАНЭПИДНАДЗОРА (ПО Г. АЛМАТЫ)

Уровень санитарно-эпидемиологического благополучия рассматривается как интегральный показатель, отражающий с одной стороны состояние здоровья, а с другой - состояние среды обитания населения.

В связи с внесенными изменениями в законодательства (увеличение временного интервала между проверками субъектов, зарегистрированных менее трех лет) внедрения системы прогнозирования, оценки и управления рисками в части сокращения проверок субъектов частного предпринимательства, количества запланированных проверок службой снизилась на 39%.

По результаты исследования, следует сделать вывод, что, несмотря на ряд положительных тенденций, национальное законодательство в рассматриваемой сфере в значительной степени характеризуется декларативностью, разобщенностью, отсутствием четких механизмов реализации установленных норм, содержанием большого количества отсылочных норм, что

приводит к необоснованному увеличению количества подзаконных нормативных актов, наличием правовых проблем.

Ключевые слова: санитарно-эпидемиологическое благополучие, департамент по защите прав потребителей, санэпиднадзор, законодательно-правовые нормы.

Уровень санитарно-эпидемиологического благополучия рассматривается как интегральный показатель, отражающий с одной стороны состояние здоровья, а с другой - состояние среды обитания населения. Поэтому с целью объективной оценки состояния здоровья населения, выявления факторов среды обитания человека, негативно влияющих на его здоровье, а также разработки эффективных профилактических мероприятий необходим постоянный мониторинговый анализ этих показателей на территории страны с использованием организационного и информационно-аналитического обеспечения [1].

В этой связи, становится довольно актуальным и значимым обстоятельством изучение не только состояния, структуры, содержания законодательных актов медико-санитарного профиля в сфере санитарно-эпидемиологического надзора, но и эффективности механизма их реализации при осуществлении санитарно-гигиенического контроля надзорных, предупредительных объектов и принятия по ним решений районной и городской службой [2,3]. Это может явиться как теоретической, так и практической базой для дальнейшего совершенствования и развития нормативно-правового регулирования и более эффективного осуществления деятельности в период ее реформирования.

Целью нашего исследования определена выявить особенность и объемы деятельности городского департамента по защите прав потребителей (по г. Алматы) как результат его планирования и организации в условиях реформирования санэпидслужбы.

Для реализации поставленных задач достижения цели применены информационно-аналитический (анализ директивных и нормативных документов, отчетной и текущей документации, современных библиографических научных источников); теоретический анализ (это выделение и рассмотрение отдельных сторон, признаков, особенностей, свойств явлений); статистический (описательная статистика, оценка достоверности различий, корреляционный анализ) методы исследования.

В рамках реализации Государственной программы «Саламатты Казахстан» большое внимание в 2013 году уделено внимание созданию конкурентноспособного кадрового потенциала и повышению квалификации кадров. Всего специалистов с высшим специальным медицинским образованием - 179, со средним медицинским образованием – 84.

По квалификационной категории 112 специалистов, из них высшую категорию имеют – 40 специалиста, первую категорию имеют – 46, вторую категорию имеют – 26 (Рисунок 1).

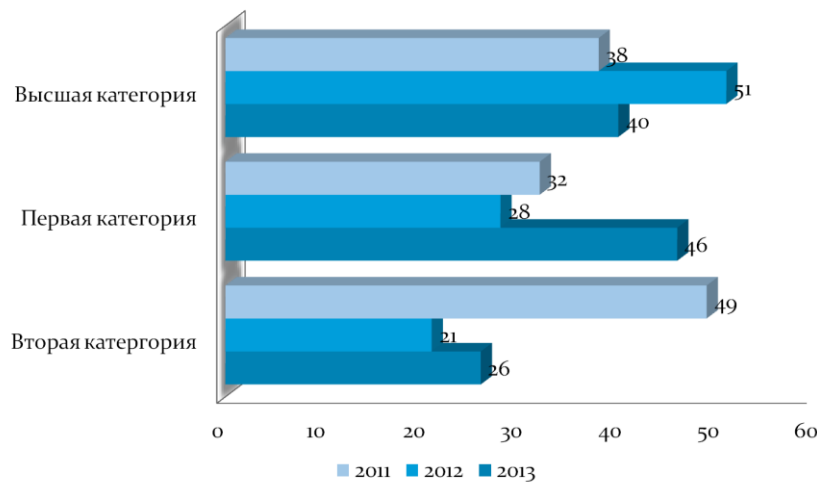


Рисунок 1 - Сравнительный анализ по присвоению квалификационной категории по г.Алматы на 2011-2013 гг.

Не имеют никакой квалификационной категории – 18,3% специалистов. Из них по Алмалинскому 12(75%), Алатаускому 8(53,3%), Жетысускому 7(46,7%), Медеускому 9(41%) районам.

Присвоены квалификационные категории 8 специалистам решением комиссии Департамента КГСЭН МЗ РК по г. Алматы и 73 специалистам решением комиссии Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК.

В 2013 г. Департаментом Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора по г.Алматы МЗ РК при участии Научных центров, органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы выполнен значительный объем мероприятий по

обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия на территории города Алматы.

Специалистами санэпидслужбы проведено 7172 проверок подконтрольных объектов (в 2012г. - 11262), в том числе 4948 плановых, 2227 внеплановых проверок.

В связи с внесенными изменениями в законодательства (увеличение временного интервала между проверками субъектов, зарегистрированных менее трех лет) внедрения системы прогнозирования, оценки и управления рисками в части сокращения проверок субъектов частного предпринимательства, количества запланированных проверок службой снизилась (рисунок 2) на 39% (2012г. - 15549; 2013г. -9443). Соответственно снизилась количество проведенных проверок на 32,2% (2012г. -7254, 2013г. -4948).

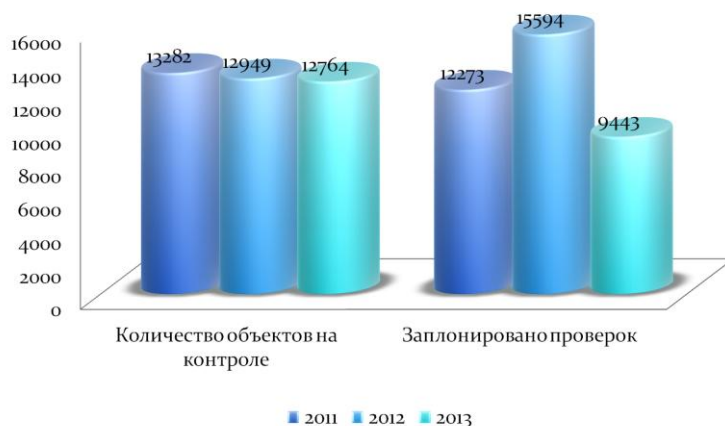


Рисунок 2 - Количество проверок подконтрольных объектов

В сфере частного предпринимательства проведено 4948 плановых проверок или 68,9% от общего числа проверок, что на 12,7% меньше, чем в предыдущем году (2012г. плановых - 6133 (81,6%)). Продолжена работа по переводу объектов в более низкую группу риска. В 2013г. переведено в более низкую группу риска (2012г. -1180 объектов.)

При этом, выявлено 4375 (в 2012г. -4916) объектов с отступлением от Санитарных Правил при плановых и внеплановых проверках, из них доведено объектов до соответствия 86,6%. (2012г. -81,8%).

По результатам выявленных нарушений в 2012г. наложено 5394 штрафа (в 2011г. -5702) на сумму 77 млн. 288тыс тенге (в 2012г. - 64,87 млн.тг.), из них взыскано 98% (в 2011г. -95,2%) на сумму 75,41 млн. тенге (в 2012г. - 60,41 млн.тг.).

За несоблюдение сроков прохождения медосмотров, отстранено от работы 3585 лиц (2012г. -3526 лиц), представляющих эпидемическую опасность для

населения, наибольшее количество отстраненных лиц в Бостандыкском -1293, Жетысуском -560, Ауэзовском -501 районах. Наименьше в Медеуском районе -170 лиц.

Количество выданных предписаний - 2976, из них из них выполнено -2645 (90,4%) (в 2012г. - 2259 (77,3%)). Передано в суды, следственные и правоохранительные органы 590 (2012г. -546) дел по объектам, нарушающим санитарные правила и нормы, по ним принято решений - 244 (41,3%) (2012г. -173 (31,7%)). Число объектов, эксплуатация которых приостановлена -202 (в 2012г. - 162).

Необходимо отметить высокий показатель выявляемости административного правонарушения в Бостандыкском (96), Ауэзовском (86), Жетысуском (74), Алатауском (74) районах самый низкий показатель Медеуском (55) районах. Сравнительные показатели принятых мер административного воздействия в целом по г.Алматы за 2011-2013 гг. приведены на рисунке 3.

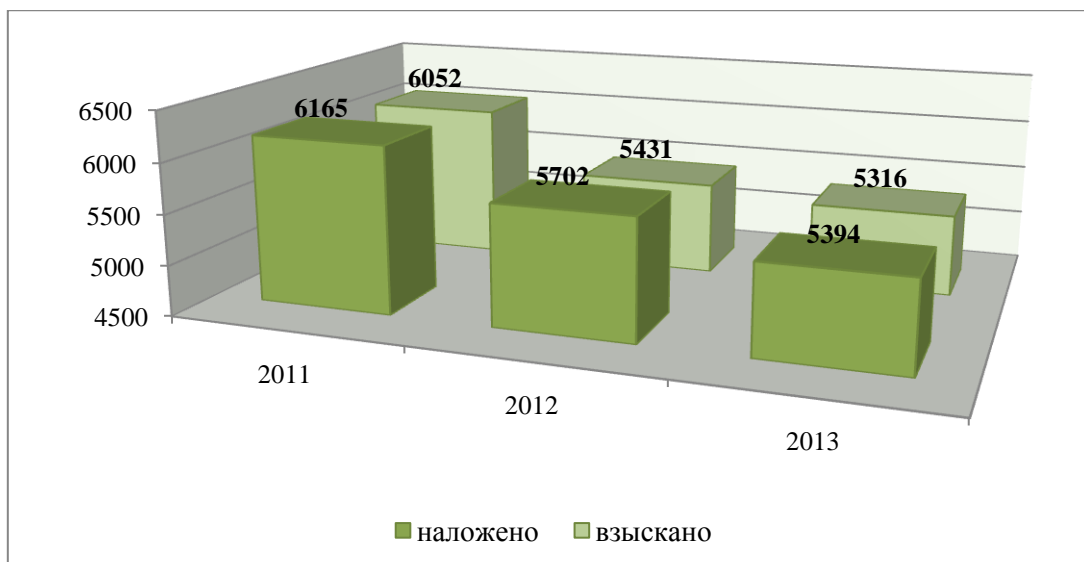


Рисунок 3 - Сравнительные показатели принятых мер административного воздействия по г.Алматы за 2011-2013 годы (штрафы)

По результатам исследования, следует сделать вывод, что, несмотря на ряд положительных тенденций, национальное законодательство в рассматриваемой сфере в значительной степени характеризуется декларативностью, разобщенностью, отсутствием четких

механизмов реализации установленных норм, содержанием большого количества отсылочных норм, что приводит к необоснованному увеличению количества подзаконных нормативных актов, наличием правовых проблем.

Динамично развивающийся Казахстан требует адекватного реагирования национальной правовой сферы. Поэтому разработка и инициация принятия комплекса нормативных правовых актов, регламентов и стандартов в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения является одной из приоритетных задач. Указанные меры, будут

способствовать оптимизации процессов реформирования национального здравоохранения, в частности, санитарно-эпидемиологической службы, также реализации стратегий и программ, направленных на укрепление здоровья нации, осуществляемых в настоящий момент в нашей стране.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Онищенко Г.Г., Шестопалов Н.В. О практике применения Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и совершенствовании санитарного законодательства //Гигиена и санитария. 2003. - №5. - С.3-7.
2. Комитет Госсанэпиднадзора МЗ РК. /Республиканская санитарно-эпидемиологическая станция МЗ РК.// Сборник материалов «Санитарно-эпидемиологическая ситуация в Республике Казахстан в 2008 году». – Астана: 2009. - 292 с.
3. Жузжанов О.Т., Торғаутов Б., Жетибаев Б. Совершенствование деятельности санитарно-эпидемиологической службы в современных условиях //Материалы первой республиканской научно-практической конференции «Опыт, проблемы и перспективы реформирования здравоохранения в республике Казахстан». – Алматы: 1999. - С. 187-190.

А.Н. НУРБАКЫТ, Н.О. ЖУМАБЕКОВ

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті
ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтаудың Жоғары Мектебі*

МЕМЛЕКЕТТІК САҢЭПИДҚАДАҒАЛАУ ҚҰРЫЛЫМЫНЫҢ ОПЕРАТИВТІК ӘРЕКЕТІНІҢ ҚҰҚЫҚЫТЫҚ НЕГІЗДЕРІН ЖЕТІЛДІРУ ҚАЖЕТТІГІ (АЛМАТЫ Қ. БОЙЫНША)

Түйін: Санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылық деңгейі бір жағынан -денсаулық жағдайын, екінші жағынан - халықтың мекен ету ортасының жағдайын сипаттайтын интегралды көрсеткіш.

Қауіпті бағалау және басқаруды болжау жүйесін енгізу заңдылықтарындағы өзгерістерге байланысты (үш жылға дейін тіркелген субъектілерді тексеру жиілігінің уақыт интервалын ұзарту), атап айтқанда жеке кәсіпкерлік субъекттерін тексеру санының қысқаруынан санэпидқадағалаумен жоспарланған тексерулер саны 39% -ға төмендеген.

Зерттеу нәтижелерінен шығатын қорытынды бірқатар оңтайлы өзгерістеріне қарамастан қарастырылып отырған сферадағы ұлттық заңдылық айтарлық деңгейде декларативтік, бірікпеген, белгіленген нормаларды іске асырудың айқын механизмдерінің жоқтығымен және сілтеме нормалардың шамадан көп болуымен сипатталады да, өз кезегінде, заңдылық негіздегі нормативтік актілердің, құқықтық шиеленістердің негізсіз көбеюіне әкеледі.

Түйінді сөздер: санитарлық-эпидемиологиялық салауаттылық, тұтынушылардың құқығын қорғау департаменті, санэпидқадағалау, заңдылық-құқықтық нормалар.

A.N. NURBAKYT, N.O. JUMABEKOV

*Kazakh National Medical University named S.D. Asfendiyarov
Kazakh School of Public Health*

IMPROVING THE LEGAL FRAMEWORK OPERATIONAL STRUCTURES OF SANITARY AND EPIDEMIOLOGICAL SURVEILLANCE (IN ALMATY)

Resume: Level of sanitary and epidemiological welfare is seen as an integral index, reflecting on the one hand the state of health, and on the other - the state of the habitat of the population.

In connection with the amendments to the legislation (increasing the time interval between inspections of entities registered less than three years) the introduction of a system for forecasting, risk assessment and management in reducing inspections of private enterprise, the number of scheduled service inspections decreased by 39%.

According to research results, it must be concluded that, despite some positive trends, the national legislation in this area is largely characterized by declarative, disunity and lack of clear mechanisms for implementation of established standards, the content of a large number of reference rules that leads to unnecessary increase in the number of bylaws, the presence of legal problems.

Keywords: sanitary and epidemiological welfare, the Department of Consumer Protection, legislative and legal norms.

УДК 61:378.12+378.147

Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, Г.Т. КАШАФУТДИНОВА, А. КЫЗАЕВА, А. КОБЕТАЕВА
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова
Кафедра «Политика и управление здравоохранением»

С.Т. СЕЙДУМАНОВ, А.М. ТАТИБЕКОВА
Республиканский медицинский колледж

СОЦИАЛЬНЫЙ ПОРТРЕТ ВЫПУСКНИКА МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА (НА ПРИМЕРЕ РМК Г. АЛМАТЫ)

В статье представлены результаты социологического опроса выпускников Республиканского медицинского колледжа специальностей: сестринское дело, лечебное дело и акушерство. Изучены причины выбора будущей профессии, удовлетворенность качеством обучения и уровнем полученных знаний и навыков, мнение о трудоустройстве, положительных и негативных аспектах будущей профессии,

Ключевые слова: профессиональный выбор, отношение к профессии, самооценка знаний и навыков.

Введение. В настоящее время в здравоохранении развитых стран произошло сближение деятельности медицинской сестры и врача, что привело к изменению моделей сестринского дела, увеличению численности специалистов, изменению характера и продолжительности профессионального образования. В Казахстане, как и в других республиках бывшего СССР, долгое время престиж профессии медицинского персонала среднего звена был низок, и медицинская

сестра (медбрат) рассматривались как исполнители врачебных назначений. Это отражалось на социальном статусе медицинских работников и престиже профессии в целом.

Однако в последние годы, ситуация изменилась. Все больше выпускников школ выбирают в качестве будущей профессии профессию медицинской сестры (брата), фельдшера, акушерки и т.п. (рисунок 1) [1].

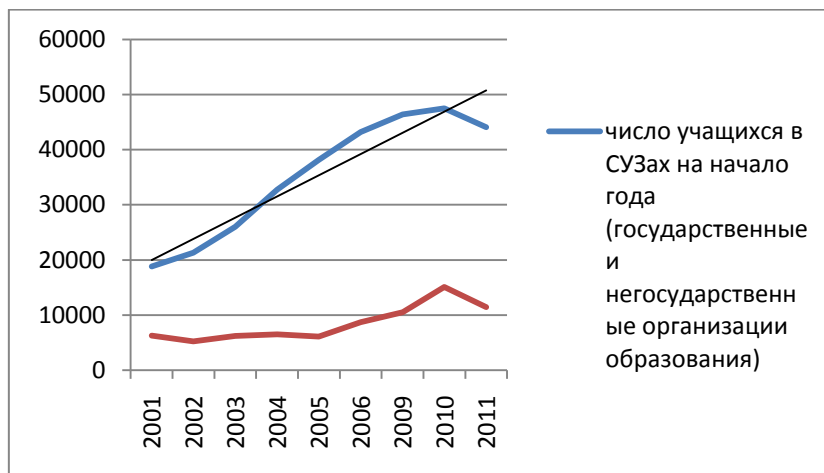


Рисунок 1 - Число обучающихся в медицинских колледжах в РК за 2001-2011 гг. и число окончивших СУЗы 2011 г.г.)

В своем послании «Стратегия Казахстан 2050», от 14.12.2012 г., Президент Н.А. Назарбаев особо отметил, что мы должны «...Кардинально улучшить систему медицинского образования. Система медицинских вузов должна быть подкреплена сетью специализированных образовательных учреждений среднего уровня...» [2]. Все это необходимо для формирования устойчивой и эффективной системы здравоохранения, в которой медицинскому персоналу среднего звена будет отведена особая роль. В этой связи, чрезвычайно важно знать уровень подготовки выпускников медицинских колледжей, их мнение о роли среднего медицинского персонала в медицинских организациях, мотивацию к работе и отношение к профессии в целом. Нами было проведено исследование, раскрывающее взгляд выпускников на их будущую профессию и роль в обществе, и составлен социологический портрет выпускника медицинского колледжа. Учитывая, что «кузницей» кадров по подготовке среднего

медицинского персонала в РК является РМК, наше исследование было проведено среди студентов РМК. **Цель исследования** - изучить мотивы выбора профессии, удовлетворенность выпускников полученными знаниями, качеством обучения, их мнение о положительных и негативных аспектах будущей профессии. **Методы.** Для осуществления цели исследования был проведен социологический опрос с использованием специально разработанной анкеты, которая включала 30 вопросов смешанного типа. Для разработки анкеты были адаптированы методологические подходы, изложенные в трудах Р.К. Малинаускас и др., и адаптированные к нашему исследованию [3-5]. Вопросы были сгруппированы по следующим блокам: паспортная часть (пол, возраст, семейное положение и т.д.), причины поступления в колледж, удовлетворенность качеством обучения, самооценка уровня полученных знаний и навыков, планы будущего трудоустройства и др.

Анкетирование проводилось анонимно. Выборка студентов осуществлялась гнездовым методом. В качестве единиц исследования отбирались не отдельные респонденты, а группы студентов, затем в отобранных группах было проведено сплошное анкетирование. Для оценки силы взаимосвязи между номинальными переменными применялся критерий ВКрамера (Cramer's V) для многопольных таблиц [6]. Для обработки результатов использовалась программа SPSS 17.0 for Windows.

Результаты. В исследовании приняли участие студенты-выпускники республиканского медицинского колледжа 2012-2013г.г. Из 300 опрошенных студентов 81% составили девушки, 12% респондентов были в возрасте 19 лет, 87% - в возрасте 20-29 лет и 1% в возрасте 30 лет.

Самой многочисленной группой были медицинские сестры - 51%, второй по численности была группа – фельдшеров – 35%, третьей – акушеров- 9%.

Средний возраст выпускников составил 20,6 лет (mean-20,6; CI 95%: 18-30). Подавляющее большинство были городскими жителями -70%. 27% выпускников состояли в браке, из них 76% имели детей до трех лет, 46% выпускников учились на платной основе. На вопрос об успеваемости во время учебы ответы распределились следующим образом: «больше пяттерок» - 40%, «больше четверок» -51%, « в основном удовлетворительно – 9%.

Таким образом, подавляющее число опрошенных респондентов имели хорошую успеваемость во время учебы.

Ответы на вопрос о причине поступления в медицинский колледж распределились следующим образом – рисунок 2.

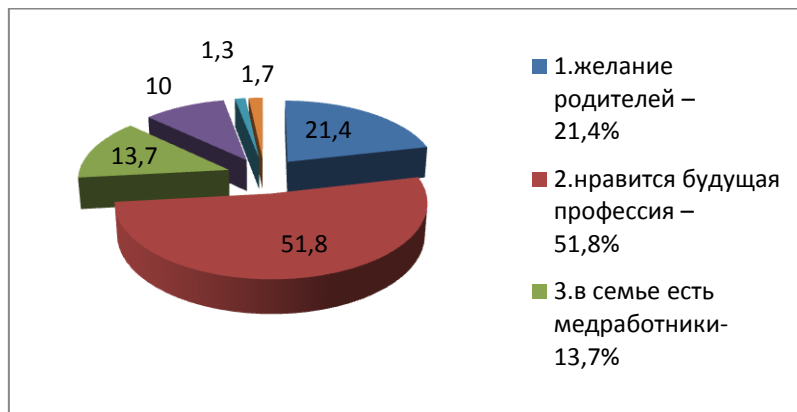


Рисунок 2 - Причины выбора будущей профессии

Как видно, только для половины респондентов мотивом поступления в медицинский колледж была привлекательность будущей профессии. Каждый пятый респондент поступил в медицинский колледж, уступив желаниям родителей. Это говорит о том, что выпускники школ не всегда способны к самостоятельному принятию решения и в выборе будущей профессии во многом зависят от родителей. Часть студентов (10%) выбрали медицинский колледж, так как не поступили в медицинский ВУЗ. Таким образом, эту группу можно считать вариантом 1 группы (ориентация на профессию врача, а не медицинской сестры).

Тем не менее, несмотря на различные причины поступления в колледж, подавляющему большинству студентов нравится будущая профессия (86%), т.е. вероятно, что эти студенты во время обучения изменили свое отношение к профессии.

На вопрос, чем привлекает будущая профессия, 43,1% ответили – «возможность работать по выбранной специальности»; 35,5% - «возможность получить медицинские знания», 16,4% - выбрали ответ – «отсутствие проблем с трудоустройством». Среди негативных сторон будущей профессии на первом месте – низкая заработная плата (32,4%), на втором – высокие физические и психологические нагрузки (26,1%), на третьем – различные профессиональные риски – 11,4%. Теоретическими знаниями и практическими навыками, полученными в колледже, в той или иной степени удовлетворено подавляющее большинство опрошенных студентов (92,3% и 89% соответственно). Меньше всего студенты удовлетворены своими коммуникативными навыками и правовыми знаниями (приказы, СанПины и т.п.) - рисунок 3.

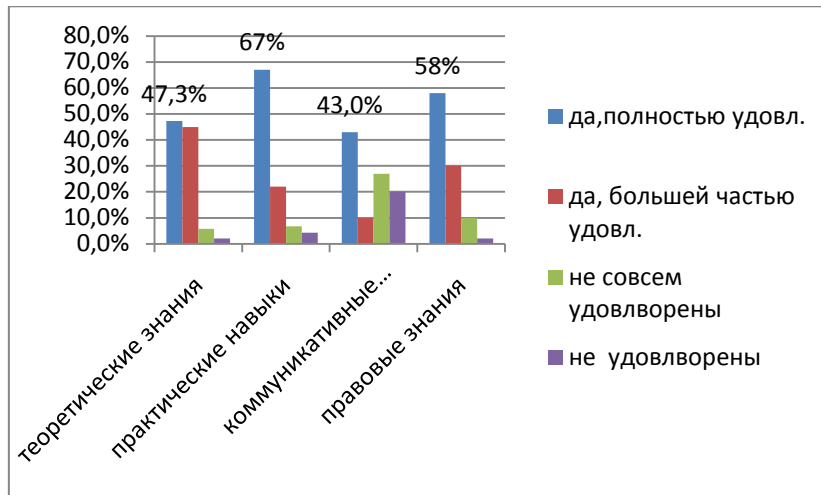


Рисунок3 - Результаты удовлетворенности студентов полученными знаниями и навыками

Статистически значимых различий между специальностями студентов и их удовлетворённостью полученными знаниями и навыками выявлено не было (Cramer's V=0,13; p=0,1). Ответы на вопрос, из каких источников кроме учебников и конспектов лекций студенты получают знания, распределились следующим образом: 39,5% опрошенных читают различную литературу по специальности (монографии, журналы и пр.), более половины (53,5%) использует Интернет, а 7% не читают вовсе. Более трети читают литературу только для подготовки к экзаменам (34,1%), только 18,7% ответили, что читают каждый день, 43,1% читают время от времени. Менее 10% студентов ответили, что свободно владеют иностранным языком (английским), 52% оценили свой уровень как средний и 38% практически не знают иностранного языка.

Нас интересовала удовлетворенность студентов качеством образовательного процесса: ресурсным обеспечением, организацией учебного процесса и системой оценки знаний. Так, полностью удовлетворены качеством лекций 68% и практических занятий 71,2% студентов, 24,4% и 21,7% удовлетворены большей частью, 4,7% и 3,7% не совсем удовлетворены, и 3% и 2,7% абсолютно не удовлетворены. Система оценки знаний (объективность, полнота) полностью устраивает 73,6%, в основном устраивает 20% и полностью не устраивает 6,4% студентов.

Ответы на вопрос об удовлетворенности ресурсным обеспечением учебного процесса (доступность библиотеки, достаточное количество и качество муляжей, наглядных пособий, наличие компьютеров и пр.) распределились следующим образом: 73% студентов в той или иной степени испытывали недостаток перечисленных ресурсов, 25% не испытывали и 2% не ответили на этот вопрос. Подавляющее большинство опрошенных студентов (91,6%) полностью удовлетворены организацией учебного процесса: расписанием занятий, организацией практики на клинических базах. Отраднo, что более двух третей респондентов собирается работать по специальности после колледжа (75,3%); 20,1% не собирается работать по выбранной специальности и 4,7% затруднились ответить на этот вопрос. 56,2% опрошенных собираются продолжить свое образование в медицинском университете (стать врачами). С одной стороны такое стремление к образованию похвально, но

с другой стороны получается, что система среднего профессионального образования не обеспечивает отрасль кадрами среднего звена. 34% опрошенных студентов ответили, что не собираются продолжать образование даже в своей сфере и 10% затруднились ответить. Таким образом, реально можно ожидать, что только около трети выпускников будет трудоустроиваться по специальности. Среди тех, кто собирается работать по полученной специальности подавляющее большинство хотят остаться работать в городе – 54,8%; из 30% студентов, приехавших из сельской местности, менее 10% хотят вернуться и работать в сельских медицинских организациях (9,4%). Половина опрошенных считает, что у них могут возникнуть проблемы с трудоустройством, 13,3% затруднились ответить и 36,7% не видят проблем с поиском работы.

Нас интересовало мнение студентов о том, пригодятся ли полученные знания и навыки в дальнейшей жизни, даже, если они не будут работать в медицине. Так, 42,5% считают, что полученные знания и навыки будут полезны в семейной жизни, 49,5% считают, что приобрели много полезных навыков и качеств (аккуратность, дисциплинированность, общение, сострадание, понимание и пр.), 8% ответили на этот вопрос отрицательно. При оценке силы взаимосвязи между полученными ответами и специальностями статистически значимых результатов получено не было.

Мы предложили студентам написать свое мнение о новой роли медицинской сестры (фельдшера, акушерки) в современном обществе. К сожалению, менее 5% опрошенных ответили на этот вопрос, отметив «важную роль в сохранении здоровья пациентов, выполнении связующего звена между пациентом и врачом».

Выводы. Результаты проведенного социологического опроса студентов-выпускников республиканского медицинского колледжа позволили сделать следующие выводы:

- чуть более половины студентов (51,8%) поступили в медицинский колледж, потому что им нравится будущая профессия. Следовательно, необходима ранняя профессиональная ориентация молодежи, способствующая более сознательному профессиональному выбору.
- большинство студентов удовлетворены теоретическими знаниями и практическими навыками,

полученными за время учебы. В то же время, отмечены низкие показатели удовлетворенности правовыми знаниями и коммуникативными навыками;

- большинство опрошенных выпускников имеют низкий уровень владения иностранным языком;
- только около трети выпускников собираются работать по выбранной специальности;

- более трети (34%) выпускников не понимают важности продолжения профессионального развития после трудоустройства;
- подавляющее большинство выпускников продолжают воспринимать медицинский персонал среднего звена как помощников врачей, выполняющих назначения и процедуры.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Стат. сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения». 2001-2011
- 2 Послание Президента РК народу Казахстана «Стратегия «Казахстан-2050» - новый политический курс состоявшегося государства» .
- 3 Малинаускас Р.К. Мотивация студентов разных периодов обучения. – Каунас: 2005.- 134 с.
- 4 Aitken N. D. College student performance, satisfaction, and retention.// Journal of Higher Education. - 1982. - №53. – 32 p.
- 5 Aldemir C., GulcanY., Students satisfaction in higher education. // Higher Education Management and Policy, 200416(2), 109–122.
- 6 БанержиА. Медицинская статистика понятным языком. Вводный курс.// – М.: Практическая медицина, 2007. – 287 с.

Б.С. ТУРДАЛИЕВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, Г.Т. КАШАФУТДИНОВА, А. КЫЗАЕВА

*С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ
Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы*

С.Т. СЕЙДУМАНОВ, А.М. ТАТИБЕКОВА

Республикалық медициналық колледж

МЕДИЦИНАЛЫҚ КОЛЛЕДЖ ТҮЛЕКТЕРІНІҢ ҚОҒАМДЫҚ ПОРТРЕТІ (МЫСАЛДА АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ РМК)

Түйін: Мақалада Республикалық медициналық колледждің мейірбике ісі, емдеу ісі және акушерия мамандықтары бойынша 3 курс студенттерінен алынған қоғамдық сауалнама нәтижелері көрсетілген. Болашақ мамандықты таңдау себептері, білім беру сапасына қанағаттанарлық. Алынған білім мен тәжірибе дағдыларының деңгейі, жұмысқа орналасу туралы пікір, болашақ кәсіптің оң және теріс аспектілерінің себептері анықталды.

Түйінді сөздер: кәсіби таңдау, мамандыққа деген қарым-қатынас, білім мен дағдыларды өзі бағалау.

B.S.TURDALIYEVA, G.E. AIMBETOVA, G. T. KASHAFUTDINOVA, A. KYZAYEVA

*KazNMU named after S.D.Asfendiyarova
Healthcare policy and management department*

S. T. SEYDUMANOV, A.M. TATIBEKOVA

Republican medical college

SOCIAL PORTRAIT OF THE GRADUATE OF MEDICAL COLLEGE (BASED ON THE EXAMPLE OF RMC OF ALMATY)

Resume: This article presents results of a sociological survey among graduate students of the Republican medical college (nurses, midwives). The survey studies reasons leading to a choice of future profession, level of satisfaction with quality of education, employment perspectives, positive and negative aspects of future profession.

Keywords: professional choice, attitude towards profession, self-assessment in terms knowledge and skills.

А.Б. ХАДЖИЕВА, А.М. МУКАНОВА
КазНМУ им.С.Д. Асфендиярова

ЛИДЕРСТВО И КРЕАТИВНОСТЬ В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

Лидирование в сфере образования требует глубоких знаний в различных областях науки. В системе образования возникла острая потребность в лидерах и компетентных руководителях, которые будут внедрять и применять в управлении подходы, основанные на умении креативно мыслить и принимать сбалансированные решения. От способности лидеров принимать профессиональные управленческие решения зависит качество деятельности организаций. Для эффективности работы организаций системы здравоохранения разрабатываются молодежные программы, рассчитанные на восполнение дефицита лидерских кадров в управлении.

Ключевые слова: лидерство, креативность, управление качеством образования, система качества образовательных услуг.

Введение. В статье рассматриваются особенности и специфика управления качеством образования, также роль лидерства и креативности в повышении качества образовательных услуг. В работе подчеркнуто, что управление в сфере образовательных услуг должно быть эффективным. Также приводятся результаты внедрения системы менеджмента качества для повышения конкурентной способности на примере КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова. Управление качеством образования в университете является работой всего персонала организации. Отсюда, в коллективе должен быть человек, который, с одной стороны, смог бы соответствовать этим преобразованиям, а с другой стороны, умел договариваться с другими, решать необходимые задачи, добиваться поставленных целей, эффективно работать и в совместной деятельности достигать значимых результатов, организовывать командную работу. Необходимо развивать набор навыков для улучшения существующей системы качества образовательных услуг.

Система управления качеством образования может иметь формальную и неформальную основу. Первая определяет комплекс обязательных регламентов и нормативов, вторая - социально-психологическое отношение персонала к проблемам качества, атмосферу творчества и инициативы. Качество необходимо не только требовать и контролировать, но и мотивировать. Развитие мировой и национальных экономик как инновационных изменило характер общественных потребностей в образовательных услугах и поставило систему высшего и профессионального образования перед сложным выбором, суть которого, еще в конце прошлого века на конференции Ассоциации европейских университетов сформулировал П. Скотт: «Если они (университеты - Г. Е.) не проявят нужной гибкости, необходимость в них может просто отпасть; если продемонстрируют ее — могут переродиться в нечто совсем не похожее на университеты. Если же университеты пожертвуют своими фундаментальными ценностями, возложив их на алтарь новизны, тогда их и защищать не стоит! Так что в XXI столетии университетам придется пройти по узкой тропинке между тем, что действительно устарело и возможным отказом от незыблемых ценностей» [1].

Восприняты также подходы к рассмотрению личностных черт, изложенные в трудах Р. Кэттелла и Г. Олпорта, идеи и концепции классиков социально-философской мысли о детерминации лидерства конкретной культурно-исторической ситуацией (Г.В. Гегель, А. Кребер). Помогли

прояснить специфику проявления лидерства в образовательной деятельности идеи гуманистического направления в современной персонологии - А. Маслоу, Г. Олпорт, К. Роджерс, синергетического подхода - И.Р. Пригожин, концепции культурного топоса - Л.М. Андрюхина, О.Р. Сигнаевская.

Особо хотелось бы остановиться на научных работах И.Р. Колтуновой, где обозначены функции образовательных лидеров и на основе которых выделены основные показатели лидерской компетентности. Одной из важных функций лидера - гармонизации отношений посвящены работы А.С. Белкина, Э.А. Орловой.

Лидирование в сфере образования требует глубоких знаний в различных областях науки. Содержание высшего педагогического образования состоит из таких блоков, как социально-гуманитарный, психолого-педагогический, предметный и методический. Их единство и взаимодействие обеспечивает высокую педагогическую культуру и педагогическое мастерство обучающего, является основанием для формирования лидерских способностей, качеств.

Формирование и развитие лидерского потенциала современного педагога

предполагает гуманистический подход в образовании. Способность к осмыслению накопленного человеческого культурой опыта решения наиболее общих задач педагогической деятельности, природы образования, его цели, места в культуре, возможностей и путей его совершенствования; вопросов природы человека, закономерностей его становления и развития создает основу для самоопределения, самоидентификации и выработки собственного педагогического кредо, своего стиля мышления, лидерства, что при современной стремительной социодинамике культуры является необходимым условием личностной и профессиональной состоятельности педагога-лидера.

Интерес к учебе у студентов в известной степени зависит от умения преподавателя вдохновить, увлечь своим предметом, от уровня его профессионального мастерства. Около 40,0% студентов отметили увеличение интереса к учебе при его наличии и раньше, а у 20,2% студентов к пятому курсу появился интерес к учебе в педагогическом вузе, хотя в начале обучения отсутствовал. Однако существенная часть студентов (38,8%) воспринимают обучение в вузе как совершенно неинтересное занятие.

Значительную роль в процессе формирования лидеров играет социально-психологическая среда обучения. Для

ее оценки мы предложили студентам ответить на вопросы о следующих сторонах этого феномена: эмоциональное самочувствие; комфортность коммуникационной среды; возможность для интеллектуального роста; гарантии справедливого и уважительного отношения со стороны преподавателей. Существует значительное противоречие между запросами, установками студентов на образовательное лидерство и уровнем реального овладения лидерским потенциалом.

Актуальность формирования и развития креативности личности состоит в том, что в нашей стране долгое время делался акцент на коллективной деятельности, на идеи равенства всех, а личности, тем более креативной, не предавали значения в должной степени, вследствие этого не считалось необходимым активизировать творческий процесс, а тем более применять его в учебной деятельности для развития творческого потенциала будущих специалистов.

Мы живем в век информации, в обществе произошли бурные изменения, произошедшие за относительно короткий срок. Человек вынужден реагировать на них, но часто он бывает не готов к постоянно происходящим в обществе изменениям. Чтобы адекватно реагировать на эти изменения, человек должен активизировать свой творческий потенциал, развить в себе креативность. Быть постоянно изменяющимся в изменяющемся мире — это, собственно и есть, проявление креативности, проявление своей неповторимости, уникальности. Выражение собственной уникальности через креативность, таким образом, непосредственно связано с переживанием своего соответствия жизни, с переживанием ее осмысленности. [2]

На современном уровне образовательных услуг креативность возможна на основе формирования инновационной стратегии, направленной на достижение высокого качества образования за счет роста мотивации академической активности участников образовательного процесса, развития и продвижения образовательного бренда учебного заведения, формирования стратегии развития инновационных направлений деятельности вуза.

Усиление образовательных брендов в сегодняшних условиях — один из основных факторов формирования сильного контингента преподавателей и студентов, а профессорско-преподавательский состав и студенты вуза -самые (если не единственные) заинтересованные в развитии бренда своего вуза лица, что делает естественным и эффективным активное их привлечение к деятельности в образовании. [3]

Лидерство - это умение так организовать взаимодействие с людьми, чтобы каждый из них искренне захотел достичь поставленной лидером цели.

Креативность - творческие способности индивида, характеризующиеся готовностью к принятию и созданию принципиально новых идей, отклоняющихся от традиционных или принятых схем мышления и входящие в структуру одарённости в качестве независимого фактора, а также способность решать проблемы, возникающие внутри статичных систем.

Согласно американскому психологу Абрахаму Маслоу креативность - это творческая направленность, врождённо свойственная всем, но теряемая большинством под воздействием сложившейся системы воспитания, образования и социальной практики.

Повышение эффективности деятельности органов государственного управления возможно «на основе мотивации труда и самоорганизации руководителя, учета проявлений культуры в подборе и оценке кадров, организационных аспектов лидерства в руководстве, в определении этических норм и правил поведения, а так же ответственности руководителя».

Ведь получая назначение на ту или иную руководящую государственную должность, многие люди хотят быть для своих подчиненных не просто назначенным начальником, чьи распоряжения они должны выполнять, а лидером, которого слушаются с энтузиазмом и поручения которого исполняются подчиненными без учета собственных затрат времени и энергии.

Становление лидера - это сложный, кропотливый и многогранный процесс. В условиях нехватки хорошо подготовленных руководителей-лидеров организация может действовать в различных направлениях: направить все усилия на поиск специалистов извне, что всегда трудно и затратно; сделать ставку на своих талантливых и высококвалифицированных сотрудников, выращивая и воспитывая сотрудников-лидеров в своей среде.

Поэтому в органах государственного управления менее затратным и более эффективным будет поиск и развитие сотрудников, которые обладают и проявляют свои лидерские способности, т.е. обладают потенциалом для занятия более высоких государственных должностей, т.е. построения карьеры.

Выбор карьеры является наиболее важным решением, которое человек принимает в своей жизни, так как достижения в той или иной сфере деятельности зависят от соответствия личности и характера работы, а так же от совмещения личных ожиданий в области карьеры с возможностями организации.

Государственный служащий среднего звена, как правило, осознанно выбирает и строит свою карьеру, и наличие в его профессионально-личностных компетенциях лидерской составляющей позволяет ему быстрее и легче добиться продвижения по службе, которое, вернее всего, будет безболезненно и для него и для его подчиненных. Такую карьеру можно назвать «естественной», так как при ее построении госслужащий будет развивать свои лидерские качества, принося пользу себе и коллективу.

Важной составляющей в продвижении госслужащего среднего звена по служебной лестнице является его стремление к саморазвитию, в том числе развитию лидерской составляющей его профессионально-личностных компетенций. [4]

Несомненно, что государственный служащий среднего звена является руководителем, ведь у него в подчинении находятся группы людей (отделы, управления) и он, в силу своих должностных обязанностей, обязан эффективно управлять ими. Эффективность управления — это как раз и есть показатель использования государственным служащим лидерской составляющей своих профессионально-личностных компетенций, т.е. умения руководителя налаживать отношения с группой для реализации объединяющей их цели, превращать сотрудников в последователей, иными словами способность формировать команду и работать в ней и с ней.

Управленческая деятельность, как и любая другая может характеризоваться разным уровнем ее качественных параметров, выполняться с большей или меньшей эффективностью. Это зависит и от других факторов. Но в первую очередь от тех личностных качеств руководителя-лидера, необходимость в которых определяется содержанием и характером управленческой деятельности. Другими словами, главными факторами ее эффективности выступают определенные управленческие способности. По мнению исследования проблем лидерства Франсеса Хесселбейна, лидеры должны иметь определенные способности (умения), которые будут свидетельствовать о развитом социальном интеллекте, стратегическом мышлении, коммуникативной компетентности и необходимы для эффективного (успешного) руководства: устанавливать прочные отношения; осуществлять общесистемные изменения, предвидеть ин на уровне системы и управлять ими, что подтверждает наличие дара предвидения. Современное руководство требует от лидеров умения закладывать основы такого сотрудничества, при котором различия сторон так же важны, как и сходство. Лидерам придется идентифицировать общие ожидания и четко распределять приоритеты в действиях и результатах; дифференцировать консервативные, креативные и развивающие системы работать с ними, разъяснять их особенности в своих организациях таким образом, чтобы они были понятны и вызвали как можно меньше путаницы и недоразумений; ценить несходство как источник возможностей. Сходство дает нам своего рода точку опоры, а несходство позволяет действовать и двигаться к поставленной цели нестандартными путями. Лидеры должны понимать и управлять структурой общего и индивидуального баланса между ними; спокойно воспринимать риск, пока формируется атмосфера доверия, генерировать доверие, которое необходимо для совместной работы и достижения положительных результатов; стратегически мыслить, что очень важно для руководства в большинстве нынешних организаций и будет указывать на прогностические способности лидера». [5]

Необходимо отметить общеорганизационные и личностные качества лидера – руководителя. По

мнению Л.И. Уманского, известного советского психолога, основными среди них являются: психологическая избирательность, психологический такт, общественная энергичность, требовательность, склонность к организаторской деятельности, способность к планированию, принятие управленческих решений, коммуникативные, мотивирующие способности, способности контроля.

Обоснование и разработке новых подходов к повышению качества образовательных услуг за счет формирования и реализации инновационных стратегий региональных вузов, предусматривающих развитие и продвижение образовательных брендов, повышение мотивации профессорско-преподавательского состава к разработке и внедрению инновационных образовательных технологий, широкое привлечение студентов к процессу создания инновационных образовательных продуктов. [6]

Заключение. Образовательные услуги учреждений высшего профессионального образования относятся к той группе услуг, высокое качество которых не может быть обеспечено без значительных, направленных на его достижение, усилий самых клиентов, а также при отсутствии у клиентов ряда характеристик (общие или специальные способности, удовлетворительное состояние здоровья, высокий уровень мотивации), делающих возможным оказание качественной образовательной услуги.

Отечественные вузы могут обеспечить необходимый для инновационного развития экономики уровень подготовки специалистов, но для этого необходимо создать возможности инновационного развития самой образовательной сферы. Решению этой задачи может способствовать принятие законодательных инноваций, представленных как «институт вузовского резерва», а также максимальное использование интеллектуального потенциала участников образовательного процесса, наиболее творческая и лояльная часть, которых, как показывают исследования, готова в различных формах осуществлять инвестирование в инновационные образовательные проекты своих вузов и в повышение качества образовательных услуг.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Тарабаева В. Б. Причины конфликтов инновационного развития //Высшее образование сегодня, 2008. - № 12. - С. 22-25.
- 2 Хесселбейн Ф. Лидерство без границ/Ф. Хесселбейн.- М.: Альпина Паблишер, 2001. - 313 с
- 3 Берн Э. Лидер и группа. О структуре и динамике организаций и групп/Э. Берн. – Екатеринбург: Литур, 2001.- С. 317.
- 4 Грядунова Н.А. Профессиональные компетенции сотрудников современных образовательных учреждений/ Н. Грядунова// Социально-гуманитарные знания. 2009.-№3. - С.159-165.
- 5 Макаревич Р. Личностный портрет современного лидерства /Р. Макаревич, Г. Пармон //Наука и инновации, 2008. - №3.- С.63-67.
- 6 Морозевич А.Н. Управленческое образование: новое качество, инновация, компетентность/ А. Морозевич., А. Шрубенко. //Проблемы управления, 2009.- №3. – С.10-15.

А.Б. ХАДЖИЕВА, А.М. МУКАНОВА

БІЛІМ БЕРУ САПАСЫН ЖОҒАРЫЛАТУДА ЛИДЕРЛІК ЖӘНЕ КРЕАТИВТІЛІКТІҢ РӨЛІ (МЫСАЛ РЕТІНДЕ С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ ҚАЗҰМУ)

Түін: Білім беру саласында лидер болу ғылымның әр аумағынан терең білімді қажет етеді. Білім беру саласында басқарма жүйесіне креативті ойланатын, тиімді шешім қабылдайтын компетентті жетекшілер мен лидерлерге сұраныс туындайды. Лидерлердің қабілеттілігін кәсіби басқарулық шешімінен ұйымның қозғаушы күшіне байланысты қабылдайды. Денсаулық сақтау жүйесіндегі ұйымдастыру жұмысының тиімділігі және басқарудағы лидерлік кадрлардың дефицитін толықтыру үшін жастарға арналған бағдарламалар жасалыналы.

Түйінді сөздер: лидерлік, креативтілік, білім сапасын басқару, сапалы білім беру қызметі.

A.B. HADJIEVA, A.M. MUKANOVA

THE ROLE OF LEADERSHIP AND CREATIVITY IN IMPROVING THE QUALITY OF EDUCATIONAL SERVICES (FOR EXAMPLE KAZNMU NAMED AFTER S.D. ASFENDIYAROV)

Resume: Leadership development in education requires a deep knowledge in various fields of science. In education, there is an urgent need for leaders and competent leaders who will introduce and implement management approaches based on the ability to think creatively and to make balanced decisions. Leaders' ability to make professional management decisions depends on the quality of organizations. For the efficiency of the health organizations developed youth programs for the shortfall in the management leadership cadres.

Keywords: leadership, creativity, education quality management system quality of educational services

УДК 616.053.91

Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, А.А. САЗАНБАЕВА, Ж.Е. УСЕНОВА
С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСİNДЕГІ ҚАЗІРГІ КЕЗДЕГІ КАДРЛАР САЯСАТЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Бүкіл дүние жүзілік денсаулық сақтау ұйымы (БДДҰ) кадрлар мәселесін бағалай келе, аймақтың көптеген елдерінде өртүрлі салалардың кадрлармен қанығуы, тіпті жұмыссыздықтың бар екендігін; медициналық қызметкерлерді ауылды жерге баруының қиындығын; қажетті деңгейде дайындалған жанұялық дәрігерлердің және мейірбикелердің, сондай-ақ басқа да біріншілік медициналық-санитарлық көмек (БМСК) мамандарының жетіспеушілігі; арнайы мамандарды дайындау керектігі; қажетті деңгейде дайындалған мейірбикелердің жетіспеушілігі; ауруханалық және жоғары мамандандырылған көмекті дамыту керектігі; денсаулықты нығайтудың және аурулардың алдын-алудың бағаланбайтындығын көрсетіп отыр.

Түйінді сөздер: денсаулық сақтау саласы, кадрлар, дәрігерлер, мейірбикелер

Оның даму тарихы жүз жылдармен есептеледі, және оның қазіргі таңдағы ұстанымдары бүгінгі күнгі әлеуметтік формацияның табиғатынан шығып отырған жоқ. Олар қоғам денсаулығын тиімді қорғау мен нығайтуда бүкіл тарихи тәжірибені жинақтаған.

Бұл мағынада денсаулық сақтау жүйесі халық денсаулығын қорғау мен нығайтуға қажетті әлеуметтік-экономикалық және саяси жағдайға сәйкес жүйелі түрде, тиімділікпен, өз ретімен, әрбір тарихи кезеңге сәйкес бастапқы позициясын сақтай отыра дамыды. Денсаулық сақтау жүйесінің және қоғамның құрылымдарының әкімшіліктік, экономикалық, саяси және басқа құрылымдарының қалыптасу үрдісіндегі теориялық және ұйымдастырушылық ұстанымдарымен тікелей байланысты.

Қазіргі кездегі денсаулық сақтау жүйесінің дамуының негізгі ұстанымдары:

- халық денсаулығын қорғау мен нығайтудағы қоғам мен мемлекеттің жауапкершілігі;
 - халық денсаулығын қорғау мен нығайтуға кепілдік беретін қоғамдық денсаулық сақтау жүйесін қалыптастыру;
 - медициналық көмектің қолжетімділігі мен оның сапасын арттыру;
 - денсаулық сақтау жүйесі қызметіндегі профилактикалық бағыттың басымдығы;
 - денсаулық сақтау жүйесіндегі ғылым мен тәжірибенің сабақтастығы;
 - денсаулық сақтау жүйесіндегі бағдарламалардың дамуы мен оның іске асыруға халық қатысуы;
 - қоғамдық денсаулық пен денсаулық сақтау саласының шынайы мұқтаждығына сәйкес кадрларды дайындау.
- 20 ғасырда Батыс елдерінде бұл ұстанымдар нарық талаптарын ескере отырып дамыды. Тәуелсіз

мемлекеттер достастығы (ТМД) елдерінде олар мемлекеттік кеңестік денсаулық сақтау жағдайында қалыптасты. Бұл жағдай бүкіл дүние жүзілік денсаулық сақтау саласы үшін маңызды. Қоғамдық денсаулық пен денсаулық сақтау саласының шынайы мұқтажына сәйкес кадрларды дайындау ұстанымы, бұл жүйеде төтенше жағдарлардың алдын-алудың негізі болып табылады.

Денсаулық сақтау ұйымдарының осы ұстанымға сәйкес кадрлармен қамтамасыз етілуі қажетті деңгейдегі медициналық көмек көрсетудің алғы шарты. Өртүрлі профильдегі жоғары дәрежелі мамандардың қалыпқа сәйкес және ұсынылған нормативтерге сәйкес жеткіліктігі, дәрігерлер мен орта медициналық персоналдың санының қарым-қатынасының сәйкестілігі маңызды фактор болып саналады. Дамыған шет ел мемлекеттерінде ТМД елдеріне қарағанда дәрігерлер мен орта медициналық персоналдың санының қарым-қатынасының сәйкестілігі екіншілерінің пайдасына шешіледі [1].

Қазақстандағы денсаулық сақтау саласындағы бүгінгі күні қалыптасқан жағдай, ең алдымен мемлекетіміздің егеменділігімен және 2005-2010 жж. Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды қайта құру мен қалыптастырудағы мемлекеттік бағдарламасының ұстанымдарында көрсетілгендей жеке адам мен жалпы қоғамның денсаулықты қорғаудағы ынтымақтастығымен анықталады.

Жоғарыдағыдай алғы шарттарды орындау арқылы денсаулық сақтаудағы кадрларды жоспарлаудың рөлі жоғарылайды, ал денсаулық сақтаудың осы бағытындағы мәселелерді шешуде Қазақстанның өзінің және әлемнің басқа да елдерінің тарихи тәжірибесі ескерілуі қажет.

Кадрлар саясаты денсаулық сақтау жүйесі құзіретінің аясынан асып, мемлекеттің дамуының әлеуметтік-экономикалық мәселелерімен тығыз балыныста болып отыр [2].

Мысалы, Қазақстанның қазіргі жағдайында ауыл тұрғындарына медициналық көмек көрсетуде заңдылықты-нормативті құжаттардың болмауы маңызды мәселе болып отыр.

Бүгінгі күнгі әлеуметтік-экономикалық жағдай денсаулық сақтау жүйесінің тиімділігіне толығымен және оның жекелеген профильдеріне де әсер етуде. Өртүрлі профильдегі мамандар өздерінің қызмет жасап отырған саласының дамуының қызығушылығы аясында жұмыс жасайды. ҚР денсаулық сақтау саласын жетілдіруде сол саладағы патологияның құрылымымен негіздейді. Мысалы, хирургиялық патологияның деңгейінің жоғарылығы, әлеуметтік-экономикалық қайта құрулар жағдайында осы сектордың басты басымдықтарына көңіл қоюды талап етеді

Өрине, денсаулық сақтау саласының әрбір секторының өз маңыздылығы бар. Бірақ, денсаулық сақтау саласының мәселелерін кадрлық саясат жолымен шешу жеткіліксіз, ол көп жағдайда экстенсивті даму жолына бағытталған. Бірақ қоғамдағы экономикалық ресурстар шектеулі, сондықтан денсаулық сақтау саласының кадрлық саясатын мемлекеттің кадрларды басқарудағы жалпы саясатымен байланыстыруға тура келеді. Тұрғындарға көрсетілетін қызмет нормативтерін, соның ішінде – қаражатты тиімді пайдалануды ынталандыру мәселесін тағы да әлеуметтік-экономикалық мәселелермен байланыстыруға тура келеді.

Денсаулық сақтау саласын кадрлармен қамтамасыз ету мәселесі оның мекемелерінің қалыпты жұмыс жасауымен тығыз байланысты, бұл өз кезегінде еңбекті, оның жүктемесін, әрбір жұмыс түріне байланысты персоналға лайықты жүктемені іздестіру, қорыта айтқанда денсаулық сақтау саласының жан-жақты дамуының жолдарын қарастыруды қажет етеді [3].

Денсаулық сақтау саласының жоғары мамандандырылған кадрларының жетіспеушілігі жағдайында қызметтің жұмыс тиімділігін арттырудың түрлі жолдары ұсынылуда. Мысалы, жоғары мамандандырылған дәрігерлер, орта медициналық персонал мамандары және техникалық жұмысшыдан (көлік жүргізушісі) тұратын бюджетті, шаруашылық-келісім шарт, жеке меншік және тіпті қайырымдылық негізінде мобильді бригадаларды құру – мәселені шешудің бір жолы [4].

Жас маман дәрігерлерге көмекші ретінде ақпараттық-интеллектуалдық жүйені қолдану ұсынылады. Оларды кеңінен қолдану бүгінгі күні шектеулі болғанымен, кейбір мекемелерінде бұл технологиялар қажет болып отыр, бұл жағдай басқа ұйымдар үшін де қызығушылық тудыруы мүмкін.

Республикадағы дәрігерлер құрамының төмендеуі артуда. Ағымдылығы дәрігерлер арасында да, сондай-ақ орта медициналық мамандықтар арасында да жоғары деңгейде қалып отыр. Еңбек өтілі 10-15 жылдық мамандар санының үлес салмағы төмендеуде, сонымен қатар тәжірибесі төмен мамандар саны артуда. Мұндай жағдай шет елдерде де белең алуда, дамып келе жатқан елдерден дамыған капиталистік елдерге «ақылдың ағуы» өсуде, бұл көрсеткіш өз кезегінде кәсіптік деңгейі жоғары дәрігерлердің еңбек ақысы қажетті деңгейде бағаланбайтындығының дәлелі.

Ерлер-дәрігерлердің үлес салмағы едәуір төмендеді, бұл мамандықтың беделінің төмендегенін көрсетеді. 30-49 жастағы ерлер мен әйел-дәрігерлер арасында әйел-дәрігерлер саны үнемі артуына байланысты, ер-дәрігерлер жұмысқа көп уақытын бөлуге мәжбүр. Жыныстық жағынан дипропорция ұжымда жеке қатынастардың да қолайсыздығына өкеліп отыр. Ауылдық жерлердегі медициналық кадрлардың кетуі белгілі:

- жалақының төмендігі;
- қажетті тұрғын үй-тұрмыстық жағдайының аздығы;
- кәсібі бойынша келешекте өсу мүмкіндігінің түсініксіздігі;
- заңды жеңілдіктердің (коммуналдық жеңілдіктер, отынмен қамтамасыз ету және т.б.) берілмеуі;
- Мамандығы бойынша қанағатсыздық мамандығын ауыстыруына алып келеді, оның негізгі себептері:
- басшылықтың кеңесі бойынша;
- тар мамандық бойынша жұмыс істегісі келетіндігі;
- бұрынғы мамандықтың ұнамағандығы;
- денсаулық жағдайы бойынша;
- бұрынғы мамандығы бойынша тұрғылықты жерін ауыстырмайынша жұмысқа тұра алмағандығы және т.б.

[5]. Кадрлар ресурсына болжау жасау барысында медициналық қызметкерлердің қызметтегі (действенный) санының жойылуымен сипатталатындығы анықталды.

Қорыта айтқанда, бүгінгі таңда Қазақстан Республикасында әлеуметтік-экономикалық қайта құру бағдарламасының құрамды бөлігі болып табылатын, нарықтық шаруашылық ұстанымдарына байланысты

қайта құрулар жүргізілуде. Қайта құру бағдарламасының басты мақсаты – бүкіл қоғамның ғана емес, әрбір жеке

адамның денсаулығының құнында көтеру, жоғалып бара жатқан медициналық мамандықтың беделін көтеру.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Семина Т.В.. Социальное управление кадровым потенциалом в медицинских организациях системы здравоохранения РФ: автореф. канд. мед. наук: 14.00.33. – М.: 2011. – 20 с.
- 2 Кузьменко М.М. Врачебные кадры в условиях реформирования здравоохранения России: дис. докт. мед. наук: 14.00.33. – М.: НПО, – №1. – 375 с.
- 3 Аканов А.А., Девятко В.Н., Кульжанов М.К. Общественное здравоохранение в Казахстане: концепции, проблемы и перспективы.// – Алматы: 2001. - 101 с.
- 4 Аканов А.А., Түлебаев К.А., Тұрдалиева Б.С., Исина З.Б. Теория и практика организации здравоохранения.// – Алматы: 2003. – 64 с.
- 5 Сағын Х.А. Проблемы и перспективы реформирования сельского здравоохранения Республики Казахстан // Здоровье и болезнь, 2004. – № 8(36). – С. 17-20.

Ж.А. КОЖЕКЕНОВА, А.А. АЙТМАНБЕТОВА, А.А. САЗАНБАЕВА, Ж.Е. УСЕНОВА
Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

ОСОБЕННОСТИ КАДРОВОЙ ПОЛИТИКИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Резюме: Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) оценивая кадровую проблему отметили, что в большинстве стран отмечается нехватка, текучесть кадров, нехватка медицинских работников в селе, высокоспециализированных семейных врачей и медсестр, недооценивание профилактической работы населением.

Ключевые слова: система здравоохранения, кадры, врачи, медсестры

KOZHKEKENOVA ZH.A., AITMANBETOVA A.A., SAZANBAYEVA A.A., USENOVA ZH.E.
Asfendiyarova Kazakh National Medical University

FEATURES OF PERSONNEL POLICY IN HEALTH SYSTEM

Resume: The World Health Organization (WHO) estimating a personnel problem noted that in the majority of the countries shortage, turnover of staff, shortage of medical workers in the village, highly specialized family doctors and nurses, an underestimating of scheduled maintenance is noted by the population.

Keywords: health system, shots, doctors, nurses

УДК 371.7:159.922.72(072)

С.А. МАМЫРБЕКОВА, К.К. КУРАКБАЕВ, Н.А. ТАЛКИМБАЕВА
*Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова*

ОЦЕНКА ИНФОРМИРОВАННОСТИ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПО ВОПРОСАМ ВНЕДРЕНИЯ СТИМУЛИРУЮЩЕГО КОМПОНЕНТА ПОДУШЕВОГО ФИНАНСИРОВАНИЯ

Проведенный анализ исследования среди руководителей медицинских организаций свидетельствует о достаточной эффективности новой системы финансирования, позволяющей посредством создания мотивирующего механизма для медицинских сотрудников участковых служб совершенствовать процесс качественного и безопасного оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: стимулирующий компонент подушевого финансирования, информированность, дифференцированная оплата

Немаловажное значение при эффективном внедрении процесса двухкомпонентного подушевого финансирования в медицинские организации определено информированность участников данной системы в вопросах методологии расчета и распределения стимулирующих средств среди как организаций здравоохранения в целом, так и медицинских работников в частности. Всеобщая

осведомленность ответственных за процесс внедрения стимулирующего компонента подушевого норматива (далее СКПН) (местные органы управления здравоохранения и руководители поликлиник) позволит в значительной мере укрепить первичный сектор здравоохранения (в первую очередь участковые службы), рационально распределять дополнительные ресурсы ПМСП за счет республиканского бюджета и

способствовать созданию мотивационных инструментов у сотрудников ПМСП для достижения определенных результатов в своей деятельности.

Руководители медицинских организаций ПМСП в общей управленческой структуре внедрения СКПН определены ответственными за внедрение инновационных технологий в организации, за принятие управленческих решений по созданию и совершенствованию системы непрерывного повышения качества деятельности, а также за эффективное управление в использовании средств фонда стимулирования. И как следствие, уровень информированности первых руководителей в вопросах внедрения СКПН определено приоритетным на сегодняшний день, и лежит в основе эффективного построения качественной медицинской помощи ПМСП, и в частности участковых служб.

Нами был проведен социологический опрос руководителей медицинских организаций ПМСП 14 областей, г.Астана и г.Алматы. Данный опрос проводился посредством заполнения руководителями МО опросника в электронном формате. Разработанный опросник содержал 8 вопросов, отражающих основные моменты процесса внедрения системы СКПН в подведомственных организациях.

В анкетировании приняло участие 369 руководителей медицинских организаций РК, что составило 79,5% от общего количества организаций, внедривших СКПН

Большинство опрошенных руководителей (93%) организации ПМСП указали на осведомленность в методологии определения размера СКПН, тогда как оставшиеся 7% респондентов не обладают такой информацией. Данное обстоятельство свидетельствует о том, что, не смотря на внедрение системы СКПН в данных организациях, существует проблема низкой осведомленности руководства в вопросах методологии построения данной системы финансирования в организации, что может повлиять на эффективность внедрения СКПН в дальнейшем.

Согласно установленному алгоритму СКПН распределение стимулирующей надбавки происходит на территориальном уровне с соблюдением комиссионного принципа и единой методологии расчета в 2 этапа – до уровня организаций ПМСП и до каждого работника организации.

Определение размеров СКПН внутри организации осуществляется комиссионно под председательством первого руководителя. Тем не менее, проведенный опрос показал, что только 89% руководителей организации ПМСП участвуют в распределении СКПН для каждого сотрудника, в то время как 11% респондентов не имеют такой возможности. Среди опрошенных лиц, отметивших об отсутствии возможности участия в распределении СКПН больше половины выделили контролирующую функцию в работе данной комиссии, указав на номинальное участие в ее работе (76% от числа респондентов отметивших о неучастии в распределении СКПН) ($p < 0,001$). На рисунке 1 показано, что около 20% респондентов отмечают контролирующую функцию в работе данной комиссии, но вышли из ее состава, и 5% респондентов отмечают заочное участие в работе комиссии, путем передачи права председательствования ответственному лицу. Рациональным, по рекомендациям Министерства здравоохранения РК, является председательствование первого руководителя в комиссии по распределению СКПН, что в значительной степени позволит эффективно распределять средства между всеми участниками данного процесса, а также обеспечить прозрачность процесса и повысить ответственность каждого члена комиссии при расчете и распределении СКПН.

Более 87% респондентов указали, что при распределении СКПН учитывают результаты деятельности участков по индикаторам процесса. Около 13% опрошенных указали на не принятие во внимание значения индикаторов при расчете СКПН. Данное утверждение может свидетельствовать либо о равномерной оплате труда медицинского персонала, либо о дифференцированной, основанной на каких – либо других показателях, не учитывающих нормативно закреплённые индикативные показатели деятельности. Одновременное изучение ситуации по внедрению СКПН в организации позволяет судить о том, что зачастую в качестве показателей оценки деятельности МО определены показатели качества каждого учреждения, которые более детально отражают деятельность участковых служб и характеризующие специфические аспекты системы здравоохранения региона.

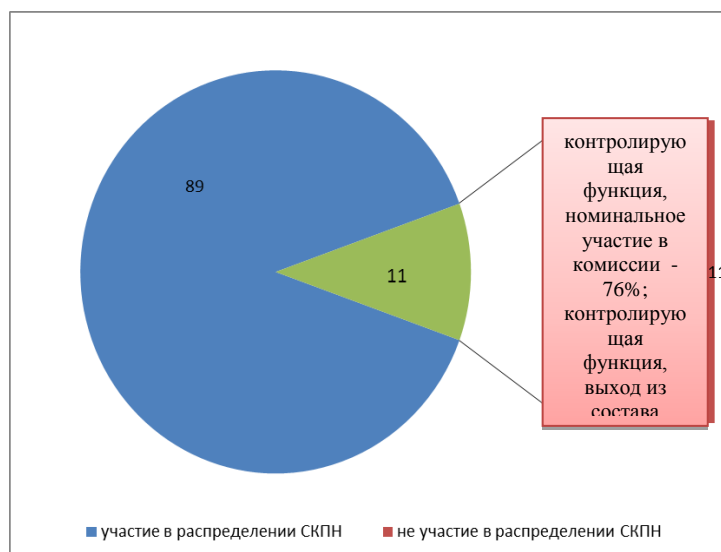


Рисунок 1 – Участие руководителей в распределении СКПН среди сотрудников организации.

О возможности влияния на размер СКПН внутри организации ПМСП указало всего 69% опрошенных руководителей организаций. По их мнению, основными путями, влияния на размер СКПН являются, прежде всего, улучшение качества медицинских услуг посредством проведения ряда мероприятий, направленных на достижение высоких показателей деятельности.

Из числа руководителей МО, указавших на возможность влияния на размер СКПН, более 80% респондентов определили одним из основных механизмов, способствующих к его увеличению - улучшение показателей деятельности по индикаторам, и 34% на необходимость проведения внутреннего аудита на постоянной основе. Немаловажное значение респондентами придается необходимости повышения качества медицинского обслуживания прикрепленного населения и увеличение объема работы, а также проведение контроля Реестра прикрепленного населения. Около 22% руководителей определяют обеспечение правильной организации труда в поликлинике одним из актуальных механизмов, способствующих в построении эффективной системы СКПН и достижению высоких показателей деятельности. Таким образом, большинством респондентов основополагающими инструментальными механизмами увеличения показателей стимулирующего компонента, определены повышение значимости индикаторов, направленных на улучшение качества оказываемых услуг, способствующих увеличению продолжительности жизни пациентов, усилению профилактики и развитию социально-психологических услуг, снижению госпитализации больных с обострениями хронических заболеваний.

Немаловажное значение при эффективном внедрении СКПН в медицинские организации имеет мониторинг и анализ показателей деятельности, с учетом определения результативности организации при достижении определенных показателей. Анкетирование руководителей организации ПМСП показало, что 78 % респондентов проводят сравнительный анализ итогов деятельности и сумм СКПН за квартал с другими

организациями ПМСП данного региона. Данный анализ показателей способствует определению наиболее проблемных участков деятельности организаций, и содействует в определении дальнейших путей их решения. Другая часть руководителей, которые не проводят указанный анализ, считают данный мониторинг не эффективным и малоинформативным.

Основополагающей целью внедрения СКПН определено улучшение качества предоставляемой медицинской помощи. Проведенный анализ показал, что большинство руководителей организации ПМСП (90%) отмечают влияние СКПН на качество и объем выполняемой их сотрудниками работы. Менее 10% руководителей не связывают данный факт с ведением СКПН, ссылаясь на характерный постоянный рост качества оказываемой медицинской помощи населению в последние годы. Около 81% респондентов утверждают, что внедрение СКПН стимулирует работу участковых служб, так как служит мотивирующим фактором для работников ПМСП, а также позволяет увеличить показатель удовлетворенности пациента в качестве оказанных услуг (39%). Тем не менее, отмечается проблема дефицита кадров всельских ПМСП большинства регионов (17%), что не позволяет в полной мере ощутить видимые результаты СКПН, влияющие на качество работы.

Своевременность и полнота распределения СКПН до уровня территориальных участков организаций ПМСП определено важным фактором процесса эффективного построения системы СКПН и отмечено таковыми всеми респондентами. Зачастую свод и анализ полученной информации осуществляется через 1,5 – 2 мес. после отчетного квартала, что приводит к задержке финансирования медицинских организаций.

С целью улучшения внедрения СКПН в организациях ПМСП было изучено мнение руководителей о необходимости проведения ряда мероприятий направленных на улучшение СКПН. Предложенные мероприятия были сгруппированы на три группы (рисунок 2): совершенствование нормативно – правовой базы, распределение стимулирующих средств между другими специалистами, приобретение медицинского оборудования.

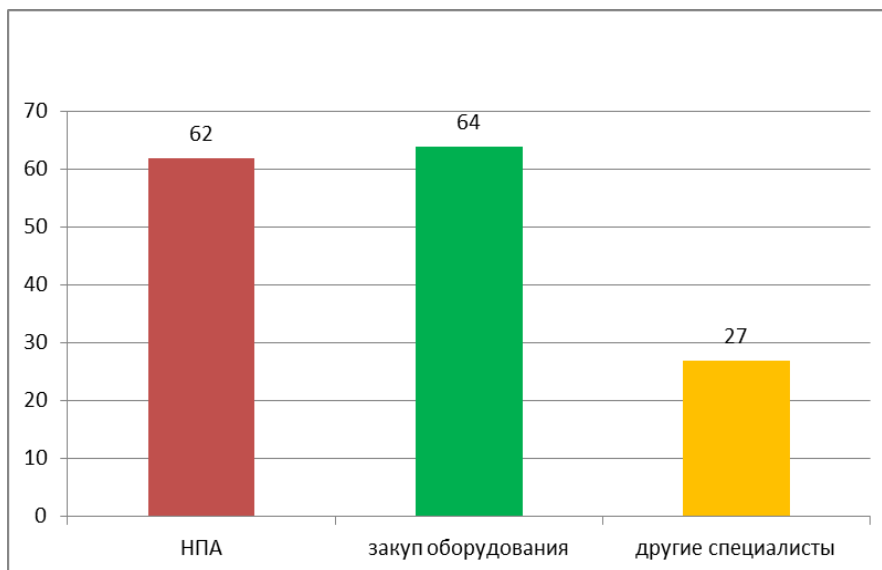


Рисунок 2 – Основные группы мероприятий, необходимые для улучшения системы СКПН

Так, 62% респондентов указали на необходимость совершенствования нормативно – правовой базы, отражающей вопросы СКПН, а именно пересмотреть приказы по СКПН в части расширения перечня индикаторов, упрощения формы отчетности по заполнению СКПН. Более 64% респондентов отметили о необходимости использовать определенный процент от полученной суммы СКПН для приобретения недорогого инструментария, изделий медицинского назначения на развитие ПМСП.

Около 27% руководителей показали на необходимость учета вклада всех специалистов при СКПН, т.е. расширить распределение СКПН клиническим - диагностическим отделениям и узким специалистам, а также вспомогательных служб (лаборатория, акушер-

гинекологи, дневной стационар). Выделение данного механизма в качестве мероприятия по улучшению СКПН искажает его значение, так как при достаточно высокой квалификации профильного специалиста, в условиях ПХВ у каждого есть возможность получить существенную доплату, также как и вспомогательным структурам – за счет иной деятельности.

Таким образом, проведенный анализ исследования среди руководителей медицинских организаций свидетельствует о достаточной эффективности новой системы финансирования (СКПН), позволяющей посредством создания мотивирующего механизма для медицинских сотрудников участковых служб совершенствовать процесс качественного и безопасного оказания медицинской помощи.

С.А. МАМЫРБЕКОВА, Қ.Қ. ҚҰРАҚБАЕВ, Н.А.ТАЛКИМБАЕВА

ҚР ДСМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

ЖАН БАСЫЛЫҚ ҚАРЖЫЛАНДЫРУДЫҢ ҢНТАЛАНДЫРУШЫ КОМПОНЕНТІН ЕНДІРУ СҰРАҚТАРЫ БОЙЫНША БАСШЫЛАРДЫҢ АҚПАРТТЫЛЫҒЫН БАҒАЛАУ

Түйін: Медициналық ұйым басшылары арасында жүргізілген талдау нәтижелері учаскелік қызметтегі медициналық қызметкерлер үшін ынталандырушы механизмді құру арқылы сапалы және қауіпсіз медициналық көмек көрсету үрдісін жетілдіру жаңа қаржыландыру жүйесінің жеткілікті тиімді екендігін куәландырады.

Кілттік сөздер: жан басылық қаржыландырудың ынталандырушы компоненті, ақпараттылық, дифференциалды төлем.

S.A. MAMYRBEKOVA, K.K. KURAKBAEV, N.A. TALKIMBAEVA

Kazakh School of Public Health

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarova

EVALUATION INFORMING DECISION ON THE INTRODUCTION OF STIMULATING INGREDIENTS PER CAPITA FUNDING

Resume: The analysis of the research leaders of medical organizations proves sufficient efficiency of the new funding system allows, by creating a mechanism for motivating health workers to improve the process of local service quality and safe medical care.

Keywords: stimulating component of per capita funding , awareness, differential payment

УДК: 616.314-084:614.2 (574)

С.С. ЕСЕМБАЕВА, К.Е., САБИТОВА, Б.З. КУРМАНГАЛИЕВ
КазНМУ имени С.Д. Асфендиярова

ДАННЫЕ ПО СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ В РК ЗА 2012 Г.

Одной из главных причин высокого уровня заболеваемости кариесом зубов среди населения Республики Казахстан является длительное отсутствие государственной комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний.

Ключевые слова: кариес зуба, распространенность кариеса, интенсивность кариеса, профилактика, ВОЗ.

Кариес зубов - патологический процесс твёрдых тканей зуба, развивающийся после прорезывания, возникающий в результате комплексного взаимодействия неблагоприятных внешних и внутренних, а также общих и местных факторов, характеризующийся в начальной стадии своего развития очаговой деминерализацией неорганической части эмали, разрушения её органического матрикса, заканчивающийся, как правило, деструкцией твёрдых тканей зуба с образованием полости дефекта в эмали, дентине. По статистике ВОЗ, во всем мире у 60-90% детей школьного возраста и почти у 100% взрослых людей имеется кариес зубов. Тяжелая форма пародонтита обнаруживается у 15-20% пациентов в возрасте от 35 до 44 лет. По словам экспертов, именно кариозные и воспалительные заболевания полости рта являются основными причинами удаления зубов. В глобальных масштабах примерно у 30% пожилых людей в возрасте 65-74 лет полностью отсутствуют естественные зубы [1].

В начале 1980-х годов области стоматологии были выдвинуты глобальные цели, к выполнению которых к 2000 году стремились стоматологи всех стран. Многие из них были выполнены, и сейчас Европейское региональное бюро Всемирной Организации Здравоохранения выдвинуло перед стоматологами Европейского региона новые цели, которые предполагается достичь к 2020 году[1]:

1. Свыше 80% 6-летних детей должны иметь интактные зубы, при этом среднее значение индекса кпу временных зубов не должно превышать 2,0.
2. У 12-летних детей средняя интенсивность кариеса зубов по индексу КПУ не должна превышать 1,5, при этом компонент "К" (нелеченный кариес) должен быть ниже 0,5. Среднее количество здоровых секстантов пародонта не должно быть менее 5,5.

3. У 15-летних подростков средняя величина индекса КПУ не должна превышать 2,3, при этом компонент "К" (кариес) должен быть менее 0,5. Не должно быть зубов, удаленных вследствие осложнений кариеса. Среднее количество здоровых секстантов пародонта должно быть не менее 5,0.

4. У 18-летних не должно быть зубов, удаленных из-за кариеса и болезней пародонта. Среднее количество здоровых секстантов пародонта должно быть не менее 4,0.

5. У 35-44-летних средняя величина индекса КПУ зубов должна быть не более 10, при этом компонент "У" (удаленные зубы) должен составить не более 4,0. У 90% лиц этого возраста должно сохраниться 20 или более естественных функционирующих зубов, при этом число беззубых лиц не должно превысить 1%. Среднее количество здоровых секстантов пародонта должно быть более 2,0.

6. В возрасте 65-74 лет 90% населения должны иметь функционально полноценную окклюзию (естественную или восстановленную протезами), при этом число беззубых лиц не должно превысить 1%. Среднее количество секстантов с глубокими карманами не должно превышать 0,5.

В Казахстане распространенность кариеса среди детского и подросткового населения варьируется от 59% до 99%. Так, в Атырауской области она составляет 99.66%, в Восточно-Казахстанской – 92.3%, Южно-Казахстанской – 98%, Западно-Казахстанской – 59%, Актыбинской – 90.1%, Карагандинской – 97.6%, Жамбылской – 98.7%, Павлодарской – 98.6%, Костанайской – 93%, Кызылордской – 99.8%, Акмолинской – 99%, Северо-Казахстанской – 99%, Мангистауской – 89%, Г. Алматы – 90%, Алматинской области 71% (рисунок 1)[2].



Рисунок 1 - Распространенность кариеса среди детского и подросткового населения в Казахстане

Так, по данным отчета стоматологической службы за 2012 год распространенность и интенсивность кариеса по Республики Казахстан среди взрослого населения составила: 81,76% среди жителей города и 83,98%

сельских жителей. Среди детского и подросткового населения - 73,12% и 74,11%, городских и сельских жителей соответственно (рисунок2).

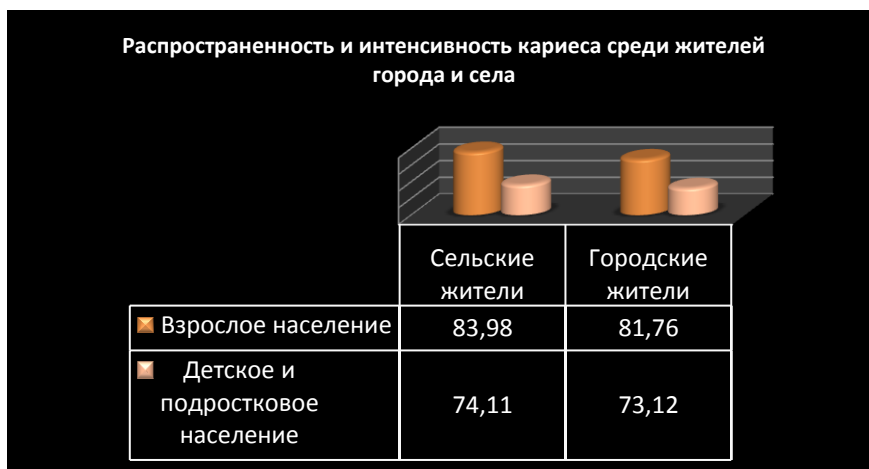


Рисунок 2 - Распространенность и интенсивность кариеса среди жителей города и села

По данным Института стоматологии КазНМУ им С.Д. Асфендиярова, эпидемиологическое исследование детей дошкольного возраста Алмалинского района города Алматы выявило 62,35% распространенность кариеса среди детей дошкольного возраста. Распространенность в 2 года составила 25,76%, в 6-летнем - 78,22%[3].

Если взять в сравнительном аспекте данные сотрудников этой же кафедры за 2010 год [4], распространенность кариеса зубов у детей с2 до 6 лет в среднем составила 62,32%. В возрастном аспекте с 2 лет к 6 годам она составила соответственно 21,8% и 76,35% (рисунок 3).

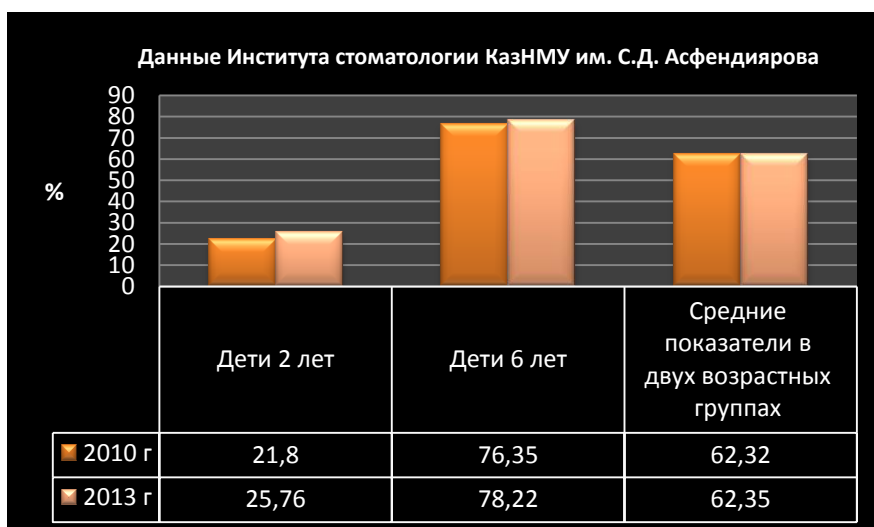


Рисунок 3 - Данные Института стоматологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Кроме того, среди детского населения остаются проблемой высокая распространенность флюороза, зубочелюстных аномалии, заболевания пародонта, некариозных поражениях зубов, что может быть связано отсутствием комплексной программы профилактики стоматологических заболеваний, отсутствием санитарно-просветительных работ с беременными, слабая просвещенность родителей в вопросах стоматологических заболеваний у детей, практически неразвитая сеть стоматологических кабинетов в организациях образования (8,5% школ).

В настоящее время Министерством Здравоохранения Республики Казахстан внедрена государственная госпрограммы «СаламаттыКазакстан». В стоматологии,

начиная с 2011 года, в качестве подотраслевой программы разработана и поэтапно внедряется «Концепция развития стоматологической службы». Ее цель - повысить уровень стоматологического здоровья среди детей, подростков, сельского населения. В данном документе особое внимание уделено решению таких медико-социальных вопросов, как расширение объемов бесплатной медицинской помощи, внедрение программ профилактики, сотрудничество с Всемирной Организацией Здравоохранения, тесные контакты с центрами здорового образа жизни, Республиканским Центром развития здравоохранения и международными ассоциациями.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Global goals for oral health 2020. International Dental Journal (2003) 53, 285-288 Martin Hobdell (Leader of FDI Joint Working Group, Houston, USA,)
- 2 Poul Erik Petersen . World Health Organisation – Geneva: Switzerland
- 3 John Clarkson (International Association for Dental Research, Alexandria, USA)
- 4 Есембаева, С. С. Пути совершенствования стоматологической помощи жителям сельской местности Республики Казахстан: автореферат дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.21 / С. С. Есембаева ; РНҚЦ "Стоматология". - Алматы, 2006. - 39 с.
- 5 Коробкина Т.В., Камиева З.Р., Курмангалиева Г.А. Распространенность кариеса зубов у детей Алмалинского района г. Алматы. // Вестник КазНМУ. - 2013 г. - №4. – С.149.
- 6 Кабулбеков А.А., Сабитова К.Е. Профилактика стоматологических заболеваний у детей дошкольного возраста. // Вестник КазНМУ. - 2010 г. - №2. – С.58.

С.С. ЕСЕМБАЕВА, К.Е. САБИТОВА, Б.З. ҚҰРМАНҒАЛИЕВ

С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРДЫҢ 2012 Ж. МӘЛІМЕТІ

Түйін: Қазқстан Республикасы халығының арасында тісжегіні таралаумен белсенділігімен жоғары деңгейде болуы кешенде алдыналу бағдарламасының жоқ болуына байланысі.

Түйінді сөздер: тісжегі, тісжегінің таралуы, тісжегінің белсенділігі, профилактика, ДДҰ.

S.S. YESEMBAEVA, K.E. SABITOVA, B.Z. KURMANGALIEV

Asfendiyarov Kazakh National medical university

DATA ON DENTAL DISEASES IN KAZAKHSTAN IN 2012

Resume: High level of teeth caries prevalence and intensity among the population of Kazakhstan is caused with absence of the comprehensive program of prevention.

Dental caries - the disease process of dental hard tissue that develops after the eruption, resulting from a complex interaction of adverse external and internal, as well as general and local factors, characterized in its infancy focal demineralization of the enamel mineral, organic matrix destruction of its ending, as generally, the destruction of dental hard tissues with the formation of cavities in the enamel defect, dentine. По WHO statistics, worldwide 60-90% of children and nearly 100% of the adults has dental caries. Severe form of periodontal disease is found in 15-20% of patients aged 35 to 44 years. According to experts, it is decayed and inflammatory diseases of the oral cavity are the main causes of tooth extraction. Globally, about 30% of persons aged 65-74 years completely missing natural teeth.

Keywords: tooth caries, prevalence of caries, intensity of caries, prevention of caries, WHO.

УДК: 614.39+614.253.52

**У.А. АЛТЫНБЕКОВА, Г.Е. АИМБЕТОВА, М.А. РАМАЗАНОВА,
В.Ю. БАЙСУГУРОВА, М.К. КАЙДАУЛОВ**

*Кафедра политики и управления здравоохранением
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОЛГОСРОЧНОГО ПЛАНИРОВАНИЯ И ПРОГНОЗИРОВАНИЯ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НА ПРИМЕРЕ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА

Кадровый потенциал средних медицинских работников каждой страны является важнейшим фактором функционирования системы здравоохранения, состав и качество сестринского персонала определяет эффективность и самой системы здравоохранения.

Актуальной проблемой в современных условиях развития здравоохранения, когда лечебные учреждения переходят к самостоятельному функционированию на рынке медицинских услуг, является решение вопросов управления медицинскими кадрами, качество подготовки кадрового потенциала врачебного и среднего медицинского персонала во всех отраслях системы здравоохранения.

Международный опыт решения кадровых проблем здравоохранения показывает эффективность создания национальных и региональных Обсерваторий кадровых ресурсов, призванных обеспечить координацию работ по эффективной кадровой политике.

Ключевые слова: *кадровый потенциал, Обсерватория кадровых ресурсов, здравоохранение, планирование, прогнозирование*

Кадровый потенциал средних медицинских работников каждой страны является важнейшим фактором функционирования системы здравоохранения, состав и качество сестринского персонала определяет эффективность самой системы здравоохранения.

Состояние кадрового кризиса в здравоохранении на современном этапе, в особенности, потребность в сестринском персонале, признается практически всем мировым сообществом. Осознавая необходимость согласованного ответа на кадровый кризис на глобальном уровне, во время 59-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения в мае 2006 года был организован и начал свою работу Глобальный альянс по трудовым ресурсам здравоохранения (ГАТРЗ). Он объединяет правительства стран, гражданское общество, работников здравоохранения, международные агентства, академические учреждения и профессиональные ассоциации. Управление Альянсом и обеспечение его работы осуществляет ВОЗ. Проблемы, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения, постоянно определялись как самая важная преграда на пути увеличения масштаба приоритетных вмешательств и достижения Целей тысячелетия в области развития.

К типичным проблемам в системах здравоохранения мира можно отнести следующие:

- Изменения демографических и эпидемиологических характеристик (старение населения, влияние новых методов диагностики и лечения, потребность в более образованном и информированном населении для обеспечения его качественной медицинской помощью, последствия увеличившейся мобильности и миграции и пр.).

- Традиционные подходы к подготовке, распределению и управлению кадровыми ресурсами больше не удовлетворяют требованиям системы здравоохранения, необходим инновационный подход.

- Выявленная неоднородность в географическом распределении и профессиональной структуре работников здравоохранения (соотношение врачей и медсестер, общая численность, дисбаланс специалистов – общей практики и узких, в городе и селе и пр.).

- Отсутствие адекватной системы планирования и прогнозирования потребности в кадровых ресурсах здравоохранения.

- Несовершенная и ненадежная информационная и исследовательская база по КРЗ.

- Общие проблемы КРЗ (дефицит, дисбаланс навыков, неравномерное распределение, плохая рабочая среда, миграция).

Чтобы решить эти проблемы на протяжении многих лет международными организациями, равно как и отдельными странами были предложены и опробованы разнообразные модели, подходы и наборы инструментов для оценки потребностей в кадровых ресурсах[1].

Например, в Бельгии был создан национальный Комитет по планированию кадровых ресурсов медицины. Комитет консультирует министра здравоохранения и социального развития по вопросам планирования КРЗ. В Комитет входят представители университетов, организаций медицинского страхования, профессиональных организаций, федеральных и местных органов власти. Первоначально модели для прогнозирования были разработаны. Министерством здравоохранения для изучения влияния различных

сценариев на будущие кадровые ресурсы здравоохранения. Результаты обсуждаются в Комитете по планированию, который консультирует министра. При прогнозировании используются следующие параметры: исходное наличие кадров медицинских работников с разбивкой по возрасту и полу, старение и долговечность работников здравоохранения, уровень активности по возрасту и полу, глобальная оценка сокращения рабочего времени и оценки уровня миграции, вхождения на рынок труда выпускников учебных заведений и феминизации этого контингента [2].

В Германии осуществляются различные инициативы по планированию некоторых конкретных аспектах. В докладе о создании системы страхования длительного ухода правительство утверждало, что в будущем можно ожидать нехватки дипломированных медсестер, особенно в германской системе *"Altenpflege"* (т.е. в системе сестринского ухода за пожилыми людьми), и что различным субъектам управления необходимо принять в этой связи соответствующие меры, включая усилия по привлечению новых студентов и укреплению организационно-кадрового потенциала учебных заведений. Министерство здравоохранения, Министерство по делам семьи, пожилых граждан, женщин и молодежи (BMFSFJ) приступили к реализации информационной платформы и созданию региональных структур поддержки в сфере "сестринского ухода за пожилыми людьми", а также организовали кампанию по повышению привлекательности квалификации "сестринская помощь пожилым людям". В Германии активно обсуждается будущее сестринского образования. Одним из вопросов является внедрение единой программы базового сестринского образования для медсестер общего профиля и педиатрических медсестер, а также для медсестер по уходу за пожилыми людьми. Также проведенные недавно законодательные реформы предусматривают организацию демонстрационных и опытных проектов по делегированию медсестрам задач и обязанностей врачей. Особенностью опыта Германии являются меры по увеличению кадровых ресурсов для длительного ухода путем депрофессионализации этого сектора и привлечения в него на долгосрочной основе получателей социальной помощи и безработных, а также волонтеров. Но, результаты влияния этих инициатив на средне- и долгосрочную медико-санитарную помощь пока неопределены. [3].

Канада. Правительства провинций/территорий финансируют высшие учебные заведения для медицинских сестер. Количество мест в учебных заведениях для медсестер определяется по соглашению между министерствами здравоохранения и образования. Во многих провинциях/территориях существуют финансируемые государством консультативные комитеты по сестринскому делу, которые дают рекомендации правительству относительно планов в области образования медицинских работников.

Словения. Планирование кадровых ресурсов здравоохранения осуществляется посредством стратегий Министерства здравоохранения и соответствующих профессиональных организаций и, отчасти, Министерством высшего образования. Последнее консультируется с другими министерствами по вопросу количества студентов, которых предполагается принять в различные

университетские программы обучения. Что касается обучения будущих врачей, стоматологов, фармацевтов и медсестер, каждый год правительство выносит на утверждение парламента лимит на прием в вузы (*numerus clausus*). Было предпринято несколько попыток добиться "самодостаточности" Словении путем наращивания потенциала необходимого для образования работников здравоохранения. В 2003 г. был открыт второй медицинский факультет в городе Марибор, а в период с 2003 по 2008 г. были открыты четыре дополнительных учебных заведения для медсестер.

Финляндия. Число принимаемых в вузы студентов устанавливается каждый год в процессе переговоров, и Министерство образования подписывает трехлетние соглашения о сотрудничестве с политехническими институтами и университетами. Министерство образования консультируется с Министерством социального обеспечения и здравоохранения в отношении того, какие требуются виды компетентности. В "Национальный план развития служб социальной и медико-санитарной помощи на 2008–2011 гг." входят несколько мер по обеспечению достаточного предложения кадровых ресурсов для социальной и медико-санитарной помощи:

- a- анализ условий труда для повышения привлекательности работы в сфере первичной медико-санитарной помощи, особенно для врачей и стоматологов;
- b- усиление сотрудничества между организациями медико-санитарной помощи и организациями, занимающимися образованием и подготовкой кадров;
- c- национальные руководства по функционированию медсестер на более высоком уровне
- e- законодательное право медсестер назначать лечение.

RN4CAST – Проект прогнозирования кадровых ресурсов для сестринского дела в Европе. В существующих моделях планирования кадровых ресурсов в сестринском деле часто все внимание направляется на получение цифр, но при этом игнорируется качество медико-санитарной помощи больным. Проект RN4CAST, осуществляемый на средства Седьмой рамочной программы Европейской комиссии, преследует цель внедрить инновационные методы прогнозирования, в которых уделяется внимание не только численности, но и качеству сестринского персонала и его влиянию на оказываемую больным помощь.

Исследование проводится консорциумом исследовательских коллективов из Бельгии, Германии, Греции, Ирландии, Испании, Нидерландов, Польши, Соединенного Королевства, Финляндии,

Швейцарии и Швеции, к которому позднее присоединились и ученые из Норвегии. Проектом будет охвачено до

500 больниц, 50 000 медицинских сестер, 12 000 пациентов, а также данные выписных эпикризов сотен тысяч пациентов. В рамках исследования изучается медицинская и хирургическая помощь, которая оказывается в больницах скорой помощи общего профиля. В дополнение к выписным эпикризам собирались анонимные данные от медсестер и пациентов. Они позволят изучить, каким образом такие элементы, как квалификация медсестер, демографические характеристики, рабочая нагрузка, благополучие и условия осуществления практики могут влиять на производительность труда, безопасность пациентов и исходы лечения больных

Казахстан. Актуальной проблемой в современных условиях развития здравоохранения, когда лечебные учреждения переходят к самостоятельному функционированию на рынке медицинских услуг, является решение вопросов управления медицинскими кадрами, качество подготовки кадрового потенциала врачебного и среднего медицинского персонала во всех отраслях системы здравоохранения.

Международный опыт решения кадровых проблем здравоохранения показывает эффективность создания национальных и региональных Обсерваторий кадровых ресурсов, призванных обеспечить координацию работ по эффективной кадровой политике.

На первом этапе предполагается создание национальной, а в последующем при поддержке ВОЗ - региональной (ЦАР) Обсерватории кадровых ресурсов здравоохранения. Планируется, что она может быть создана как координирующий для 16 регионов страны центр по сбору данных, анализу, планированию, прогнозированию потребности в КРЗ. В Обсерватории будет создана надежная и достоверная база данных на основе данных системы управления ресурсами (СУР) единой информационной системы здравоохранения (ЕИСЗ), гармонизированная с международными требованиями. Необходимо будет организовать обучение персонала Обсерватории и региональных кадровых служб современным подходам сбора данных, анализа, планированию, прогнозированию и управлению КРЗ. Обсерватория будет осуществлять исследования по ключевым аспектам КРЗ и результатами мероприятий по охране здоровья, будет активно сотрудничать с уже созданными национальными и региональными Обсерваториями других стран с целью обмена опытом и совершенствования работы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Gilles Dussault, James Buchan, Walter Sermeus, Zilvinas Padaiga. «Оценка будущих потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения» Всемирная организация здравоохранения, 2010 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. 2010.
- 2 Европейское бюро ВОЗ 2011. Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2020 годы
- 3 Büscher A. Long-term care workforce in Germany. 2009
- 4 Vallimies-Patomäki M. Health workforce in Finland. 2009
- 5 Статистика Министерства здравоохранения РК за 2002-2011.

У.А. АЛТЫНБЕКОВА, Г.Е. АИМБЕТОВА,
М.А. РАМАЗАНОВА, В.Ю. БАЙСУГУРОВА, М.К. КАЙДАУЛОВ
С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ
Денсаулық сақтау саясаты және басқару кафедрасы

ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ МЫСАЛЫНДА МЕЙІРБИКЕ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІН ҰЗАҚ МЕРЗІМДІ ЖОСПАРЛАУ ЖӘНЕ БОЛЖАМДАУДЫҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАУЫ

Түйін: Әр мемлекеттің орта медициналық персоналының кадрлық потенциалы денсаулық сақтау саласында өте маңызды орынды алады және мейірбикелік персоналдың құрамы мен сапасы денсаулық сақтау жүйесінің жұмыс эффективтілігін көрсетеді.

Медициналық ұйымдардың нарықта тәуелсіз жұмыс істеуге ұмтылу атысында, оларды тиімді басқаруды ұйымдастыру, орта медициналық персоналдың потенциалын бақылап, өсіру өте маңызды, актуалды мәселелердің біріне айналады.

Әлемдік тәжірибе көрсеткендей әр облыстарда обсерваториялар құрастыру денсаулық сақтау саласын басқаруды, кадрлық ресурстарды жоспарлауды және эффективті саясат жүргізуге бірден бір септігін тигізері анық

Түйінді сөздер: кадрлық потенциал, кадрлық ресурстар Обсерваториясы, денсаулық сақтау, жоспарлау, болжамдау.

У.А. ALTYNBEKOVA, G.E. AIMBETOVA, M.A. RAMAZANOVA, M.K. KAYDAYLOV, V.YU. BAISYGYROVA

COMPARATIVE ANALYSIS OF LONG-TERM PLANNING AND FORECASTING OF THE NURSING STAFF ON THE EXAMPLE OF INTERNATIONAL EXPERIENCE

Resume: Staff potential of nurses in each country is the most important factor of the health system, the composition and quality of the nursing staff determines the efficiency of Healthcare system. When hospitals are moving to independent functioning of the market for medical services, the actual problem in modern conditions of health care is, to address the management of medical personnel, the quality of human resources training medical and nursing staff in all sectors of the health system.

International experience of solving human health problems demonstrates the effectiveness of the creation of national and regional observatory of human resources to ensure the effective coordination of the personnel policy.

Keywords: potential of nurses, Observatory of skilled resources, Healthcare system, planning, prognostication

УДК.614.2

Р.А. КАМАЛИЕВА, В.П. РЕЗНИКОВА

ТОО "Әділ-Ем", г. Семей Восточно-Казахстанской области

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО ЗВЕНА

Доказывается необходимость усиления профилактики заболеваний путем формирования здорового образа жизни на уровне первичной медико-санитарной помощи как главного направления охраны здоровья населения.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, профилактика.

Сегодня, оценивая состояние здоровья населения, можно с уверенностью утверждать то, что распространенность сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных новообразований, хронических обструктивных болезней легких и других хронических неинфекционных болезней характеризуется тенденцией дальнейшего роста.

По данным ВОЗ, в настоящее время на долю основных неинфекционных заболеваний приходится приблизительно 60% всех случаев смерти и 43% заболеваний, а к 2020 году они составят приблизительно 73% всех случаев смерти и 60% глобального бремени болезней [1,2].

Одновременно, результаты самого крупного за всю историю ВОЗ исследовательского проекта обозначили 10 ведущих факторов риска, определяющих уровень заболеваемости и смертности населения на глобальном уровне: недостаточность питания, табакопотребление, гипертензия, неудовлетворительное состояние водоснабжения, санитарии, а также личной и бытовой гигиены; гиподинамия, профессиональная деятельность, небезопасный секс, употребление алкоголя, загрязнение атмосферного воздуха, неуточненные факторы риска [2]. Установление тесной связи факторов риска со смертностью и заболеваемостью населения послужило основанием для разработки и осуществления профилактических программ во многих странах, которые направлены на первичную профилактику заболеваний и включают: стимулирование изменения поведения личности (режим питания, физические упражнения, курение, сексуальная активность); устранение вредных факторов окружающей среды (загрязнение воздуха и воды, переносчики болезней); медицинские мероприятия (вакцинация, массовая химиопрофилактика, массовое обследование и направление к врачу-специалисту) [3].

Здоровье одновременно является личной собственностью и социальной ценностью. Ответственность за сохранение и укрепление здоровья обеспечивается на индивидуальном уровне личными мерами по самосохранению здоровья, на социальном – системой здравоохранения. Именно с этих позиций представляется целесообразным провести системный и ситуационный анализ для обоснования возможных механизмов усиления профилактической деятельности. Отсутствие позитивных сдвигов в состоянии здоровья, несмотря на улучшение профилактической деятельности в последнее время, в основном обусловлено несколькими факторами, в числе которых недостаточная подготовка врачей первичного звена в области профилактики, отсутствие финансирования профилактической работы в лечебно-профилактических организациях (ЛПО) и взаимосвязи в работе центров

формирования здорового образа жизни и медицинского персонала ЛПО. Следует отметить также недостаточное внимание к профилактике и в реализуемых на территориях программах. Как и раньше наблюдается тренд в усилении обеспечения качества лечения, в то время как профилактические мероприятия чаще всего направлены лишь на некоторые социально-значимые болезни.

Необходимость изменения характера профилактической помощи населению, создания приемлемых моделей профилактики в современных условиях становится одним из основных направлений в здравоохранении. Наиболее действенным стратегическим направлением является реформирование организационного обеспечения профилактики на уровне ПМСП.

Основными направлениями деятельности по укреплению здоровья и профилактики заболеваний, способными обеспечить устойчивость всей системы, являются:

- разработка соответствующей государственной политики и ее законодательного обеспечения;
 - вовлечение всех социальных секторов в работу по формированию здоровья, расширение межсекторального сотрудничества и совершенствование системы и инфраструктуры укрепления здоровья и медико-социальной профилактики, в том числе на местном уровне;
 - активное вовлечение населения в программы укрепления здоровья, предусматривающие развитие индивидуальных умений и навыков здорового образа жизни и профилактики заболеваний;
 - реальное усиление профилактической направленности служб здравоохранения, обеспечение подготовки медицинских работников по вопросам укрепления здоровья и формирования здорового образа жизни;
 - лицензирование медицинских организаций по вопросам гигиенического образования и воспитания населения, что позволит отнести их к обязательному виду медицинской деятельности ЛПО;
 - система дифференцированного финансирования профилактических мероприятий.
- Таким образом, главным компонентом политики здравоохранения в настоящее время в области укрепления здоровья является формирование здорового образа жизни, направленная на сохранение и укрепление здоровья населения посредством гигиенического обучения и воспитания, активное вовлечение населения в программы укрепления здоровья, развитие индивидуальных умений и навыков здорового образа жизни и профилактику заболеваний.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Здоровье-21. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. / Европейская серия для достижения здоровья для всех. // ВОЗ. –Копенгаген: ЕРБ, 1999.– № 6. – 56 с.
- 2 The World Health Report 2002. Reducing Risk./Promoting Healthy Life//. – WHO. 2002. – 248 p.
- 3 Приоритеты в области здравоохранения / Д.Т. Джеймисон, Дж.Дж. Бримэн, Э.Р. Мишэм и др. – Всемирный Банк. – Вашингтон: 2006. – 49 с.

Р.А. КАМАЛИЕВА, В.П. РЕЗНИКОВА

"Әділ-Ем" ЖШС, Семей қаласы, Шығыс Қазақстан облысы

АМБУЛАТОРЛЫҚ-ЕМХАНАЛЫҚ БУЫННЫҢ АЛДЫН АЛУ ҚЫЗМЕТІН ЖЕТІЛДІРУ

Түйін: Денсаулық сақтау саясатының қазіргі таңдағы денсаулықты нығайту саласындағы негізгі компоненті гигиенаға оқыту мен тәрбиелеу арқылы халықтың денсаулығын нығайту және сақтауға, денсаулықты нығайту бағдарламаларына белсенді түрде халықты тартуға, арудың алдын алу және салауатты өмір салтының жеке дағдылары мен икемділігін дамытуға бағытталған салауатты өмір салтын қалыптастыру.

Түінді сөздер: біріншілік медико-санитарлық көмек, сақтандыру.

R.A. KAMALIYEVA, V.P. REZNIKOVA

"Әділ-Ем" LLC, Semei City, East Kazakhstan region

IMPROVEMENT OF PREVENTIVE ACTIVITY OF THE OUT-PATIENT AND POLYCLINIC LINK

Resume: The main component of policy of health care now in the field of strengthening of health is the healthy lifestyle formation, directed on population preservation and promotion of health by means of hygienic training and education, active involvement of the population in programs of strengthening of health, development of individual skills of a healthy lifestyle and prevention of diseases.

Keywords: primary health care, prevention.

УДК 378.146:378.661

М.А. КАМАЛИЕВ, А.М. ШАХИЕВА, А.Н. НУРБАКЫТ

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ И МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Данная статья посвящена проблеме использования в обучении студентов-медиков Казахского национального медицинского университета современных активных технологий и методов обучения. На кафедре общественного здравоохранения КазНМУ используют методы: дискуссии, деловые игры, кейс-стадии, малые группы, презентации и др. Таким образом, использование на занятиях активных технологий обучения помогает студентам осваивать практические навыки, закреплять знания по данной проблеме, повышает качество подготовки специалистов медицинского вуза.

Ключевые слова: медицинское образование, инновационные технологии обучения, методы обучения.

В связи с вхождением в международное образовательное пространство образовательный процесс в КазНМУ развивается в контексте основных положений Болонской Декларации. В Университете ведется формирование новой образовательной среды для подготовки специалистов-медиков нового поколения конкурентоспособных и востребованных на рынке труда. Созданная в нашем университете система менеджмента качества образования ставит перед педагогами нашего вуза новые сложные задачи.

В стратегических планах развития университета приоритетное значение уделяется внедрению активных методик обучения. Кафедра общественного здравоохранения КазНМУ на практических занятиях использует деловые игры, кейс – стадии, ситуационные

задачи, моделирование ситуаций, дискуссии, работу в команде [1]. Разработаны планы-конспекты занятий по стратегии внедрения трехязычного обучения студентов. На кафедре используются критерии бальной оценки компетенций студентов: знаний, практических навыков, коммуникативных и правовых навыков, самосовершенствования [2]. Однако, оптимальный результат, достигается при сочетанном применении вышеперечисленных методик обучения.

Современные технологии обучения повышают заинтересованность студентов в получении знаний, повышают качество образования и обучения, что подтверждается результатами промежуточного и итогового контролей знаний студентов.

Внедрение инновационных методик обучения потребовало комплексного обучения преподавателей на курсах повышения квалификации, организации специальных семинаров и дополнительных тренингов и мастер-классов.

В результате проведенных мероприятий на кафедре общественного здравоохранения КазНМУ внедрены и используются в учебном процессе ролевые игры. Ролевая игра: «Задачи и организация работы ВКК. Экспертиза временной нетрудоспособности» разработана для студентов, обучающихся по дисциплине «Общественное здравоохранение», формирует у студентов навыки принятия решений в вопросах экспертизы временной нетрудоспособности, стимулирует процесс обмена знаниями, развивает навыки работы с документацией по экспертизе временной нетрудоспособности (инструкции, приказы). Развивает практические навыки по выдаче листа временной нетрудоспособности. Ролевые игры: «Менеджмент в здравоохранении», «Маркетинг в здравоохранении», разработаны для студентов, обучающихся по дисциплине «Общественное здравоохранение», развивают, и закрепляют навыки студентов при изучении основной терминологии по менеджменту и маркетингу, учат навыкам работы в команде, способствуют обмену знаниями, и их использованию для принятия правильного решения.

Для активизации учебного процесса разработаны сценарии проведения практических занятий с использованием современных методик интерактивного обучения (блиц-опрос, тестирование, викторины, презентации и др.).

Игровой метод позволяет одновременно обучить студентов правильно использовать свои знания и действовать в различных моделируемых ситуациях, что важно для будущей профессиональной деятельности. Участвуя в решении ряда подготовленных задач, согласно сложившейся ситуации, по ходу деловой игры студентам предлагается найти оптимальные пути для

принятия правильного решения по ряду спорных вопросов.

Существуют определенные трудности для внедрения интерактивных методик в учебный процесс на кафедре: недостаточная мотивация преподавателей, занимающихся внедрением инновационных методов обучения, недостаточное привлечение студентов к исследовательской, самостоятельной работе с первичными данными, нежелание студентов проявлять инициативу на занятиях. В целях активизации внедрения инновационных технологий в обучение в медицинских вузах в КазНМУ создан и функционирует центр инновационных технологий, на всех кафедрах КазНМУ были прочитаны открытые лекции, проведены практические занятия с использованием инновационных методик преподавания.

Сегодня действуют разнообразные методики включения студентов в активную работу, прежде всего это методика мотивации, которая основана на заинтересованности каждого студента группы в результате, проделанной работы. Если студент видит результат, он будет работать на занятии активнее.

Результаты. Разработаны и внедрены в учебный процесс новые интерактивные методики обучения. По результатам интервьюирования и анкетирования студентов данные методы обучения мотивируют студентов на поиск оптимального решения в разнообразных смоделированных преподавателем ситуациях. Студенты активно участвуют в обсуждении заданий, работают в командах и малых группах. Деловые игры и викторины запускают процесс самосовершенствования и закрепления практических навыков, делают занятия интересными и динамичными. Выводы. Использование активных технологий обучения на практических занятиях реально повышает качество подготовки специалистов медицинского вуза, о чем свидетельствуют результаты обратной связи (анкетирования), успешное прохождение студентами итогового тестирования и второго этапа экзамена - контроля усвоения практических навыков.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Смолянинова, О.Г. Инновационные технологии обучения студентов на основе метода Case Study // Инновации в российском образовании: сб. - М.: ВПО, 2000.
- 2 Образовательная программа по специальности «051102 Общественное здравоохранение», основанная на компетентностном подходе и составленная по ГОСО РК 3.08.389 //КазНМУ, 20062010.

М.А. КАМАЛИЕВ, А.М. ШАХИЕВА, А.Н. НУРБАҚЫТ

С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті

МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТ СТУДЕНТТЕРІН ОҚЫТУ ӘДІСТЕРІ МЕН ИННОВАЦИЯЛЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Түйін: Бұл мақала Қазақ ұлттық медицина университетінің студенттерін оқытуда заманауи белсенді технологиялар мен оқыту әдістерін қолдану мәселелеріне арналған. ҚазҰМУ қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасында пікір сайыс, іскер ойындары, кейс-стадилер, кішігірім топтармен жұмыс істеу, презентациялар және басқа да әдістер қолданылады.

Белсенді оқыту технологияларын қолдану студенттердің тәжірибелік дағдыларды меңгеруіне, берілген мәселе бойынша білімін бекітуіне көмектеседі және медициналық жоғары оқу орындарының мамандарын дайындау сапасын арттырады.

Түйінді сөздер: медициналық білім, инновациялық оқыту технологиялары, оқыту әдістері.

M.A. KAMALIYEV, A.M. SHAHIYEVA, A.N. NURBAKYT
Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarov

INNOVATIVE TECHNOLOGIES AND TEACHING METHODS OF MEDICAL UNIVERSITY STUDENTS

Resume: This article is devoted to use in training medical students Kazakh National Medical University of modern technologies and active learning methods. At the Department of Public Health of KazNMU use methods: discussion, role-playing, case studies, small groups, presentations.

Thus, the use of technology in the classroom active learning helps students develop practical skills, consolidate knowledge on this issue, improves the quality of training of the medical school.

Keywords: medical education, innovative learning technologies, teaching methods.

МЕЙІРБИКЕ ІСІН ОҢТАЙЛЫ БАСҚАРУДЫ ӨДІСТЕМЕЛІК ШЕШУ ЖОЛЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕР

Мамандық саясатының айқын болмауы мамандық қозғалысының дұрыс сақталмауына, мамандардың тұрақсыздығына, мамандықты таңдау және сапалы түрде оларды дайындауды жүйелі қадағаламаумен көрінеді. Мейірбике ісінде де кадр мәселесін шешуде жаңа ұйымдастырушылық және басқару қажеттілігі туады [1-2].

2012-2013 жж. Алматы қалалық медициналық мекемелерінде жүргізілген зерттеу денсаулық сақтаудың қазіргі өрекет ету жағдайындағы мейірбике ісін ұйымдастыру және жетілдірудің өдістемелік шешу жолдарын ұсынумен қорытындыланды. Мейірбике ісінің дамуындағы айтарлық басым мәселе ОЗМП әлеуметтік және кәсіби статусын жоғарылату, еңбекақыны адекватты төлеу, мейірбике ісінің нормативтік-заңдылық базасын дайындау және жетілдіруді (әсіресе, медициналық қызметкерлер құқығын қорғау, нормативтік жүктемені қайта қарау және пациенттер құқығын қорғауды) жақсарту болып табылады.

Түйінді сөздер: мейірбике ісін басқару, басшылық звено мейірбикелері, орындаушы мейірбике, функциональдық міндеттер

Тақырыптың өзектілігі. Көптеген елдердегі денсаулық сақтауды реформалаудың стандартты сызбасы белгіленген уақытта шешімін таппаған мәселенің өзекті жақтарын анықтауға, жоспарланып отырған іс-шараның мақсаты мен міндеті, олардың орындалу механизмін, соның ішінде маман ресурсына қатысты аспектерді шешуге негізделген.

Мамандық саясатының айқын болмауы мамандық қозғалысының дұрыс сақталмауына, мамандардың тұрақсыздығына, мамандықты таңдау және сапалы түрде оларды дайындауды жүйелі қадағаламаумен көрінеді. Бұл өзекті мәселе мейірбикелік мейірбике ісі мамандарына тікелей қатысты. Мамандардың айтуынша, қазіргі таңда денсаулық сақтау саласында кадр мәселесін шешуде жаңа ұйымдастырушылық және басқару қажеттілігі туындаған [1-2].

Қойылған өзекті мәселеге орай Алматы қалалық медициналық мекемелерін негізгі ала отырып, халыққа мейірбикелік көмек көрсетуді оңтайлы басқаруды ғылыми негіздеуді мақсат тұтқан медико-социологиялық зерттеу ұйымдастырылды.

Зерттеу материалы және өдістері. ОЗМП өрекетін ұйымдастыру және басқарудағы қазіргі ерекшеліктерді анықтау барысында Алматы қалалық мейірбике ісіндегі мамандар құрамының 2007-2012 жж аралығындағы динамикасы зерттелді, мейірбикелер, халық және басшылық звенодағы мейірбикелік персоналды сауалнамалық сұрау негізінде мейірбике ісінің дамуындағы негізгі проблемалар анықталды, сараптамалық бағалау көмегімен мейірбике ісін реформалаудың перспективті жолдары айқындалып, мейірбикелік тәжірибені ұйымдастыруды жетілдірудің резервтері анықталды.

Зерттеу методологиясын құраған ақпараттық-аналитикалық, статистикалық, тарихи және сауалнамалық сұрау өдістерінің негізінде Алматы қалалық ЕПМ-нде мейірбикелік қызметке қатысты жүргізілген зерттеу мамандықтың кәсіби өрекетін басқару аймағында жетілдірудің өдістемелік бағыттарын анықтауға жұмылдырылды.

Медициналық көмек сұрай келген халықтың пікірінше, денсаулық сақтау жүйесінде оң өзгерістерге деген тенденция байқалады (30%), дегенмен, 19,8% респонденттің ойы қарама-қайшы (медициналық көмек сапасы төмендеген). Денсаулық сақтау жүйесі зерттеуге алынған пациенттердің, тек 11%-ң ғана, талабына сай екендігі анықталды.

Пациент-респонденттермен Алматы қалалық емдеу-профилактикалық мекемелердегі қызмет көрсетудің этикалық деңгейі бес-балдық шкала бойынша мынадай нәтижелер берді: респонденттердің 41,3%-ы персоналдың этика мен дентологиясын ортадан жоғары бағалаған, 26,2% - орташа, 22,3% - жоғары, 6,1% - ортадан төмен және 4,1% - төмен.

Респонденттердің көпшілігі (68,9%) мейірбикені дәрігер тапсырғандарын орындаушы көмекшісі ретінде ғана көреді. Тек 14,4% пациенттер мейірбикені көмек көрсету медициналық бригадасының теңқұқылы мүшесі ретінде, 8,7% - мейірбикелік көмек көрсету аймағында тәуелсіз маман, ал 7,1% - медициналық манипуляциялар аймағындағы маман деп санайды.

Басшылық звено мейірбикелері қазіргі жағдайдағы мейірбике персоналы практикалық өрекетіндегі келесі ерекшеліктерді айқындады: тек 1,0% басшы мейірбикелер, ЕПМ-гі ОЗМП еңбек жағдайлары заман талаптарына сай деп санайды, 19% – қанағаттанарлық, 65% – жақсартуды талап етеді және 13% – қанағаттанарлық көрсеткіштерімен бағалаған.

32% басшы-мейірбикелер ОЗМП маман проблемаларына, 40% респонденттер маман тұрақсыздығы проблемаларына нұсқаған.

Өзіне қарасты ұжымның кәсіпқойлық деңгейін бағалау көрсеткіштері: 54% - орташа, 20% - ортадан жоғары, 16% - жоғары, 8% - ортадан төмен.

Айлық ақының көлемі жөнінде басшы және орындаушы мейірбикелердің пікірі ортақ: 66% басшы-респонденттер және 69,4% қатардағы мамандарды айлық ақының деңгейі қанағаттандырмайды, орындайтын жұмыс күрделілігі мен қиындығын ақтамайды.

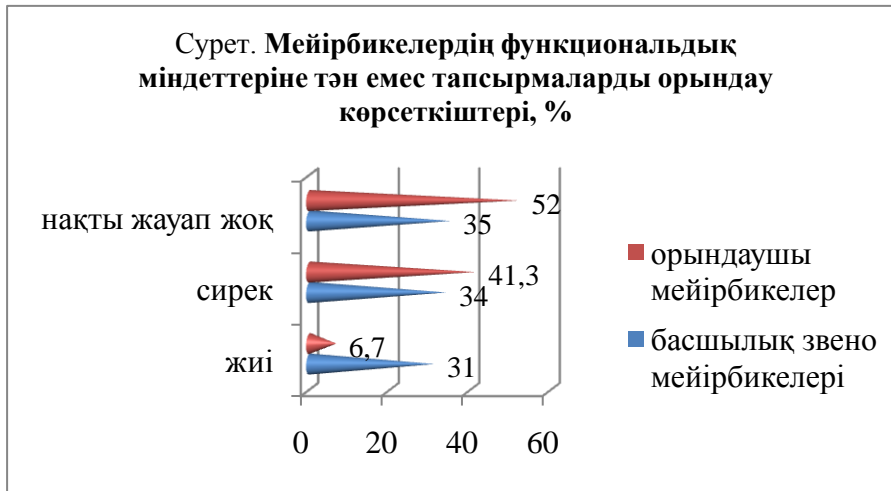
Айлық ақының жетіспеуі ең жас мейірбикелер үшін аса өзекті (45,2%), жас артқан сайын мәселенің өткірлігі бәсеңдейді де (21,1%), еңбекақының сәйкес төленуіне деген сенім артқан.

52% басшы-респонденттер мейірбикелер үшін штаттық нормативтік жүктеменің практикалық орындалатын реалыға сәйкестігін атаған. Қалғандары алдын-ала жоспарланатын жүктемелердің біршама төмен екендігін (27%) немесе жоғары екендігін (16%) көрсеткен. Нормативтік практика стандарттарының жоғары екендігін 17,5% стационар және 13,5% емхана мейірбикелері атап көрсеткен.

Басшылық звенодағы және қатардағы орындаушы мейірбикелердің өз функциональдық міндеттеріне жатпайтын жұмыстарды

орындау/орындамайтындықтары жөніндегі пікірлері салыстырмалы талданды (Сурет 1). Көріп тұрғанымыздай, штаттық жүктеме шегінен шығып, мейірбикелердің қосалқы тапсырмалар

орындайтындығымен басшы-мейірбикелердің 1/3-і (31%), келіседі. Есесіне, 52% қатардағы мейірбикелер функциональдық міндеттері шекарасның бұзылатынына мән бермеген.



Серет 1 – Мейірбикелердің функциональдық міндеттеріне тән тапсырмаларды орындау көрсеткіштері, %

Мейірбике ісінің дамуы мәселелерін шешу үшін басшы мейірбикелік мамандардың басым бөлігі (67%) заңдылық базаны жетілдіру қажет санайды, соның ішінде ОЗМП функциональдық міндеттері мен құқықтарын бекіту. Денсаулық сақтау сферасындағы заңдылық базаны медқызметкерлердің құқығын қорғау (79%), нормативтік жүктемені жетілдіру (22%), мейірбикелік қызметті стандарттау (22%), сонымен қатар медкөмек тұтынушыларының құқығын қорғау аймағында (14%) толықтыру қажет деген пікір білдірген.

Басшылық звено мейірбикелік жеке тәжірибе аймақтарын төмендегідей белгілеген: мейірбикелік науқасқа қарау (35,9%), емдік-диагностикалық манипуляциялар (18,4%), профилактика және денсаулықты нығайту (17,5%), Аауруханаішілік жұқпалар профилактикасы (13,4%), үй жағдайындағы мейірбикелік көмек (12,5%), тірек-қимыл функцияларының бұзылуындағы медкөмек (2,3%) бола алады деген пікірде.

Қатардағы мейірбикелердің көпшілігі (69%) орындайтын жұмыстарын қызмет нұсқаулығы мен штаттық жүктеме стандарттарына сай деп есептейді. 1/5 респонденттер (24,8%) – жиі сәйкес, 6,2% - жиі сәйкес еместігін алға тартқан. Теріс жауаптар жастар арасында (53,2%) жиі тіркеліп, 50 және одан жоғары жас аралығында - 16,2%-ға дейін төмендеген. Мейірбикелер пікірінше, қызмет

міндеттері ОЗМП-ды – дәрігер көмекшісі етіп көрсетеді (74,7%).

Мамандардың кәсіби өміріндегі шиеленіс құрайтын мәселелер тарқатылмаса да қатардағы мейірбикелердің негізгі бөлігіне өз жұмыстары ұнағанымен бүтіннің ширегі (27,2%) жұмыс орындарын ауыстырғысы келетіндіктерін жасырмаған.

Денсаулық сақтаудың қазіргі әрекет ету жағдайындағы мейірбике ісін ұйымдастыру және жетілдірудің әдістемелік шешу жолдарына: 1) мейірбикелік қызмет және мейірбикелік қоғамдық бірлестіктерді координациялау; 2) басқару ұйымдары, практикалық денсаулық сақтау және медициналық білім беру мекемелерінің әректін интеграциялау; 3) күттірмейтін өзекті мәселелерді кешенді шешу; 4) тиімділігіне мониторинг жасай отырып іс-шараларды рациональды жоспарлау.

Мейірбике ісінің дамуындағы айтарлық басым мәселе ОЗМП әлеуметтік және кәсіби статусын жоғарылату, еңбекақыны адекватты төлеу, мейірбике ісінің нормативтік-заңдылық базасын дайындау және жетілдіруді (әсіресе, медициналық қызметкерлер құқығын қорғау, нормативтік жүктемені қайта қарау және пациенттер құқығын қорғауды) жақсарту болып табылады.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Европейская стратегия ВОЗ по обучению медицинских сестер и акушеров // WHO CAR News. – Женева: 2001. - №7(35). - С. 1-2.
- 2 Медсестры и акушерки в защиту здоровья. Стратегия ВОЗ в области сестринского и акушерского образования. - ЕРБ ВОЗ. – Копенгаген: 2000. – 188 с.

Л.М. КАНАЛИЕВА

Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ И МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ УПРАВЛЕНИЯ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

Резюме: Неясная политика профессии проявится в нерегулярной динамике кадров, их неустойчивой позиции, текучести, также отсутствием системного контроля за качества их подготовки. В решении кадровых проблем в сестринском деле необходимо совершенствование организации и управления в новый формат.

Исследование проведенное в 2012-2013 гг. в медицинских организациях г.Алматы завершено разработкой методических подходов оптимизации управления сестринским делом в современных условиях функционирования здравоохранения. Наиболее приоритетными в развитии сестринского дела являются проблемы повышения социального и профессионального статуса медсестры, оптимальной оплаты труда, интеграции подготовки и практики, а также совершенствования нормативно-законодательной базы в защите прав медработника и пациента, пересмотре нормативных нагрузок.

Ключевые слова: управление в сестринском деле, медсестры руководящего звена, исполняющие медсестры, функциональные обязанности

L.M. KANALIEVA

Kazakh national medical university named S.D. Asfendiyarov

MEDICO-SOCIAL ASPECTS AND METHODOLOGICAL APPROACHES TO IMPROVE THE MANAGEMENT IN NURSING

Resume: Unclear policy profession will manifest itself in the irregular dynamics of personnel, their precarious position, strength, and lack of systematic control over the quality of their training. In dealing with personnel issues in nursing is necessary to improve the organization and management of the new format.

Research conducted in 2012-2013 years in medical organizations of Almaty completed the development of methodological approaches to optimize the management of modern nursing in the health conditions of functioning. The priority in the development of nursing are problem of increasing social and professional status of nurses, optimal wage integration of training and practice, as well as improving the legal and regulatory framework to protect the rights of health care providers and patients, revision of normative loads.

Keywords: management in nursing, nurse managers, nurses performing, functional responsibilities

УДК 614.253.52

Б.С. КАСИЕВА, У.А. АЛТЫНБЕКОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, Н.С. ЮСУПОВА, Н.В. ТЕ

Кафедра политики и управления здравоохранением

КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

ОПТИМИЗАЦИЯ ПОДГОТОВКИ СЕСТЕР- МЕНЕДЖЕРОВ В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

На современном этапе реформирования здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в качественной медико - социальной помощи требуется значительный пересмотр механизма управления и организации сестринского дела - как составной части системы здравоохранения, требующей квалифицированных кадровых ресурсов сестринского процесса. Совершенствование системы подготовки медицинских сестер в медицинских учебных заведениях, будет способствовать повышению квалификации сестринского персонала в ЛПУ, более полной реализации обучающей функции медсестры, позволит осуществлять целенаправленную подготовку специалистов этого профиля в соответствии с современными тенденциями развития сестринского дела

Ключевые слова: сестринское дело, сестринское образование, кадровые ресурсы, повышение квалификации сестринского персонала.

На современном этапе реформирования здравоохранения для удовлетворения потребностей населения в качественной медико - социальной помощи требуется значительный пересмотр механизма управления и организации сестринского дела - как составной части системы здравоохранения, требующей квалифицированных кадровых ресурсов сестринского процесса.

По данным ряда научных исследований, можно отметить, что многие страны мира ощущают острую потребность в сестринском персонале, так как

сестринская деятельность превратилась в ключевой компонент медицинского обслуживания в условиях демографических, экономических и социальных перемен. Можно практически отметить повсеместно расширение сферы деятельности медицинских сестер, которое включает оказание широкого спектра услуг не только в рамках первичной медико-санитарной помощи, но и участие в проведении высокотехнологичных научных исследований стационарной помощи. В ряде государств подобный диапазон ролей у медицинских сестер образовался не запланировано и бессистемно.

Этот процесс был вызван потребностями населения, а в некоторых странах – стремлением сдерживать рост расходов в сфере здравоохранения.

Проблемы, связанные с кадровыми ресурсами здравоохранения, постоянно определялись как самая важная преграда на пути увеличения масштаба приоритетных вмешательств и достижения Целей тысячелетия в области развития.

Чтобы решить эти проблемы на протяжении многих лет международными организациями, равно как и отдельными странами были предложены и опробованы разнообразные модели, подходы и наборы инструментов для оценки потребностей в кадровых ресурсах[1].

Практика развития системы здравоохранения на современном этапе показывает, что основными направлениями оптимизации ресурсного обеспечения здравоохранения являются:

- устранение прямых потерь ресурсов за счет устранения дублирования функций;
- перераспределение функций между врачами и средним медицинским персоналом, между средним и младшим медперсоналом;
- усиление позиций среднего медицинского персонала на всех уровнях медицинского обслуживания;
- увеличение доли средних медицинских работников в кадровой структуре отрасли;
- повышение их правового и материального статуса и др.

[2]

Роль, функции и организационные формы деятельности сестринского персонала меняются в соответствии с новыми задачами, стоящими перед здравоохранением:

- развитие первичной медико-санитарной помощи, направленной на профилактику заболеваний и укрепление здоровья, гигиеническое обучение и воспитание населения;
- реструктуризация медицинских учреждений, обуславливающая оптимизацию сроков пребывания в стационаре;
- расширение объемов помощи на дому с использованием новых технологий ухода и сестринского процесса;
- совершенствование системы, форм и этапов реабилитационных мероприятий;
- формирование больниц или отделений сестринского ухода;
- развитие системы хосписов и оказанием паллиативной помощи умирающим, базирующейся на единстве медицинской, социальной систем и духовных институтов общества.

Все это требует совершенствования образовательной части системы подготовки и повышения квалификации специалистов сестринского дела.

В области здравоохранения развитых стран произошло сближение деятельности медицинской сестры с деятельностью врача, что привело, к изменению моделей сестринского дела, увеличению численности данной профессиональной группы, изменению характера

и продолжительности профессионального образования и, в конечном итоге, к повышению социального статуса данной категории медицинского персонала[3].

В некоторых странах существует 15 и более дополнительных категорий сестринского персонала, которые отличаются по степени своей профессиональной подготовки. Сестру, прошедшую подготовку повышенного уровня характеризуют:

- специализация;
 - расширенные знания и более совершенные навыки;
 - высшее образование и подкрепление практики исследованиями;
 - значительная степень независимости в практической работе и самостоятельность в принятии решений.
- Разнообразные функции медицинской сестры предусматривают большое количество профессиональных подходов, поэтому сестринский персонал трудится практически во всех направлениях здравоохранения.

В настоящее время существует кадровая диспропорция «сестринский персонал – врачи». Она характеризуется увеличением во врачебной деятельности доли тех видов медицинских услуг, которые должны осуществлять хорошо подготовленные медицинские сестры, а с другой стороны сестринскому персоналу отводится роль технического персонала, не требующего специальной медицинской подготовки. Последнее обстоятельство оказывает отрицательное влияние на качество сестринской помощи, имидж и привлекательность профессии медицинская сестра [4].

Существует очень важная взаимосвязь между кадрами здравоохранения и оказанием медико-санитарной помощи. Во многих странах с недостаточными ресурсами, где сокращаются кадровые резервы работников здравоохранения, возможности использования других ресурсов, для того чтобы обеспечить необходимое медико-санитарное вмешательство и улучшить помощь, могут быть очень ограниченными. На кадры здравоохранения приходится 50% всех ежегодных расходов в системе здравоохранения, что предполагает эффективное руководство и планирование.

С открытием факультетов высшего сестринского образования возникла необходимость научных подходов к разработке содержания и организационных технологий подготовки преподавателей сестринского дела в медицинских вузах.

В условиях реформирования сестринского дела и сестринского образования актуальными аспектами являются изменение содержания и совершенствование системы повышения квалификации преподавателей высших медицинских учебных заведений, а также оптимизация процесса подготовки сестринского персонала.

Таким образом, научного анализа требует проблема реализации обучающей функции сестринского персонала в учреждениях здравоохранения и улучшение их деятельности в системе медицинской профилактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Gilles Dussault, James Buchan, Walter Sermeus, Zilvinas Padaiga.«Оценка будущих потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения» Всемирная организация здравоохранения, 2010 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. 2010
- 2 Иодковский К.М., Хильмончик Н.Е. Высшее сестринское образование в Республике Беларусь: состояние и перспективы развития // Медицинская сестра на рубеже XXI века Сб.научн.работ. – Гродно: 2002. – С. 68-70.
- 3 Матвейчик Т.В., Волченко В.Ф. Формирование программы повышения творческого потенциала (школа творческого роста) БелМАПО, 2001. – 45 с.
- 4 Перфильева Г.М. Сестринское дело в России (социально-гигиенический анализ и прогноз): автореф. дисс. ... д-ра мед. - М.: 1995. – 46 с.

Б.С. КАСИЕВА, У.А. АЛТЫНБЕКОВА, М.А. РАМАЗАНОВА, Н.С. ЮСУПОВА, Н.В. ТЕ

С.Ж.АсфендияроватындағыҚазҰМУ

Денсаулық сақтау аяса таты және басқару кафедрасы

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ РЕФОРМАЛАУ ЖАҒДАЙЫНДА МЕЙІРБИКЕ-МЕНЕДЖЕРЛЕРДІ ДАЙЫНДАУДЫ ОПТИМИЗАЦИЯЛАУ.

Түйін: Қазіргі денсаулық сақтау жүйесін реформалау кезеңінде сапалы медико-әлеуметтік көмекпен халықтың қажеттіліктерін қанағаттандыруда басқару механизмінің негізін қайта қарауын талап етеді және мейірбике ісін ұйымдастыру – мейірбике ісінің мамандандырылған кадрлық ресурстарын талап ететін денсаулық сақтау жүйесінің негізгі бөлігі. Медициналық оқу орындарында мейірбикелердің дайындығын жетілдіру жүйесі, медициналық ұйымдарда мейірбике қызметкерлерінің біліктілігін жоғарлатуға, мейірбикенің оқыту функциясын толық жүзеге асыруға, мейірбике ісі дамуының қазіргі тенденциясына сай осы саланың мамандарын мақсатты бағытталған дайындығын жүзеге асыруға мүмкіндік береді

Түйінді сөздер: Мейірбике ісі, мейірбикелер білімі, кадрлар ресурсы, мейірбике қызметкерлерінің біліктілігін көтеру.

B.S. KASSIEVA, Y.A. ALTYNBEKOVA, M.A. RAMAZANOVA, YUSUPOVA, N.V. TYO

OPTIMIZATION OF PREPARATION OF NURSES-MANAGERS IN HEALTH CARE REFORM

Resume: current stages of health care reform to meet the needs of the population in high-quality medical-social care requires a major revision of the management and organization of nursing as part of health care system, which requires qualified human resources, the nursing staff.

Improving the training of nurses in medical schools, will enhance the training of nursing personnel in health facilities, better implementation of nurse training function, will allow for targeted training experts of this structure in line with modern trends in the development of nursing.

Keywords: nursing staff, nursing personnel in health facilities, requires qualified human resources.

СТАЦИОНАРОЗАМЕЩАЮЩИЕ ТЕХНОЛОГИИ И ИХ РОЛЬ В ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Снижение государственного финансирования и переход к стационарозамещающим формам организации и оказания медицинской помощи населению в рамках системы здравоохранения в Казахстане за последнее десятилетие привели к возникновению таких вариантов амбулаторной помощи, как дневные стационары, которые функционируют как более экономически эффективные технологии организации лечебных услуг. Однако, важно провести анализ их эффективности с точки зрения затрат и выгод по сравнению с традиционными операторами здравоохранения. Существует также необходимость в разработке интегральных показателей эффективности, которые позволили бы нам возможность осуществлять полный анализ затрат и выгод.

Ключевые слова: *больница, экономические показатели, стационарная помощь, дневные стационары, амбулаторный уход, коечный фонд больницы, индикаторы экономической эффективности, анализ затрат и выгод, анализ эффективности и затрат, анализ «затраты-полезность», анализ «затраты-выгода», анализ «затраты-эффективность», стационарозамещающие технологии.*

Качественная работа каждого лечебно-профилактического учреждения заключается в достижении максимально возможной медицинской, социальной, а так же экономической эффективности. В отличие от первых двух, вопросам экономической эффективности уделяется гораздо меньшее внимание. Однако, в настоящее время, время рыночных отношений, автономности деятельности лечебно-профилактических учреждений, реальной конкуренции и дефицита финансирования актуальным становится вопрос эффективного использования имеющихся ресурсов.

Одним из основных направлений повышения эффективности использования коечного фонда являются: внедрение малозатратных технологий и развитие стационарозамещающих форм организации и оказания медицинской помощи населению, перераспределение части ее объемов из стационарного сектора в амбулаторный.

Дневные стационары как одна из современных форм оказания медицинской помощи, позволяющая проводить в амбулаторных условиях диагностику, лечебные и реабилитационные мероприятия больным, которые до этого нуждались в госпитализации, были организованы в РФ, начиная с 1987г. [1]

Предпосылками для их создания послужили ограниченные финансовые ресурсы [2;3;4] выделяемые на здравоохранение, тенденция удорожания стационарного лечения, отказ от госпитализации некоторых пациентов по различным причинам (семейным, производственным и т. д.).

Дневной стационар, по своей сути, становится как бы промежуточным звеном между амбулаторно-поликлинической и стационарной медицинской помощью в отношении пациентов, которые не нуждаются в круглосуточном медицинском наблюдении. Обязательным и необходимым условием для госпитализации в дневной стационар является предварительное полное обследование больного в соответствии с медицинскими стандартами для данной патологии.

Высокая стоимость стационарного лечения пациентов с круглосуточным пребыванием, дефицит койко-мест, необоснованная госпитализация делает необходимым внедрение и оценку эффективности стационарозамещающих технологий (дневных стационаров). Перемещение части объемов

медицинской помощи на уровень дневных стационаров позволит более рационально использовать дорогостоящий коечный фонд больницы, не снижая при этом качества лечения. В этой связи сравнительная оценка медицинской, социальной и экономической эффективности лечения больных в круглосуточном и дневном стационарах является актуальной как для здравоохранения в целом, так и для отдельного лечебно-профилактического учреждения, особенно в условиях дефицита финансирования.

Несмотря на всю важность, проблема оценки экономической эффективности относится к разряду наиболее сложных и дискуссионных в отношении организации, управления и деятельности здравоохранения [5; 6; 7]. Имеющиеся публикации на эту тему посвящены, в основном, определению эффективности отдельных мероприятий. Многие методики оценки деятельности медицинских учреждений строятся на основе большого числа экономических и качественных показателей, каждый из которых отражает достаточно узкий аспект проблемы [6; 7; 8].

В частности, по мнению большинства авторов, общепринятыми критериями оценки эффективности стационарной помощи являются обеспеченность койками и врачами, средняя длительность пребывания больного в стационаре, число дней работы койки в году, общее число пролеченных больных на одного врача, число умерших больных и др. Что касается амбулаторно-поликлинических отделений, то в этом случае основными оценочными показателями их деятельности служат плановая и фактическая мощность учреждения, число посещений за отчетный период, обеспеченность врачами, средним и младшим медицинским персоналом, число посещений на одного жителя в год и т.п. Кроме того, в лечебно-профилактических учреждениях используют показатели, характеризующие экономическую их деятельность, финансовые поступления из различных источников, расходы и их структуру, уровень заработной платы и др. [7].

Для определения наиболее эффективного и приемлемого способа определения экономической эффективности на первом этапе необходимо проведение сравнительного анализа методик расчета основных экономических показателей. Основой для определения наиболее эффективного способа использования ресурсов должны стать методы экономического анализа. Главной

целью экономического анализа было и остается выявление резервов повышения эффективности работы учреждения.

Оценка результативности медицинской помощи состоит из двух этапов: выбора показателей результатов и измерения этих показателей. Выбор показателей результатов зависит от целей, которые ставит конкретная программа или проект. Предпочтение должно отдаваться показателям конечных результатов, однако в ряде случаев (например, диагностика) возможно и использование промежуточных показателей.

Анализ «затраты-выгода» связан с представлением результатов программ, процедур, услуг в денежном измерении. Такое представление обладает рядом преимуществ и недостатков. Основное преимущество состоит в том, что, выразив результаты в денежных единицах, можно сопоставлять крайне разнородные программы, направленные на достижение качественно различных результатов: уменьшение заболеваемости, сокращение числа дней нетрудоспособности, продление жизни. Основной недостаток метода — прямое следствие его достоинств: представить в денежных единицах такие эффекты, как отсутствие боли или тревоги, спасение жизни и так далее, оказывается достаточно сложным. Поэтому анализ «затраты-выгода» применим лишь в тех случаях, когда такое представление можно достаточно убедительно и четко обосновать.

Метод «затраты-эффективность» применим в тех случаях, когда сопоставляемые альтернативы приводят к качественно сходным результатам (хотя количественно результаты могут и различаться). Результат при этом измеряется при помощи натуральных единиц (число верно поставленных диагнозов, число сохраненных жизней, число дополнительных лет жизни). Метод применим как к конечным, так и к промежуточным результатам и достаточно универсален, однако его использование становится очень сложным, если сопоставляемые программы, процедуры, услуги приводят к нескольким качественно различным эффектам.

Анализ «затраты-полезность» предпочтителен в тех случаях, когда результатом медицинского воздействия является улучшение состояния здоровья пациента, его самочувствия.

Единой мерой результата для всех программ в этом случае служат годы жизни с учетом качества. Наиболее сложной частью расчетов является именно определение коэффициентов полезности для различных состояний.

Метод «затраты-полезность» неприменим к диагностическим процедурам, если только эти процедуры не являются неотъемлемой составной частью более общей лечебной программы.

В простейшем случае можно просто применить метод минимизации затрат, предполагая что два метода лечения приводят к одинаковым результатам.

В более сложных случаях сопоставляются как затраты, так и результаты. Если результаты однотипны, но степень их достижения различна, применим анализ «затраты-эффективность», если же результаты программ разнородны и трудносопоставимы, применяют анализ «затраты-выгода» или «затраты-полезность». Все эти типы анализа связаны, имеют свои возможности и ограничения. В некоторых случаях возможно применение сразу несколько методов.

На втором этапе исследования необходимо проведение практической апробации полученных ранее теоретических результатов. Проведенный анализ касался системы организации стационарной помощи с учетом внедрения «дневных стационаров».

Например: организация дневных стационаров на базе больничных учреждений позволяет более эффективно использовать ресурсные возможности больничных учреждений, однако используемый в настоящее время способ реализации стационарозамещающих технологий имеет отрицательную экономическую эффективность. Проведенный анализ позволил определить, что высокий уровень условно-постоянных затрат, приходящихся на один день пребывания в дневном стационаре, обусловлен профильным принципом размещения на одних производственных площадях как коек круглосуточного так и дневного пребывания. Высокий уровень затрат приходящихся на оплату труда персонала сохраняется за счет содержания круглосуточного поста.

Результаты количества пролеченных больных в дневных стационарах как в амбулаторно-поликлинических организациях, так и при больницах в Казахстане демонстрируют рост таких стационарозамещающих технологий как дневные стационары и стационары, организованные на дому. Так, при поликлиниках было пролечено 144,1 тыс. в 2000, 278,8 тыс. в 2005, и 584,7 тыс. человек в 2011 году. Такая же тенденция наблюдается и по дневным стационарам при больничных организациях, т.е. увеличение с 11,9 тыс. в 2000 году до 237,0 тыс. человек в 2011 году [9]. Однако, в данной статье не отражаются результаты анализа по какому-либо либо методу оценки эффективности дневного стационара как альтернативы стационарной медицинской помощи.

Внедрение результатов анализа позволит обеспечить лечебно – охранительный и санитарно – гигиенический режим круглосуточного стационара, увеличить доступность медицинской помощи, ликвидировать очередь на госпитализацию, повысить экономическую эффективность использования ресурсов за счет снижения расходов на содержание коек дневного стационара.

Кроме того, необходима разработка не только просто обобщающих показателей, но и их интегрального коэффициента, который объединил бы в себе целую систему показателей выражаемых в различных категориях и единицах измерений для объективного отражения деятельности ЛПУ. В то же время в качестве обобщающей информации могут быть приняты и использованы показатели экономической эффективности затрат на осуществление всех видов деятельности учреждения. Показатель экономической эффективности представляет собой отношение полезного результата (эффекта) в денежном выражении, полученного лечебным учреждением за определенный период его

деятельности, к тем затратам, за счет которых этот эффект получен (относительная экономическая эффективность). Он может быть определен и как разность полезного результата и затрат (экономическая эффективность в абсолютном выражении). Основными могут быть показатели экономической эффективности фактических расходов ЛПУ за определенный период

времени (эффективность использования финансовых поступлений), а также эффективность деятельности ЛПУ в разные периоды.

Таким образом, использование методов экономического анализа позволит существенно снизить расходы лечебного учреждения и повысить экономическую эффективность основной деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Жукова М.В. Развитие методического обеспечения оценки эффективности экономической деятельности лечебных учреждений в сфере оказания сервисных услуг // Экономист лечебного учреждения, 2007. - № 1. – С. 50-53.
- 2 Кузьмина Н.Б., Голухов Г.Н., Шиленко Ю.В. Оценка экономической эффективности здравоохранения // Экономика здравоохранения, 2000. – № 1 (42). – С. 20-22.
- 3 Рагозный А.Д. Опыт использования экономических методов управления в деятельности городской больницы // Экономика здравоохранения, 2003. – № 2. – С. 13-15.
- 4 Тюков Ю.А., Бушуева Г.А., Ползик Е.В., Чернова Т.В. Сравнительная оценка эффективности экономической деятельности лечебно-профилактических учреждений крупного города // Экономика здравоохранения, 2001. – № 78. – С. 51-57.
- 5 Абашин Н.Н. Оценка эффективности вневедомственной экспертизы качества медицинской помощи: Автореф. дис. канд. мед. наук / Н.Н.Абашин: НИИ им. Н.А.Семашко РАМН. М.: 1999. – 24 с.
- 6 Агиров, А. Оригинально значит по - новому / А. Агиров // Главврач, 2003. – № 12. – С.36-40.
- 7 Азаров А.В. Некоторые аспекты организации защиты прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования / А.В. Азаров // Экономика здравоохранения, 1998. – № 8, 9. – С.28-32.
- 8 Агалаков В.И. Удовлетворенность специализированной медицинской помощью / В.И. Агалаков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2004. – № 5. – С.48 - 49.
- 9 Аканов А., Мейманалиев Т., Кумар А., Кызаева А. Динамика развития стационарозамещающих технологий в Казахстане: коечный фонд. <http://kaznmu.kz/press/2012/11/26/>

А. ТОЛЫМБЕК, А.Б. ХАДЖИЕВА, Д.А. САТТАРОВ

ЕМДЕУ АЛДЫН АЛУ МЕКЕМЕЛЕРІНІҢ ЖҰМЫСЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН АРТТЫРУДАҒЫ СТАЦИОНАРДЫ АУЫСТЫРАТЫН ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ ҚОЛДАНУ

Түін: Соңғы онжылдықта Қазақстанның денсаулық сақтау жүйесі шеңберінде емдеу қызметі ұйымдарының неғұрлым экономикалық тиімді технологиялары ретінде күндізгі стационарлардың жұмыс істеуі амбулаториялық көмек көрсету секілді нұсқаларды туындататын, халыққа медициналық көмек көрсету және стационарды ауыстыратын технологияларды ұйымдастыруға көшуге және мемлекеттік қаржыландыруды төмендету.

Бірақ, денсаулық сақтаудың дәстүрлі операторларымен шығындық және пайдалылық жағынан салыстыру бойынша олардың тиімділігін талдау өте қажет. Сондай-ақ, тиімділіктің интегралдық көрсеткіштерін дайындау бізге, шығындар мен пайданы толықтай талдау жасауға мүмкіндік береді.

Түйінді сөздер: емхана, экономикалық көрсеткіштер, стационарлық көмек, күндізгі стационарлар, амбулаториялық күтім, емхананың төсек орын қоры, экономикалық тиімділік индикаторлары, шығындар мен пайданы талдау, тиімділік пен шығындарды талдау, «шығын-тиімділік» талдауы, «шығын-пайда» талдауы, стационарды ауыстыратын технологиялар.

A. TOLYMBEK, A.B. HADJIEVA, D.A. SATTAROV

INPATIENT TECHNOLOGIES AND THEIR ROLE IN IMPROVING THE EFFICIENCY OF HEALTH CARE INSTITUTIONS

Resume: Declining public funding and shift in preferred modes of treatment within the healthcare system in Kazakhstan over the last decade gave rise to outpatient care options such as daytime care clinics that function as more cost-effective medical treatment technologies. However, it also is important to carry out analysis of their effectiveness in terms of their costs and benefits as compared to traditional healthcare operators. There is also a need to develop integral effectiveness indicators that would enable us to perform comprehensive cost-benefit analysis.

Keywords: daytime hospital, economic indicators, in-patient care, out-patient care, bed resources, hospitals, economic effectiveness, cost-benefit analysis, cost-effectiveness analysis, cost-value analysis, non-hospital care technology.

Э.К. ТҮСІПБЕКОВА

Денсаулық сақтау мен фармацевтикадағы менеджмент және маркетинг кафедрасы

XX ҒАСЫРДЫҢ 30-ЖЫЛДАРЫ ЕЛІМІЗДЕГІ БІЛІМ БЕРУДІ ЖҮЗЕГЕ АСЫРУ

Мақалада 30 – шы жылдары еліміздегі мектептердің ашылуы, тыныс-тіршілігі және мектептерде жүргізілген халыққа білім беру ісіне қатысты мәселелер мұрағат қорларындағы тың деректер негізінде зерттеліп, баяндалған. Еліміздің тарихына жүргізілген зерттеулер нәтижесінде біз қарастырып отырған кезеңдегі халық ағарту мәселелеріне қатысты бүкіл қазақ қоғамының ортақ бейнесін көреміз.

Түйінді сөздер: мұрағат құжаттары, оқу-тәрбие жұмысы, кітапхана.

XX ғасырдың 30-жылдарында Қазақстандағы халық ағарту мәселелері жөнінде көптеген тарихи еңбектер жарық көріп, сол кездегі халық ағарту ісіне А.Байтұрсынұлы, Т.Жүргенов, С.Сәдуақасов, О.Исаев, Қ.Кемеңгерұлы, К.Тоқтабаев, Н.Төреқұлов т.б. қазақ зиялылары өз бағасын беріп, елімізде орын алған олқылықтар мен кемшіліктерді өткір сынға алды. Сондықтан да халқымыздың рухани-мәдени, оқу-білім саласын әр қилы замандарда, түрлі саяси жүйе жағдайында өрге сүйреген қазақ зиялыларының еңбегі қашан да құнды. Себебі, қазақ зиялыларының шығармашылық еңбектеріне қайта оралуымыз төл тарихымызға айтарлықтай үлес қосуда.

Осы орайда, XX ғасырдың басындағы көрнекті қоғам қайраткері, ғұлама түрколог, қазақ тіл білімінің негізін қалаушы А.Байтұрсынұлының алар орны ерекше. Қазақ халқының маңдайы жарқырап, өзге елдермен тең болуы үшін ең алдымен халықты сауаттандыруды жолға қою керектігін түсінген А.Байтұрсынұлының жанына топтасқан қазақ зиялылары өздерінің әдеби шығармаларында оқу-ағарту ісіне қатысты өзекті мәселелерді көтере білген. Осыған орай А.Байтұрсынұлы өз баяндамасында: «артта қалған халық қашанда азат ұлттарға тәуелді болады, сондықтан қазақ жастары елін теңдікке жеткізу үшін арымай-талмай білім алулары керек» деп жазады [1].

Жаппай білім беру жүйесін енгізуге қажетті жағдайларды әзірлеу мақсатымен Бүкілресейлік Орталық Атқару Комитеті мен КСРО Халық Комиссарлар Кеңесі 1925 жылдың тамызы айында «КСРО-да жаппай бастауыш білім беру және мектептер жүйесін құруды енгізу туралы» қаулы қабылдап, онда жаппай бастауыш білім беруді 1933-1934 оқу жылдары тұтас республика аумағында жүзеге асыруды мақсат етіп қойды. Мұндай шешімді Қазақ АКСР үкіметі де қабылдады. Кейіннен, 1927 жылғы 22 сәуірде КСРО Халық Қомиссарлар Кеңесі «КСРО-да жаппай бастауыш білім беруді жүзеге асыру ережелері туралы» қаулы қабылдады [2].

Осылайша, республикада жан-жақты әрі үйлесімді жетілген жаңа қоғамның белсенді мамандарын тәрбиелейтін мектептерді одан әрі дамыту жөнінде жұмыстар жүргізілді. Қазақстанның экономикалық және мәдени артта қалушылығы нәтижесінде туған төтенше қиындықтарға қарамастан, республикадағы мектептер жүйесі мен ондағы оқушылардың саны жыл артқан сайын өсе түсті. Егер 1925-1926 оқу жылдары Қазақстандағы 3333 бірінші дәрежелі мектептерде 215,1 мың оқушы болса, 1928-1929 оқу жылдары осындай 4233 мектептерде 277 мың оқушы білім алды. Халық ағарту жүйесін қаржыландыру үнемі артып отырды. 1929-1930 оқу жылында 1925-1926 жылмен салыстырғанда халық ағарту жүйесін қаржыландыру 4

есе артты, ал күрделі құрылысқа жұмсалған қаржы 16 есе өсті. Жоғарғы санатты мектептер де елеулі түрде дамыды. 1929-1930 оқу жылында елімізде 21 мектеп коммуна, 72 шаруа-жастар мектебі, 142 жеті жылдық, 29 екінші дәрежелі мектептер болып, оларда 53152 оқушы білім алды.

БК(б)П XVI съезінің шешімдері негізінде БК(б)П Орталық Комитетінің 1930 жылғы 25 шілдедегі қаулысына және Орталық Атқару Комитеті, КСРО Халық Комиссарлары Кеңесінің 1930 жылы 14 тамыздағы «Жалпыға бірдей бастауыш білім беруді енгізу туралы» декретіне сай Қазақ АКСР Орталық Атқару Комитеті және Халық Комиссарлар Кеңесі 1930 жылғы 27 тамызда Қазақ АКСР-інде жалпыға бірдей міндетті бастауыш білім беруді енгізу туралы қаулы қабылдады [3]. Осы қаулыға сәйкес 1930-1931 оқу жылдары тұрақты ауылдық және селолық жерлерде сегізге толған балаларды бастауыш мектепке тарту және барлық қалалар мен жұмысшы поселкелерінде, совхоздарда, отырықшы аудандарда және ірі колхоздарда 8-10 жастағы балаларды 4 жыл көлемінде бастауыш мектеп курстарымен қамту қолға алынды. Қазақстанның көшпелі аудандарында 1931 жылдың көктемінен бастап мұнымен бір мезгілде 11-15 жас аралығындағы бастауыш мектеп курсын өтпеген ересектерді екі жылдық және бір жылдық жеделдетілген мектеп курстарымен қамту жүзеге асырыла бастады [3]. Бастауыш оқумен балаларды түгелдей қамту барлық жерде 1933-1934 оқу жылында тиянақталуы тиіс болды.

Жалпыға бірдей міндетті оқуды енгізу барысында жалпы басшылықты жүзеге асыру үшін Қазақ КСР Халық Комиссарлар Кеңесі жанында жалпы білім беруді енгізу жөніндегі республикалық комитет ұйымдастырылды. Бастауыш білім беру жоспарын жүзеге асыруда Қазақстан комсомолы атқарған жұмыс өте зор болды. «Республикадағы халық ағарту жұмысының жағдайы туралы» мәселе 1930 жылдың бірінші жартысында Бүкілодақтық Лениншіл Жастар Одағының VI өлкелік конференциясында талқыланып, онда комсомол ұйымдарының, осы мәселе жөніндегі нақты міндеттері белгіленді. Сөйтіп, жалпыға бірдей бастауыш білім беруге зор маңыз бере отырып конференция бастауыш білім беру жөніндегі мәдени эстафетаны жариялады.

1931 жылдың қазан айында Алматыда жалпыға бірдей міндетті бастауыш білім беруге барлық балаларды ана тілінде оқытуға арналған жастардың республикалық жиыны өткізілді. Жиын комсомол ұйымдарын және барлық жұртшылықты жалпыға бірдей білім беру ісіне назар аударуға шақырды. 1930-1931 оқу жылында өлкелік комсомол комитеті педагогикалық жұмысқа 5500 комсомол мүшесін жіберді, республика аймақтарында

1208 екпінді бригадалар құрылып, жалпыға бірдей білім берудің пайдасына комсомолдың күшімен 1980 гектар жерге әртүрлі дақылдар егілді, сондай-ақ комсомолдық сенбіліктер өткізу жолымен жалпыға бірдей білім беру пайдасына 34609 сом қаржы жиналды. Дәйекті жүргізілген осындай шаралардың арқасында бүкіл республикада қысқа мерзім ішінде жалпыға бірдей бастауыш білім беру мектептеріне мектеп жасындағы көптеген оқушыларды тартуға мүмкіндік туды. Мәселен 1927-1928 оқу жылында республика бастауыш мектептерінде 225557 бала оқытылса, 1930-1931 оқу жылдарында жалпыға бірдей білім беру мектептерінде оқушылардың саны 546582 адамға жетті. Оның ішінде қазақ балаларының саны 223400 адам болды [3].

Көшпелі аудандарда жалпыға бірдей білім беруді енгізу Орталық Атқару Комитеті мен Қазақ АКСР Халық Комиссарлар Кеңесінің қаулысына сәйкес 1931 жылғы 1 сәуірден жүзеге асырыла бастады. Көшпелі аудандар жөніндегі жоспар бойынша 1930-1931 оқу жылында 71629 адам қамту көзделген болса, жалпыға бірдей білім беруді жүзеге асыру барысында жаз айларының өзінде көшпелі аудандарда мектеп жасындағы балалардың 78,1 пайызы және ересектердің 75,4 пайызы [4] оқуға тартылды. Осылайша жалпыға бірдей білім беруді енгізуді республика көшпелі аудандарының еңбекшілері түсіне қабылдағанын дәлелдеді. Қазақстанда 1931-1932 оқу жылында жалпыға бірдей білім берумен 72,7 пайыз қазақтар, 92 пайыз орыстар, 80 пайыз татарлар, 75 пайыз өзбектер мен ұйғырлар, 85 пайыз дұңғандар қамтамасыз етілді. Ал 1928-1929 оқу жылында бірінші дәрежелі мектептерде оқыған қазақ балалары 21 пайыз, олардың көпшілігі ересектер еді [4]. Бірінші бесжылдық соңында Қазақстанда бастауыш мектептер жүйесінің өсуіне байланысты оқушылар арасында қазақ ұлтының балалары көбейді. Мәселен, 1928-1929 оқу жылында республика бастауыш мектептерінде 282 702 оқушы білім алса, 1932-33 оқу жылында 521 415 адам болып, оның ішінде қазақ балаларының саны 120 635-тен 215 864 адамға жетті [4].

Кеңестердің XIII Бүкілресейлік съезі ұлттық мектептер жүйесін «көшпелі және жартылай көшпелі аудандарда жаңа мектептерді салу жолымен де, сондай-ақ мектеп-интернаттарды ашумен де» жеделдетуді міндеттеді [5]. Осы мақсат үшін алдағы уақытта да автономиялық республикалар мен облыстарға мемлекеттік бюджет есебінен қаражат көмегін көрсетіп тұруды съезд аса қажет деп тапты.

Сондай-ақ, мектептерді мұғалім кадрлармен қамтамасыз етуде де көптеген жұмыстар істелді. БК(б)П Орталық Комитетінің 1929 жылғы 8 марттағы «Педагогикалық жоғары оқу орындары мен педагогикалық техникумдарда оқушылардың даярлануы және мұғалімдердің қайта даярлықтан өткізілуі туралы» қаулысында педагог мамандардың даярлану дәрежесі өлі де қанағаттанғысыз

екендігі атап көрсетілді. БК(б)П Орталық Комитеті педагогикалық оқу орындарының материалдық базасын одан әрі нығайту қажеттігін атап көрсетті. Оқу орындарына жұмысшылар мен шаруа-жалшылардың өкілдерін көбірек қабылдау үшін стипендиаттар үлес салмағын барлық оқушылардың 60 пайызына жеткізу көзделді. Орталық Комитет әлеуметтік экономикалық және педагогикалық пәндердің оқытылу дәрежесін жақсартуға назар аудары отырып «Педагогикалық жоғары оқу орындары мен педагогикалық техникумдар үшін педагогикалық пәндер бағдарламасын жасауды» ұсынды [5]. Сол сияқты БК(б)П Орталық Комитеті ұлттық республикалар мен облыстардағы педагогикалық оқу орындарына айрықша көңіл бөліп, мұндағы мәдени жағынан артта қалған ұлт мектептері үшін педагогтар даярлайтын педагогикалық оқу орындарында және техникумдарда, олардың бөлімшелеріндегі жұмысты тыңғылықты жолға қоюды алға тартты.

Жүргізілген шаралар нәтижесінде республиканың педагогикалық күші арта түсті. Мәселен, 1930-1932 жылдары жоғары білімді 445 педагог даярланып, техникумдарды 886 адам бітірсе, педагогикалық курстардан 6230 адам өтті. Оның үстіне елімізге көршілес халықтар көп көмек көрсетіп, Орта Азияда, Ресей және Татарстаннан көптеген мұғалімдер келді. Нақтырақ айтсақ, 1931-1932 оқу жылдары бұл республикалардан Қазақстан мектептеріне 100 мұғалім жіберілді. Сөйтіп, Қазақстан басшылығы жалпыға бірдей міндетті бастауыш білім беруді ұран етіп қана қоймай, оның міндетті түрде жүзеге асуына көп күш-жігер жұмсады. Бұл салада жүргізілген жұмыстар жалпыға бірдей білім беру ісін айтарлықтай алға жылжытты. Жалпыға міндетті білім берудің алғашқы 1930-1931 оқу жылында республика мектептерінде 546 582 адам (оның 223400-і қазақ) сабаққа қатыстырылды [5]. Осылайша, XX ғасырдың 30-жылдарында жалпыға бірдей міндетті білім беруді жүзеге асыру нәтижесінде республикада жалпыға бірдей міндетті жетіжылдық білім беруге көшудің негізі қаланған болатын.

Мектеп өмірінде ұрпақ ауысу үрдісі үздіксіз жалғасады. Сондықтан, аға ұрпақты болашақ мамандардың қандай болатыны қызықтыраы сөзсіз. Өйткені, адам қашанда соңынан ерген жас ұрпақтың, білім беруге қабілетті адамдардың, жақсы тәрбиешілердің, педагогтардың болғанын қолдайды. Адамның алдында барлық уақытта жоғары, өте жауапты міндеттер тұрады. Адам тәрбиелеу және білім берумен байланысты мәселелер ірі міндеттерді, соның ішінде адамның қалыптасуына назар аудару орталығында болуы тиіс міндеттерін түсінуді талап етеді. Сондықтан, бүгінгі таңдағы күрделі мәселелерді шешуде жалпы бағдарламаны білмей отырып, біздің еліміздің әлеуметтік-экономикалық жағдайындағы проблемалар айналасында шындықта оқыту мен әртүрлі жастағы жастарды тәрбиелеу үрдісінде оларды құқықтық демократиялық мемлекеттегі өмірге бағдарлау қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Қойгелдиев М.Қ. Алаш қозғалысы.// – Алматы: Санат, 2005. – 368 б.
- 2 Алматы облыстық мемлекеттік мұрағаты. 962қ. –Т 1. – 1063 іс. – 14 б.
- 3 Алматы облыстық мемлекеттік мұрағаты. 177 қ. – Т 1. – 1070 іс. – 9 б.
- 4 Алматы облыстық мемлекеттік мұрағаты. - 177 қ. – Т 1. – 1071 іс. – 12 б.
- 5 ҚР Орталық мемлекеттік мұрағаты. 1692 қ. – Т 1. – № 1742. – 56 б.

Э.К. ТУСУПБЕКОВА

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В НАШЕЙ СТРАНЕ В 30 – Е ГОДЫ XX ВЕКА

Резюме: В статье за 30 годы изучаются и сообщаются на основании новых архивных данных открытия школ, их состояние и проблемы связанные с народным образованием в стране. В результате проведенных исследований истории страны и проблемы народного образования за этот период мы видим весь образ казахского общества того времени.

Ключевые слова: архивные документы, учебно-воспитательная работа, библиотека.

E.K. TUSSUPBEKOVA

EDUCATIONAL PROCESS IN OUR COUNTRY IN 30 YEARS XX AGE

Resume: The article 30 - years are studied and reported on the basis of the new data of archival funds of opening of schools, their state and problems connected with national education in the country. As a result of the carried-out research of history of country and a problem of national education in this period we see all image of the Kazakh society of that time.

Keywords: archival documents, teaching - educational work, library

ӘОЖ: 364.442/.444

А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Н.Ә. ШЫНАРБЕКОВА, Г.Н. БОЛЖАНОВА
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті

РЕПРОДУКТИВТІ ЖАСТАҒЫ МЕЙІРБИКЕЛЕРДІҢ ТАБАК ҚОЛДАНУҒА ҚАТЫСТЫ СТАТУСЫ ЖӘНЕ ӘРЕКЕТІНІҢ МАҢЫЗЫ

Қазақстанда табак қолданудың профилактикасы және оны шектеу жөніндегі заңдылықтар қабылданғанымен, тыйым салу арқылы ғана табак қолдану деңгейін төмендету мүмкін емес, әрбір мақсаттық топты құрайтын халық санатына кешенді, арнайы үйлестірілген әдіс керек.

Зерттеуге алынған репродуктивті жастағы мейірбикелердің 48,7% темекі шегеді. Осы көрсеткішті бүтін ретінде қарастырғанда 80% жуығы табакты күнделікті тұрақты түрде қолданады. 70,7% респонденттер пассивті (белсенді емес) табак қолданушылары, олардың ішінде 30,8%-ы табак түтініне қоғамдық орындарда ұшырайды екен.

Респонденттердің жартысына жуығы темекі шегуді, арнайы белгіленген орындардан басқа жерлердің барлығында тыйым салу керек дегенмен келіседі. Әрбір үшінші респондент жұмыс орындарында, ашық ауадағы жұмыс орындарын қоса, толығымен темекі шегуге тыйым салуды қолдаған.

Түйінді сөздер: табак қолдану, репродуктивті жастағы мейірбикелер, пассивті темекі қолдану, табак қолданудың алдын-алу.

Табактың залалды өсері – жалпымойындалған факт. ДДҰ мәліметтері бойынша, дүние жүзінде жыл сайын табак қолдануға байланысты байланысты аурулардан 4,9 млн. адам, ал Қазақстанда –25 жуық адам шығынға ұшырайды екен.

2002 жылы Қазақстанда «Табак қолданудың профилактикасы және оны шектеу жөніндегі» ҚР Заңы қабылданса, 2006 жылы ДДҰ табакпен күрес бойынша Рамалық конвенцияны ратификациялады. Тыйым салу арқылы ғана табак қолдану деңгейін төмендету мүмкін емес, әрбір мақсаттық топты құрайтын халық санатына кешенді, арнайы үйлестірілген әдіс керек.

Сондықтан жүргізілген зерттеу барысында арнайы іріктелген мақсаттық топ ретінде – репродуктивті жастағы мейірбикелер таңдалып, олардың темекі шегу салдарларымен ақпараттану деңгейін, темекі шегуді қысқартуды көздейтін шаралар және нормативтік-құқықтық аспектілерге қарым-қатынасын зерттеу мақсатын құрады.

Зерттеу материалы және әдістері. Сауалнамалық сұрау 2014 жылы Алматы қаласының қалалық №7 клиникалық ауруханасының емханасы және №18

емхананың 55 мейірбикелік персоналы арасында кездейсоқ іріктеу әдісімен, анонимді түрде жүргізіліп, наурыз-сәуір кезеңін қамтиды.

Мақсаттық топқа арналған сұрау жүргізу методологиясы бойынша жиналған зерттеу материалы негізінде жиынтықтағы таралған құбылыстың жиілігі мен құрылымы анықталды, хи-квадрат коэффициентінің бірқатар белгілерге тәуелділігі дәлелденді, сонымен қатар Стьюдент критерийі көмегімен салыстырмалы жиынтықтардағы көрсеткіштердің айырмашылығы есептелді.

Зерттеудің алдағы кезеңіне осы мекемелерден көмек алатын пациенттер мен репродуктивті жастағы әйелдерден құралатын мақсаттық топтарды зерттеу жоспарланған.

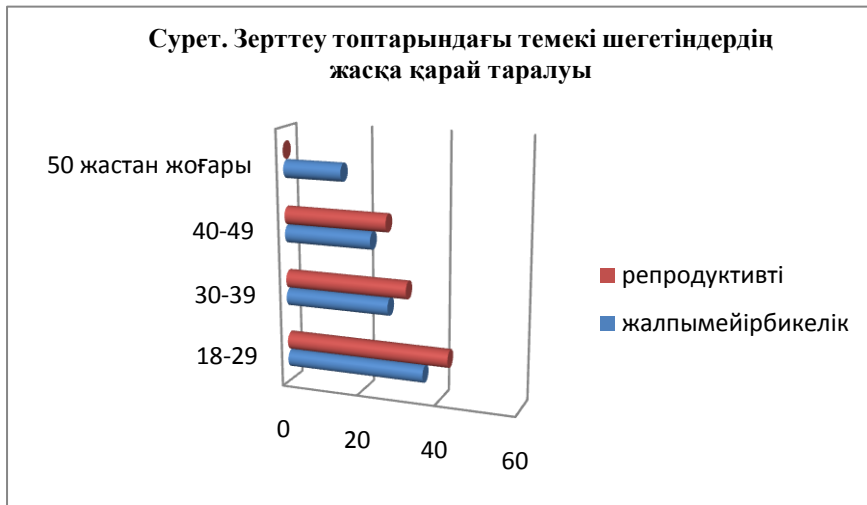
Жалпымейірбикелік топтың 35,7% стационарлық мекемеде жұмыс атқарады, басқа 64,3% - емханалық мекеме мейірбикелері. Репродуктивті топтан 39,2% және 60,8% сәйкес мекемелердің мамандары.

Барлық респонденттер келесі зерттеу топтарына бөлінді: жалпымейірбикелік және репродуктивті жастағы мейірбикелер тобы.

Респонденттердің негізгі массасын репродуктивті жастағылар құрады: 18-29 жастағылар – 36,4%, 30-49 жастағылар – 37,4% құрады. Ал 50 жастан жоғарылар – 26,2% үлес салмағына ие.

Жалпымейірбикелік топтың 42,4%-ның өмірінде темекі тартқан кезеңдері болған, ал репродуктивті топта

мұндайлардың үлесі 48,7% құрады. Осы алынған үлес салмағындағы көрсеткіштерді әр зерттеу тобы бойынша бүтін ретінде қарастырып, жас шамасына қарай жіктегенде, төмендегі суреттегі ақпарат алынды.



Темекі шегетіндердің негізгі массасы күнделікті нарықта қолданыстағы өндірістік темекіні пайдаланады.

Әрбір үшінші темекі шегетін респондент табакқа қажетін өз медициналық мекемесіндегі жұмыс орнында ғөтей алады екен.

Респонденттердің 17,8% – өз үйлерінде отбасы мүшелерінің алдында темекі шегетіндер. Ал 65,4% – отбасы мүшелерінің алдында мұндай жағымсыз әдеп көрсетпейді. Зерттеу топтары бойынша үй ішінде, пәтерде темекі тарту көрсеткіштері келтірілген.

Жалпымейірбикелік топ үй жағдайында отбасы мүшелерінің алдында репродуктивті жастағыларға қарағанда екі есе сирек темекі тартады екен. Респонденттердің көпшілігі отбасы мүшелерінің көзінше мұндай әдеттен аулақ екендіктерін жалпымейірбикелік топтың 56,4% және репродуктивті топтың 41,8% жауаптарымен нақтылаған.

Темекі шегетіндердің 80% жуығы – күнделікті тұрақты түрде қолданады. Басқа 6,3% – тек, жұмыс күндері темекі тартуды әдетке айналдырған. 11,3% респонденттер экспериментаторлар болып табылады да аптасына бір рет және одан сирек жиілікпен темекі тартады. Респонденттердің 2,4% үлес салмағы – табак қолдану жиілігін көрсетпеген.

Жалпы зерттеуге алынған мейірбикелер арасында 70,7% респонденттер пассивті (белсенді емес) табак қолданушылары болып табылды. Сұралғандардың 14,6%-ы – екіншілік табак түтінінің әсеріне үй жағдайында, 5,4% - жұмыста, 19,9% - достар арасында, 30,8% – қоғамдық орындарда ұшырайтындар.

Сұраудың келесі блогы медициналық қызметкерлердің табак қолданудың профилактикасына қатысты пікірлерін білуге арналды. «Сіздің көзқарасыңыз бойынша, табак қолданатын пациент және оның туыстарына қатысты медициналық қызметкердің іс-әрекеті қалай болуы тиіс» деген тұғырға 69,2% (71% жалпымейірбикелік топ және 53,5% репродуктивті жастағы мамандар тобы) пациенттерге темекі тартуға қатысты сұрақтар қойып, оны тоқтату жөніндегі ұсыныстар беру орында деп санайды. 7,3% (6,7% және 10,83% сәйкесінше) – тек

темекі тартуға қатысты пікірлерін анықтағанды дұрыс көреді. 8,3% респонденттер (7,6% және 14,7% сәйкесінше) темекі шегетін пациенттермен табак қолдану деңгейін төмендету бойынша жұмысты арнайы қызмет жұмысшылары, мысалы, наркологтар жүргізу керек деп есептейді. 5,54% респонденттер – бұл, тіпті, медициналық қызметкерлердің міндеті емес (!) деп есептейді.

Келесі сұрақ арқылы біз мейірбикелік персоналдың медициналық емес мекемелердегі жұмыс орындарындағы темекі шегуге қатысты пікірлерін білуді жөн көрдік.

Респонденттердің жартысына жуығы темекі шегуге арнайы белгіленген орындардан басқа жердің барлығында тыйым салу керек деп есептейді. Респонденттердің әрбір үшіншісі жұмыс орнында да, оған қарасты ашық ауада да темекі тартуға қатаң тыйым керектігін қолдайды.

Табак өнімдеріне қатысты қатаң баға саясаты темекі тарту деңгейін төмендетудің анағұрлым тиімді әдісі екені айқын. Қазақстанда табак өнімдерінің бағасы ТМД елдері территориясындағы ең төмен көрсеткішті ұстап тұр. Сауалнамалық сұралғандардың 13,7% (18,2% жалпымейірбикелік және 10,8% репродуктивті жастағы мамандар) табак өнімдерінің бағасын 3 еседен аса жоғарылатса темекі тартатындардың санын күрт төмендейтініне сенімді. Бағаны 2-3 есеге жоғарылатумен 5,92% респонденттер (7,2% және 5,1% сәйкесінше) мақсатқа орай деп есептейді. Жалпы бағаны 1,5-нан 3 есеге дейін жоғарылатуды 33,4% сұралғандар қолдайды (41,4% және 28,2% сәйкес топтар өкілдері). Дегенмен, 22,6% респонденттер табак өнімдерінің бағасын сол күйінде қалдыруды дұрыс көреді. Бұл пікірмен 21,6% жалпымейірбикелік топтың және 31,2% репродуктивті жас тобындағы мамандар ортақтасқан.

Сонымен зерттеу мәліметтерінен шығатын қорытынды: - Медициналық қызметкерлер арасындағы тұрақты темекі шегу деңгейін 22,2% мамандар, яғни жалпымейірбикелік топтың 15,2% және репродуктивті

жастағы мейірбикелер тобының 36,8% респонденттері құрады

- 70,7% респонденттер пассивті (белсенді емес) табак қолданушылары, олардың ішінде 30,8%-ы табак түтініне қоғамдық орындарда ұшырайды екен.

- 69,2% мейірбикелік мамандар (71% жалпы мейірбикелік топ және 53,5% репродуктивті жастағы мамандар тобы) пациенттер мен олардың

туыстарының арасында темекі шегу сұрағында профилактикалық іс-шаралар жүргізу қажет деп санайды.

- Респонденттердің жартысына жуығы темекі шегуді, арнайы белгіленген орындардан басқа жерлердің барлығында тыйым салу керек дегенмен келіседі. Өрбір үшінші респондент жұмыс орындарында, ашық ауадағы жұмыс орындарын қоса, толығымен темекі шегуге тыйым салуды қолдаған.

А.А. АЙТМАНБЕТОВА, Н.Ә. ШЫНАРБЕКОВА, Г.Н. БОЛЖАНОВА

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

СТАТУС И ЗАЧИМОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДСЕСТРЫ РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ОТНОШЕНИИ ТАБАКОКУРЕНИЯ

Резюме: Несмотря на принятые законы против табакокурения в Казахстане, численность имеющих вредную привычку бесчисленно растет. Необходима специально разработанная методика изучения к различной целевой группе по отношению к табакокурению и вывращения их статуса.

Курят регулярно 48,7% медсестер репродуктивного возраста. 67,5% респондентов являются пассивными курильщиками, 47,8% из них подвергаются пассивному курению в общественных местах.

Половина респондентов согласна с тем, чтоб курение было разрешено в специально отведенных местах. Каждый третий средний медперсонал поддерживает полный запрет использования табака в рабочих помещениях и рабочих местах на открытом воздухе.

Ключевые слова: табакокурение, медсестры репродуктивного возраста, пассивное табакокурение, профилактика табакокурения.

AITMANBETOVA A.A., SHYNARBKOVA N.A., BOLZHANOVA G.N.

Kazakh National medical university named S.D. Asfendiyarov

STATUS AND ACTIVITIES OF NURSES REPRODUCTIVE AGE IN RESPECT TO SMOKING

Resume: Despite laws against smoking in Kazakhstan, with the number growing habit countless. Requires specially developed technique to study various target groups in relation to smoking and identify their status.

Smoke regularly 48.7 % of nurses reproductive age. 67.5 % of respondents are passive smokers, 47.8 % of those exposed to passive smoke in public places.

Half of the respondents agreed, that smoking was allowed in special areas. Every third nurses support a complete ban of tobacco use in working space and workplaces outdoors.

Keywords: smoking, nurses reproductive age, passive smoking, smoking prevention.

М.А. КАМАЛИЕВ

Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова

С.Д. АСФЕНДИЯРОВ: ЖИЗНЬ-ПОДВИГ (К 125-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

С.Д. Асфендияров вошел в историю нашей страны как революционер, активный борец, участник первой мировой войны, Великой Октябрьской социалистической революции, гражданской войны в Казахстане и Средней Азии, видный советский, государственный и общественный деятель, талантливый ученый.

Ключевое слово: С.Д. Асфендияров.

Имя С.Д. Асфендиярова ныне стало широко известным в республике благодаря стараниям историков, опубликовавших о нем ряд статей, специально отмечающих его заслуги, в обобщающих трудах и брошюрах [1,2,3,4].

С.Д. Асфендияров родился 20 октября 1889 г. в Ташкенте. Четвертый ребенок в семье.

Отец – Сейтжапар (Саид Джафар, Джафар) Асфендияров, военный переводчик при туркестанском генерал-губернаторе, штабс-ротмистр, 44 года. Родом из Уральской области Оренбургской губернии. Потомок хана Абулхаира (Абулхаир-хан–Айшуак-хан–Сыгалы(Сюгалий)султан–Асфендияр(Исфиндияр)султан–Сейтжапар). Получил образование в русско-туземной школе при Оренбургской пограничной комиссии, которая была учреждена специально для детей казахских султанов в 40-е годы XIX века, чтобы готовить из них политическую управленческую элиту, которая могла бы в духе реформ 20-40-х годов занимать административные посты в системе местного самоуправления. По окончании четырехлетнего курса было представление оренбургского начальства о том, чтобы оставить его в школе как человека, "проявившего даровитые способности, выделяющегося из прочих ордынцев своими познаниями, добросовестностью и усердием". Сначала он был оставлен в качестве репетитора, затем поступил на государственную службу в Оренбурге. Когда началось присоединение Туркестанского края к России, его взяли переводчиком в действующую армию. Впоследствии так и остался на всю жизнь в Туркестане и служил в канцелярии генерал-губернатора до конца 1916 г., когда не вышел в отставку в возрасте 71 года в чине генерал-майора. Был одним из четырех казахов, которые получили до революции звание генерал-майора русской армии. Сейтжапара Асфендиярова лично знал император Николай Второй. В послужном списке указывается ряд ценных подарков и почетных наград, которые были лично вручены ему царем за осуществляемые им дипломатические миссии. В частности, владея в совершенстве письменным и устным таджикским, тюрки и фарси, он был переводчиком с восточных языков. Был вхож к хивинскому хану и к бухарскому эмиру. Имел в числе своих наград бухарский орден Золотой звезды первой степени. Более того, был автором ряда публикаций о жизни и быте местного населения, которые вышли в "Туркестанских губернских ведомостях". Безвыездно жил со своей семьей в Ташкенте. Сохранились интересные биографические записки, где он пишет, что "понимая сложность своего положения, я считал очень важным и необходимым дать своим детям прекрасное образование. Я считал таким образом дать им дорогу в будущее". В первые годы установления Советской власти

честному и вполне лояльному старому офицеру, сочувственно отнесемусь к новому строю, выплачивалась пенсия и оказывалась посильная материальная помощь.

Мать – Гуландом Касымова занималась домашним хозяйством и воспитывала детей: четырех сыновей и четырех дочерей. После замужества приехала в город из глухого сырдарьинского аула, с помощью мужа выучилась говорить и писать по-русски. Есть гипотеза о ее принадлежности и роду известного казахского султана Кенесары Касымова.

С.Д. Асфендияров сначала закончил Ташкентское реальное училище (1897-1907 гг.). Пытался поступить в Петербургский университет, но неудачно. По совету отца в 1907 г. решается стать студентом Военно-медицинской академии, которую окончил в 1912 г. в возрасте 23 лет. Учился на стипендию военно-морского министерства.

По окончании академии отбыл на военную службу в город Термез на Амударье. Служил младшим врачом 10-го Туркестанского стрелкового полка (03–11.1913 г.), старшим врачом 9-го Туркестанского стрелкового полка (11.1913 г. – 05.1914 г.), временно исполняющим обязанности бригадного врача 3-й Туркестанской стрелковой бригады (05–08.1914 г.), старшим врачом 19-го Туркестанского стрелкового полка (08.08.–19.08.1914 г.), старшим врачом 5-го Туркестанского стрелкового полка.

В начале первой мировой войны молодой военный лекарь Асфендияров в составе Туркестанского полка отбывает на фронт. Под Лодзью вместе с полком попадает в окружение и плен. Рассказывают, что когда захватили русский госпиталь, Асфендияров выгнал германских солдат из операционной. И только после того, как спас раненого, он вышел на крыльцо и спокойно закурил папироску. На требование немецкого офицера сдать оружие Асфендияров ответил, что сдавать ему нечего – пистолета у него не было. Будучи сыном опытного дипломата, он считал, что оружие – это последнее средство, нормальные люди всегда могут договориться. Став военнопленным немецких концентрационных лагерей Кутно, Торн, Александровка (12.1914 г.–12.1915 г.). Асфендияров и в плену не переставал учиться – занимался самообразованием, изучал немецкий язык. И продолжал лечить, работая в импровизированных лазаретах для военнопленных. В это же время близко сходитя с радикально настроенными людьми, противниками войны.

В декабре 1915 года при содействии Международного Красного Креста по обмену военнопленных С.Д. Асфендиярову удалось из Шпартзунда через Швецию возвратиться в Петербург. Здесь встречает любовь всей своей жизни. Немногочисленная казахская диаспора в Санкт-Петербурге любила проводить время у адвоката

Сералы Лапина – депутата Госдумы. Кстати, Лапин серьезно занимался изучением восточных языков, и первым перевел с персидского на казахский язык "Шахнаме". Лапин был обеспеченным человеком, но главным своим богатством он считал двух дочерей – Рабигу и Рахилию, выпускниц Смольного института благородных девиц. Между прочим, за всю историю Смольного там училось всего шесть девушек-казашек. Особенно очаровательна была Рабига, или как все ее называли Рябинушка. Девушке тоже приглянулся бравадный офицер, выделявшийся остроумием и эрудицией. Асфендияров женится на Рабиге.

С. Асфендиярова определили годным к воинской службе в тыловых районах и отправили в Туркестан в составе медицинского десанта для борьбы против распространившегося там сыпного тифа. После труднейшей дороги Санджар прибыл в родной Ташкент, где работал ординатором 130-го сводного эвакуационного госпиталя (01–02.1916 г.), заведующим санитарной частью Ташкентской дисциплинарной роты, Ташкентской караульной команды и Туркестанских нештатных батарей (02–04.1916 г.), старшим врачом Ташкентской дружины государственного ополчения (04.1916 г.– 02.1917 г.).

К идее социалистической революции он пришел осознанно и самостоятельно, следуя своим убеждениям и марксизму. Здесь, конечно, присутствовал и юношеский максимализм, и радикализм, и чувство справедливости, и недовольство царским режимом. Асфендияров с головой окунается в революционное движение в крае, избирается в Совет солдатских депутатов. Весной 1916 г. он вместе с Ташкентской дружиной народного ополчения отправился в Термез. В Термезе был организован Совет солдатских депутатов, в члены которого выдвинули С.Д. Асфендиярова. Спустя месяц он от Термезского гарнизона участвовал в областном съезде Советов, который проходил в новой Бухаре. Будучи избран в Туркестанский областной Совет солдатских и крестьянских депутатов, вел борьбу с Туркестанским комитетом Временного правительства за влияние в политических сферах.

В июне 1917 г. в Ташкенте С.Д. Асфендияров по поручению Краевого Совета приступил к организации первого Совета мусульманских рабочих депутатов. Одновременно с этим они организовали кооператив «Каноат» и начали работу по изданию ежемесячного журнала «Ишчилар дунеси» («Мир рабочих»), просуществовавшего лишь несколько месяцев.

В дни Октябрьской революции С.Д. Асфендияров – в Ташкентской дружине, которая выступила с оружием в руках против юнкеров и белоказачества. Он участвует в формировании первых красноармейских частей в Туркестане: в Чимкенте полностью перешел на сторону Советской власти Черняевский полк – С.Д. Асфендияров становится его военврачом и членом мусульманского бюро. Полк успешно действовал на Закаспийском фронте, позже внес большой вклад в разгром басмачества.

С началом вооруженной борьбы за власть он был в рядах бойцов, оказывая не только медицинскую помощь, но и сражаясь рядом с ними. Все это подняло его авторитет в массах и стало причиной избрания делегатом III краевого съезда Советов. Он проходил 17–22 ноября 1917 г. в Ташкенте и образовал Совет народных Комиссаров Туркестанской республики. Спустя

пять дней С.Д. Асфендияров как представитель старгородского мусульманского Совета Ташкента участвовал в работе Чрезвычайного краевого съезда Мусульманских Советов Туркестана. На съезде была выдвинута идея автономии Туркестана и избрано правительство Кокандской автономии.

Летом и осенью 1918 года в Туркестане разразился страшный голод и нависла угроза эпидемии холеры. Особенно сильно пострадали коренные жители, большинство которых имело скудные средства для существования и жило в антисанитарных условиях. С ноября 1918 г. С.Д. Асфендияров как член чрезвычайной комиссии по борьбе с голодом принимал деятельное участие в осуществлении неотложных мероприятий в Сырдарьинской области. Зимой 1918–1919 гг. он провел в разъездах по Ташкенскому, Черняевскому (ныне район Чимкента), Казалинскому, Перовскому (ныне район Кызыл-Орды), Туркестанскому уездах. В ходе этой работы он близко познакомился с Тураром Рыскуловым, впоследствии государственным и общественным деятелем, в 1920 г. – председателем ЦИК Туркестанской АССР, председателем Мусульманского бюро РКП(б), в 1926–1937 гг. – заместителем председателя Совнаркома РСФСР.

В мае 1919 г. партийной ячейкой Черняевского полка Санджар Асфендияров был принят единогласно в ряды Коммунистической партии.

В 1919 г. он назначается Народным комиссаром здравоохранения Туркестанской республики, в которую в те годы кроме среднеазиатских входили южные области Казахстана. На этом ответственном посту он работал с небольшими перерывами до декабря 1920 г. Времена были очень трудными. В центре внимания наркомата здравоохранения стояли сотни острых проблем, связанных с медицинской помощью полугодному населению края, десяткам тысяч беженцев-переселенцев. С.Д. Асфендиярову не раз приходилось выезжать на фронтную полосу для оказания практической помощи военным врачам и бойцам. Его избирают членом ЦК и членом организационного бюро ЦК, ответственным секретарем ЦК Компартии Туркестана. Вместе с Д.А. Фурмановым участвовал в разгроме белогвардейского мятежа в Семиречье.

В 1920 г. С.Д. Асфендиярова назначают Народным комиссаром земледелия Туркестанской республики. Он пишет, что «в первые годы революции была объявлена социализация земли, которая проводилась крайне бессистемно и нередко сводилась к новым захватам земли у коренного населения и созданию земледельческих коммун, совершенно не соответствующих своему названию. Этой политикой мы оттолкнули массы коренного населения, разорили их хозяйства, что в конечном результате повело к полному разрушению земледелия». С.Д. Асфендияров проводит на этом посту большую и разностороннюю работу по улучшению земельно-водных отношений в крае. Он не только ездит по кишлакам и аулам, но и глубоко изучает историю и культуру, быт и хозяйство, родорасселение и нормы земельного права казахов, узбеков, киргизов и каракалпаков.

С 1921 по 1922 гг. Санджар Джафарович работал в Москве представителем Туркестанской республики, одновременно членом коллегии Совнаркома РСФСР по национальным вопросам, членом Особой Комиссии

Всероссийского Центрального исполнительного комитета (ЦИК) по землеустройству.

В этот период он тесно работает с видными деятелями Советского государства – В.В. Куйбышевым, Д.А. Фурмановым, Т. Рыскуловым, Н. Тюрякуловым, М.Н. Покровским. Его имя было знакомо В.И. Ленину. В октябре 1921 г. Ленин знакомится с письмами А.Р. Рахимбаева и С.Д. Асфендиярова и делает на них свои пометки. Ленинской рукой в числе других кандидатов в состав Туркестанского бюро вписывается и фамилия С.Д. Асфендиярова.

В начале 1922 г. С.Д. Асфендияров приехал в Ташкент и после не изъявил желаний вернуться в столицу. 30 января он обратился с письмом ответственному секретарю ЦК Компартии Туркестана Назиру Тюракулову «Я полагаю, – писал он, – принудительная отправка меня в Москву едва ли даст положительные результаты. Если Исполбюро считает необходимым отправить меня в Москву, то просил бы отсрочить мою поездку на 1-1,5 месяца. Дело в том, что мною предпринята крупная работа по обследованию российских колоний, отсрочка поездки дала бы возможность систематизировать имеющиеся у меня материалы и пополнить их чрезвычайно ценными данными Туркестанских архивов и библиотек».

В мае 1923 г. на С.Д. Асфендиярова была вновь возложена обязанность народного комиссара здравоохранения Туркестанской республики. Он оставался также заместителем народного комиссара земледелия Туркестанской АССР.

«Товарищ Асфендияров, несомненно, опытный руководитель и администратор – для дела здравоохранения, безусловно ценный, – говорилось в характеристике, данной ему заместителем наркома здравоохранения Михаилом Слоним. – За время своего недолгого пребывания на должности наркома здравоохранения заметно улучшил работу наркомздрава».

29 декабря 1923 г. ЦК КП Туркестана признал необходимым ввести С.Д. Асфендиярова в состав секретариата третьим секретарем и довести об этом до сведения ЦК РКП(б).

В январе 1924 г. по одобрению Исполбюро ЦК КП Туркестана он был выдвинут в Президиум Туркестанского ЦИК.

В 1924 г. он был избран членом Среднеазиатского бюро ЦК ВКП(б). В том же году Центральный Комитет нашей партии направляет его в составе комиссии ЦК на подавление контрреволюционного басмаческого мятежа Джунаидхана в Хорезме. В 1925 г. С.Д. Асфендияров избирается членом Президиума и заместителем секретаря Всероссийского ЦИК. Избирался он делегатом IX, X, XI, XII, XIII съездов Советов РСФСР, членом ВЦИК и ЦИК СССР.

С первых дней пребывания в столице он сотрудничает с научными и учебными учреждениями Москвы, преподает во втором Московском университете, пишет обзоры, выступает с докладами, участвует в обсуждении рукописей, книг и брошюр сотрудников научно-исследовательского и учебного Института востоковедения при ЦИК СССР, которым ряд лет руководил выдающийся деятель Советского государства, один из соратников В.И. Ленина Н.Н. Нариманов. Часто встречается в эти годы С.Д. Асфендияров с представителями зарубежного Востока. Знание англий-

ского, немецкого, французского и арабского языков способствует его контактам с ними, а также позволяет ему успешно заниматься изучением советской и иностранной литературы по проблемам востоковедения. Как явствует из воспоминаний академика АН КазССР О.А. Жаутыкова, любознательный и неутомимый Санджар Джафарович начал тогда изучать китайский язык.

В 1927 г. Асфендиярова назначают директором Института востоковедения им. Н.Н. Нариманова. В это же время ему присваивают звание профессора. Много сил он отдавал выполнению обязанностей секретаря президиума Всесоюзного центрального комитета нового тюркского алфавита. Лишь год ему пришлось поработать в Институте востоковедения. В 1928 г., отозвавшись на призыв правительства Казахстана, он переезжает на работу в Алма-Ату.

Этот период жизни и деятельности является самым ярким и плодотворным. Ученый стоял у колыбели высшей школы и науки в Казахстане. Вопрос о необходимости вуза в Казахстане поднимался еще в 1922-1923 гг. И с тех пор на страницах печати, на собраниях научных и общественных организаций постоянно дебатировался вопрос о целесообразности его создания, его типе, языке преподавания. Наконец 15 мая 1928 г. Большой Совнарком РСФСР принял постановление об организации в Казахстане университета, в первую очередь педагогического факультета, который намечалось открыть 1 октября 1928 г. Совнарком КазАССР решил открыть 1 октября 1928 г. педагогический факультет КазГУ в составе 1 курса с тремя отделениями: а) физико-технического, б) естественного, г) языка и культуры. В этом же году была создана комиссия по организации университета, в состав которой входил и С.Д. Асфендияров в должности заместителя председателя. Комиссии поручались подготовка здания, укомплектование штатов и создание учебной базы. После этого С.Д. Асфендияров направляется в Москву и Ленинград для набора учебно-педагогических работников и приобретения учебного оборудования. По возвращении в Алма-Ату он назначается первым ректором первого вуза республики – Казахского государственного университета. Первый набор студентов был произведен в 1928 г. в составе 124 человек. Санджар Джафарович с 1928 по 1936 гг. читал курс истории революционного движения на Западе и России, а также курс истории Востока. Он стал первым деканом исторического факультета и заведующим кафедрой истории СССР.

В 1929-1930 гг. открываются сельскохозяйственный и медицинский факультеты. В следующем году на их базе открываются медицинский и сельскохозяйственный институты.

В 1930 г. С.Д. Асфендияров назначается ректором медицинского института, а КазГУ переименовывается в Казахский педагогический институт им. Абая. На плечи Санджара Джафаровича легли огромные заботы по организации первого в Казахстане медицинского вуза. Под крыло Асфендиярова в КазГМИ в то время слетались все светила медицины. В те времена по всей стране шла борьба с буржуазным наследием прошлого. Врачей дореволюционной закваски с непролетарским происхождением увольняли с работы, высылали из центральных городов и всячески третировали. Преподаватели не только обучали студентов, они неоднократно выезжали на борьбу со вспышками

различных заболеваний, оказывали практическую помощь медицинским учреждениям. Началось систематическое изучение краевой патологии. Развернулась борьба с многочисленными инфекционными болезнями. В Алма-Ате стали готовиться специалисты медики из коренной национальности республики. При С.Д. Асфендиярове стали функционировать подготовительные пятимесячные курсы для поступления в институт, а также открылись педагогический техникум, педагогические училища, рабфак.

До 1937 г. С.Д. Асфендияров работает народным комиссаром здравоохранения и заместителем наркома просвещения Казахской АССР, заведующим сектором истории Казахского научно-исследовательского института национальной культуры, первым заместителем председателя Казахстанской базы, а затем филиала Академии наук СССР, профессором кафедры истории КазПИ им. Абая и т. д.

Летом 1937 г. волна сталинских репрессий охватила и Казахстан.

22 августа был арестован и С.Д. Асфендияров. 27 сентября 1937 г. решением Бюро Алма-Атинского горкома исключен из партии, т.к. "разоблачен как контрреволюционер-националист и арестован органами НКВД". Проходил по делу "о японской шпионской сети". 29 сентября 1937 г. в "Казахстанской правде" было опубликовано письмо студентов Казахского института марксизма-ленинизма с заголовком "Японский шпион в роли историка". В нем они разоблачали профессора С.Д. Асфендиярова за его якобы националистические, пантюркистские взгляды, за то, что "фашистский наймит

Асфендияров свою контрреволюционную пачкотню черпает из фашистских источников".

После полугодовых допросов, истязаний 23 февраля 1938 г. был приговорен к расстрелу. Через полтора месяца арестовали и его супругу Рабигу Сергалиевну, работавшую в Государственной библиотеке в Алма-Ате. Ее отправили в Акмолинский лагерь жен изменников родины, где она пробыла пять лет. Предчувствуя арест, она успела отправить младшую 17-летнюю дочь Адоля в Москву – к своей старшей дочери Алие, которая окончила Институт иностранных языков. Рабига Лапина умерла в 1954 г. в Ташкенте, так и не дождавшись реабилитации.

Опубликованные труды С.Д. Асфендиярова решением органа по печати от 27 июля 1938 г. были изъяты и запрещены на долгие годы.

26 мая 1958 г. Верховный суд СССР отменил приговор об осуждении С.Д. Асфендиярова как необоснованный и реабилитировал его как невиновного. До этого 31 марта 1958 г. решением военного Трибунала Туркестанского военного округа была реабилитирована и его жена Рабига Сергалиевна.

С.Д. Асфендияров, ставший в расцвете сил жертвой несправедливого обвинения и беззакония, оставил значительное научное наследие. Это его выступления, статьи, рецензии, заметки, брошюры, монографии, учебники, обобщающие труды и документальные сборники.

Безвременная трагическая гибель помешала С.Д. Асфендиярову осуществить все замыслы, но живо главное дело его жизни – медицинский университет, увековечивший его имя.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Национальная энциклопедия Казахстана. – Алматы: 2004. – Т. 1. – 277 с.
- 2 Санджар Джафарович Асфендияров / Академия наук Казахской ССР. – Алма-Ата: Наука, 1989. – 60 с.
- 3 Сулейменов Р.Б. О научной деятельности Санджара Джафаровича Асфендиярова // Вестник АН Казахской ССР. 1959. – № 12.
- 4 Шимырбаева Г. Внучка Санжара Асфендиярова хочет вернуться на Родину.// Казахстанская правда. 16 июля 2002 г. – № 154(23803). – 6 с.

М.А. КАМАЛИЕВ

С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті

С.Ж. АСФЕНДИЯРОВ: ӨМІР-ЕРЛІК (К 125-ЖЫЛДЫҒЫНА АРНАЛАДЫ)

Түйін: С.Ж. Асфендияров Қазақстанның және Орта Азия елдерінің тарихына революционер, белсенді күрескер, бірінші дүниежүзілік соғыстың және Ұлы Октябрь революциясының қатысушы ретінде және мемлекеттік, қоғамдық және дарынды қайраткер.

Түйінді сөздер: С.Ж. Асфендияров

М.А. KAMALIEV

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov

S.D. ASFENDIAROV: LIFE-FEAT (125TH ANNIVERSARY)

Resume: S.D. Asfendiyarov entered the history of our country as a revolutionary activist, a member of the First World War, the Great October Socialist Revolution, citizens of war in Kazakhstan and Central Asia, a prominent Soviet, and a public figure, a talented scientist.

Keyword: S.D. Asfendiyarov.