АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2002 г.
№ 1, 2009 г. (УДК 614.2.574)

Учредитель:

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни Министерства Здравоохранения Республики Казахстан

Подписной индекс 75978

Рекламодатели предупреждены об ответственности за рекламу незарегистрированных, не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РК предметов медицинского назначения.

Редакция не несет ответственности за достоверность информации, опубликованной в рекламе.

Редакция оставляет за собой право редакторской правки статей. При перепечатке ссылка на журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» обязательна.

Журнал сверстан и отпечатан в типографии НЦ ПФЗОЖ.
Адрес редакции:
г. Алматы, ул. Кунаева, 86
Тел./факс: 291 61 18, внутр. 126
Моб.: 8 701 351 20 33

Заказ № 448. Тираж 500 экз.

Главный редактор:
профессор Тулебаев К.А.
Зам. главного редактора:
профессор Слажнева Т.И.
Ответственный редактор:
профессор Хайдарова Т.С.
Технический редактор: Белоголовцева О.Ю.
Технический секретарь:
Акимбаева А.А.
Редакционная коллегия: АкановА.А.,Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек), Аманжолова З.Д., Булешев М.К.(Шымкент), Даленов Е.Д.(Астана), Есова Г.К., Измухамбетов Т.А., Колокина Р.С., Мутало-ва З.Д.(Ташкент), Палтушева Т.П.,Рахманов Б.Д., Сейдуманов С.Т., Шарипов Т.Ш., Шарманов Т.Ш., Мустафаев С.У., Локшин В.Н.
Научный совет:
Девятко В.Н.,
Алчинбаев М.К., Арзыкулов Ж.А., Дуйсекеев А.Д., Диканбаева С.А., Исмаилов Ш.Ш., Кульжанов М.К., Омарова М.Н., Султаналиев Т.А.
Редакционный совет:
Абдреева Г.У. (Шымкент)
Беляева Л.Л. (Петропавловск)
Ахмадишин И.М. (Караганда)
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)
Жарылгасинов И.Ж.(Актау)
Жаркова Н.В. (Костанай)
Ибраева Р.С. (Актобе)
Исмагамбетова Л.Ж. (Астана)
Абдрашева Б.М. (Усть-Каменогорск)
Сарымсакова Б.Е.(Алматы)
Мухтаров Г.М.(Алматы)
Мырзахметов К.Т.(Кызылорда)
Умарова Г.Р.(Уральск)
Шаухаров Х.С. (Тараз)
Кулушева Г.Е. (Кокшетау)
Кошкенова М.Т. (Астана)

МАЗМҰНЫ

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНЫҢ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУ

АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІ МЕН ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ ТУРАЛЫ СҰРАҚҚА ҚОСЫМША. Б.Н. Садықов Алматы облыстық денсаулық сақтау басқармасы 17

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ САПАЛЫЛЫҒЫН БАҒАЛАУДЫҢ СОҢҒЫ НӘТИЖЕСІНІҢ ИНДИКАТОРЛАРЫ ТУРАЛЫ. (мысал ретінде Алматы облысы қарастырылды). Б.Н. Садықов Алматы облыстық денсаулық сақтау басқармасы.....19

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ДЕМОГРАФИЯЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫ БАҒАЛАУ БАРЫСЫНДА АУРУЛАРДЫҢ ЖАҺАНДЫҚ ӘДІСІН ПАЙДАЛАНУ Т.И.Слажнева, Т.В.Попова Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қаласы.....20

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН ДАМЫТУДАҒЫ ЖӘНЕ РЕФОРМАЛАУДАҒЫ ҚАУЫМДЫҚ-САЯСИ АСПЕКТІЛЕРІ. А.А. Ақанов, М.Ә. Камалиев, А.Б. Асатова, Р.Алхамқызы С.Ж. Аспандияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университеті.....22

ҚОҒАМ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелерінің Ұлттық Орталығы.....24

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІН МОДЕРНИЗАЦИЯЛАУДЫҢ ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ. А.Б. Асатова Республикалық кеңес беру және диагностикалық орталығы, Алматы қаласы 26

ТҰРҒЫНДАРҒА СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУДЕГІ ПРОФИЛАКТИКАНЫҢ ЖАҢА МӘСЕЛЕЛЕРІ. Р.Т. Сүрімбаева Қауымдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі, Алматы қаласы.....27

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ МҮГЕДЕКТЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ӘЛЕУМЕТТІК САРАПТАУДЫ ЖӘНЕ РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ЖАҢА АСПЕКТІЛЕРІ. Т.В.Попова Қауымдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі, Алматы қаласы 29

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ КАДРЛІК РЕСУРСТАР МӘСЕЛЕЛЕРІ. Ж.С. Исаева Қауымдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі, Алматы қаласы 31

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫҢ КАДРЛАР ЖҮЙЕСІНДЕГІ МӘСЕЛЕЛЕР. Ж.С.Исаева Қауымдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі, Алматы қаласы 32

ТҰРҒЫНДАР ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ КӨРСЕТКІШТЕРІМЕН ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ ЖҰМЫСТАРЫНЫҢ АРАСЫНДАҒЫ БАЙЛАНЫС. Б.Д.Сауырбаева Оңтүстік-Қазақстан мемлекеттік медициналық академиясы. Шымкент қаласы 33

2008 Ж. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҮКІМЕТІНІҢ ҚАУЛЫСЫМЕН БЕКІТІЛГЕН «САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ» БАҒДАРЛАМАСЫН ІСКЕ АСЫРУ

НӘТИЖЕСІ. Қ.А. Төлебаев, Ш.Е. Қаржаубаева, Б.Д. Рахманов, А.Ж. Жылқайдарова Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы. 35

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЖӘНЕ БАСҚА ЕЛДЕРДЕ СӨСҚ ЖҮЙЕСІНІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІН ЖЕТІЛДІРУ.

ЭКОЛОГИЯЛЫҚ БІЛІМ, ТӘРБИЕ ЖӘНЕ АҒАРТУ - ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҚАУІПСІЗ АЗАМАТТЫҚ ҚОҒАМҒА ЖОЛ К.А.Тулебаев, Ш.Е.Каржаубаева, Л.Н.Шумилина ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы 41

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАР АРАСЫНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚТЫ ҚОРҒАЙТЫН МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТАРДЫ АРТТЫРУ ӘСЕРЛЕРІ. Ж.А. Қалматаева. Қауымдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі, Алматы қаласы 42

КЕЙБІР МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҚУ ОРЫНДАРЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН НАСИХАТТАУ ЖӘНЕ ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ПРИНЦИПТЕРІН АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ МАҚСАТЫНДА ҚОЛДАНУ ТУРАЛЫ САБАҚ ӨТКІЗУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ. А.М.Еремеев, В.Н.Приз, Н.Ф.Сайфулина, Г.В.Каршалова. Қарағанды мемлекеттік медициналық академия, Қарағанды қаласы. 44

ДЕНСАУЛЫҚТЫҢ ДЕТЕРМИНАЦИЯЛЫҚ ТЕОРИЯСЫНА «ӨМІРЛІК ШАРШАУ ТЕОРИЯСЫН» ҚОСУ. А.М.Еремеев. В.Н.Приз, Н.Ф.Сайфулина, Г.В.Каршалова, Р.К.Байгенжеева. Қарағанды Мемлекеттік медициналық академиясы, Қарағанды қаласы. 46

САЛАУАТТЫ ӨМІР СҮРУДІ ҚАЛЫПТАСТЫРУДА ДИПЛОМНАН КЕЙІНГІ МАМАНДАРДЫ ДАЯРЛАУҒА ҚОСЫМША. Г.З.Акежанова, К.А.Досымбаева . Алматы мемлекеттік білімін жетілдіру институты. Алматы қаласы, Бірінші медико-санитарлық көмек орталығы, Атырау қаласы.....49

ПАВЛОДАР ОБЛЫСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖҮЙЕСІН ЖЕТІЛДІРУ Т.Б.Баймаханов, З.С.Жуматова Салауатты өмір салтын қалыптастырудың облыстық орталығы, Павлодар қаласы.....50

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫДАҒЫ МЕДИЦИНА ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІНІҢ ДЕНСАУЛЫҚТАРЫНА ӘЛЕУМЕТТІК ТҰРҒЫДА БАҒА БЕРУ. Ж.А.Калматаева Қауымдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі, Алматы қаласы 52

ПОПУЛЯЦИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ЖЕКЕ ДЕҢГЕЙДЕГІ АЛДЫН АЛУ. МЕМЛЕКЕТТІҢ, ЖҰМЫС БЕРУШІНІҢ ЖӘНЕ АДАМНЫҢ ӨЗ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУДАҒЫ РӨЛІ

УАҚЫТЫНАН ЕРТЕ ҚАРТАЮ ЭФФЕКТІЛЕРДІҢ РАДИАЦИЯЛЫҚ –ИНДУЦИРЛЕНГЕН МОНИТОРИНГІ. Б.В.Галич. Радиациялық медицина және экология ҒЗИ. Семей қаласы.....54

КОМПЛЕКСТІК МЕДИЦИНАЛЫҚ ТЕКСЕРУ МЕН АУРУДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ЖҰМЫСШЫЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ШЫҢДАУ НӘТИЖЕСІ БОЙЫНША ФЕРРОХРОМДЫҚ ӨНДІРІСТЕГІ ЖҰМЫСШЫЛАРДЫҢ АУРУШЫЛДЫҒЫ. М.А.Камалиев, Н.М.Шумбалов, А.Т.Абенова. С.Ж. Аспандияров атындағы Қазақ

Ұлттық медициналық университеті, М.Оспанов атындағы Батыс-Қазақстан мемлекеттік медициналық академиясы.....56

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ЭМОЦИЯҒА ЗИЯН СИНДРОМЫНЫҢ ТАРАЛУ СҰРАҒЫНА ҚОСЫМША. Ж.А.Калматаева. Қауымдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі, Алматы қаласы 60

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРІ МЕН ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ЖҰМЫСТАРЫ МЕН ЕҢБЕК ОРЫНДАРЫНДАҒЫ ҚАУІПСІЗДІКТІ САҚТАУ СҰРАҚТАРЫН ҚҰҚЫҚПЕН ҚАДАҒАЛАУ. М.В.Баймагамбетова. ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы. 63

ЕСІРТКІНІҢ МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДА ТАРАЛУ СЕБЕПТЕРІН ЖАН-ЖАҚТЫ ЗЕРТТЕУДІҢ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ Г.У.Абдреева, М.Ж.Темірбеков, М.А.Бөлешев, Ф.С.Байзақова Оңтүстік Қазақстан облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы, Шымкент қаласы.....67

ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ МЕН НЫҒАЙТУДЫҢ ҚӘЗІРГІ ЗАМАНҒЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ (аурулардың бірінші, екінші және үшінші деңгейлерде алдын алу)

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНДАҒЫ СТУДЕНТ ЖАСТАРЫ АРАСЫНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚТЫ САҚТАУ ЖӘНЕ ШЫҢДАУДЫҢ ЖАҢА ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ. Ш.Е.Каржаубаева, Л.Н.Шумилина, И.А.Корнева. ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.....69

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДА БИОГЕМОХИМИЯЛЫҚ ПРОВИНЦИЯСЫНДАҒЫ МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ ҚЫЗМЕТТІ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖӘНЕ РЕСУРСПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ЖАҒДАЙЫНЫҢ БАҒАСЫ. Б.Д.Саурбаева. Оңтүстік-Қазақстан мемлекеттік медициналық академиясы. Шымкент қаласы. 70

ФИЗИКАЛЫҚ ЖҮКТЕМЕ КЕЗІНДЕГІ ТЕМПЕРАТУРАҒА СЕЗІМТАЛДЫҚТЫҢ ӨЗГЕРУІ. Г.Б.Исакова ҚР Ғылым және білім министірлігінің адам және жануарлар физиологиясының институты, Алматы қаласы.....72

ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ АСҚАЗАН-ІШЕК ЖОЛЫНЫҢ АУРУ-СЫРҚАУШЫЛЫҒЫНА ТАМАҚТАНУ РЕЖИМІНІҢ ЖӘНЕ ДЕНЕ ШЫНЫҚТЫРУ БЕЛСЕНДІЛІГІНІҢ ӘСЕРІ С.Казбекова, Б.Куанышева, О.Ж.Ташимбетова Х.А.Ясауи атындағы ХҚТУ клиникасы, Шымкент қаласы. 75

ҚАРҚЫНДЫ ДЕНЕ ҚОЗҒАЛЫСЫ – ДҰРЫС ҚОҒАМДЫҚ ӨМІРДІҢ КЕПІЛІ Р.Н.Нурмуханбетова. ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.....75

БІРІНШІ МЕДИКО-САНИАТРЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ ДЕҢГЕЙІНДЕГІ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

БІРІНШІ ЗВЕНОДАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ АУРУДЫҢ АЛДЫН АЛУ ЖҰМЫСТАРЫН ОДАН АРЫ ДАМЫТУ ЖӘНЕ ЖЕТІЛДІРУ ЖОЛДАРЫ. Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының

Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.....77

ҚАН АЙНАЛЫМ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНЫҢ ПАЙДА БОЛУЫМЕН БАЙЛАНЫСТЫ БОЛҒАН ЕРТЕ ҚАРТАЮ РАДИАЦИЯЛЫҚ ЭФФЕКТІЛЕРІНІҢ ИНДИКАЦИЯСЫ. Б.В.Галич. Радиациялық медицина және экология ҒЗИ. Семей қаласы.....78

СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІ БАР БАЛАЛАРДАҒЫ ФОСФОРЛЫҚ-КАЛЬЦИЙЛІК АЛМАСУ ЖАҒДАЙЫ А.М.Шепетов. С.Д.Асфендияров атындағы Қазақтың Ұлттық медициналық университеті, «Ақсай» Республикалық балалар клиникалық ауруханасы, Алматы қаласы.....80

ЕКІНШІ ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІНДЕГІ НР ЭРАДИКАЦИЯСЫНА ҚАРАНДЫЗ ТАМЫРЫ МАЙЛЫ СЫҒЫНДЫСЫНЫҢ ӘСЕРІ Р.С.Кузденбаева, Х.И.Кудабаева, Г.Н.Чуканова, Л.Е.Давыдова М.Оспанов атындағы Батыс-Қазақстан мемлекеттік медициналық академиясы им. М.Оспанова, Ақтөбе қаласы.....82

ЕКІНШІ ТИПТІ ҚАНТ ДИАБЕТІНІҢ КОМПЕНСАЦИЯСЫНА ҚАРАНДЫЗ ТАМЫРЫ МАЙЛЫ СЫҒЫНДЫСЫМЕН ҚҰРАМА ТАҒАЙЫНДАЛҒАН ЭРАДИКАЦИЯЛЫҚ ЕМНІҢ ӘСЕРІ Х.И.Кудабаева, Г.Н.Чуканова М.Оспанов атындағы Батыс-Қазақстан мемлекеттік медициналық академиясы им. М.Оспанова, Ақтөбе қаласы.....84

АУЫЗ ҚУЫСЫНДАҒЫ ҚАЙТАЛАМАЛЫ АФТОЗДЫ СТОМАТИТТІҢ КЛИНИКАЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ А.А.Зайнелова. С.Ж. Аспандияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қаласы.86

СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК АУРУЛАРЫ БАР БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ КАРДИОМИОПАТИЯ. А.М.Нугманова. Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми Орталығы, «Ақсай» Республикалық балалар клиникалық ауруханасы, Алматы қаласы.....88

МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДАҒЫ МЕШЕЛ АУРУЫН ЕМДЕУ ЖӘНЕ ОНЫҢ АЛДЫН АЛУ СҰРАҚТАРЫ ТУРАЛЫ. Р.Н.Закиева, Р.Ж.Муракаева. МҚКМ «№2-ші қалалық емханасы», Павлодар қаласы.....90

ТУБЕРКУЛЕЗ ЖӘНЕ ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ

МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕР МЕН ПАЦИЕНТТЕРДІ АУРУХАНА ІШІЛІК ИНФЕКЦИЯЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ АРҚЫЛЫ ҚАУІПСІЗДІКПЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ. М.В.Баймагамбетова. ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.....92

2009 ДҮНИЕЖҮЗІЛІК ТУБЕРКУЛЕЗДЕН САҚТАУ КҮНІНЕ АРНАЛҒАН РЕСПУБЛИКАЛЫҚ АЙЛЫҚ КОНЦЕПЦИЯ. Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова. ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы..94

ЖҰМСАҚ ҰЛПАЛАРДЫҢ ІРІҢДІ ИНФЕКЦИЯЛАРМЕН АУЫРАТЫН НАУҚАСТАРДА ПАВ ИНЪЕКЦИЯРАЛҒА ТӘУЕЛДІ БОЛУ АЯСЫНДА ИММУНДЫҚТҮЗЕТУЛІК ТЕРАПИЯНЫҢ ҚОЛДАНЫЛУ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ Е.Н.Аққалиев, Н.Р.Рахметов, А.Ж.Бекбосынов, Т.Б.Баймаханов. СММА, ОСӨСҚО. Павлодар қаласы.....96

«САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ӨЗЕКТІ СҰРАҚТАРЫ» -ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ-ТӘЖІРИБЕЛІК КОНФЕРЕНЦИЯНЫҢ БАЯНДАМАЛАРЫ (4-5 желтоқсан 2008ж., Алматы қаласы.) (презентациясы)

ҚАУЫМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚТЫ САҚТАУ. Н.К.Хамзина. ҚР ДСМ ғылым және адамзат ресурстары Департаменті.....100

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖӘНЕ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ – ҚАУЫМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ ЕҢ БАСТЫ БАҒЫТ. Қ.А. Тулебаев. ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.....103

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ 1998-2008 ЖЖ. ТҰРҒЫНДАР АРАСЫНДАҒЫ ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ ДАМУЫНА МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫҚ ӘСЕРЛЕРДІҢ ТӘУЕКЕЛДІК МОНИТОРИНГІ. Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.....104

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДАҒЫ ВИРУСТЫҚ ГЕПАТИТТІҢ ИМУННОПРОФИЛАКТИКАСЫНАН ЭКОНОМИКАЛЫҚ ТИІМДІЛІК. Г.К.Казбекова. Ана мен бала ұлттық ғылыми Орталығы. Астана қаласы.....109

ЖАЛПЫ БІЛІМ БЕРУ МЕКТЕПТЕРІНДЕГІ ДЕНСАУЛЫҚТЫ ҚОРҒАУ ОРТАСЫН ҚҰРУДАҒЫ КЕЙБІР МҮМКІНДІКТЕР. В.Б.Хасин, Е.Д.Даленов, Н.В.Сливкина. АҚ «Қазақстан медициналық академися», Астана қаласы.....111

АЛМАТЫ МЕМЛЕКЕТТІК ТАБИҒАТТЫ ҚОРҒАУ ҚОРЫҒЫНДАҒЫ «ТАЛХИЗ» ЭКОКЛУБЫНДАҒЫ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ САУЫҚТЫРУ БАҒДАРЛАМАСЫН ІС-ЖҮЗІНЕ АСЫРУДАҒЫ ТӘЖІРИБЕГЕ САЙ САЛАУАТТЫ ӨМІР СҮРУДІҢ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ-ГИГИЕНАЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ. А.Вишневская, Т.Гадяцкая. БҚ «Талхиз» Жастар экоклубы, Талғар қаласы.....112

ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУДЫҢ ЗАҢДЫЛЫҚ БАЗАСЫ

ҚАЗАҚСТАН ЖАСӨСПІРІМДЕРІНІҢ РЕПРОДУКТИВТІК ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУ БОЙЫНША ЗАҢНАМАЛЫҚ БАЗАҒА ШОЛУ Ш.Е.Қаржаубаева ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.....114

СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К ВОПРОСУ О ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ Б.Н.Садыков Управление здравоохранения Алматинской области....17

ОБ ИНДИКАТОРАХ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ (НА ПРИМЕРЕ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ) Б.Н.Садыков Управление здравоохранения Алматинской области....19

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ГЛОБАЛЬНОГО БРЕМЕНИ БОЛЕЗНЕЙ ПРИ ОЦЕНКЕ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН Т.И.Слажнева, Т.В.Попова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы....20

ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛИТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ А.А.Аканов, М.А.Камалиев, А.Б.Асатова, Р.Алхамкызы Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы.. 22

.

ОБЩЕСТВО И ЗДОРОВЬЕ Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК....24

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА А.Б.Асатова Республиканский консультативно-диагностический центр, г.Астана....26

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РК Р.Т.Суримбаева Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы 27

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН Т.В.Попова, Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г.Алматы....29

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК Ж.С.Исаева Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы 31

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОЙ СЛУЖБЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Ж.С.Исаева Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы....32

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Б.Д.Саурбаева Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент....33

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ», УТВЕРЖДЕННОЙ ПОСТАНОВЛЕНИЕМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН, ЗА 2008 ГОД К.А.Тулебаев, Ш.Е.Каржаубаева, Б.Д.Рахманов, А.Ж.Жылкайдарова Национальный Центр

проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК.....35

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФЗОЖ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И ДРУГИХ СТРАНАХ

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ВОСПИТАНИЕ И ПРОСВЕЩЕНИЕ –

ПУТЬ К ЭКОЛОГИЧЕСКИ БЕЗОПАСНОМУ ГРАЖДАНСКОМУ ОБЩЕСТВУ
К.А.Тулебаев, Ш.Е.Каржаубаева, Л.Н.Шумилина Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы.....41

МОТИВАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Ж.А.Калматаева Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы 42

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ ПРИНЦИПОВ ПРОПАГАНДЫ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ А.М.Еремеев, В.Н.Приз, Н.Ф.Сайфулина, Г.В.Каршалова Государственная медицинская академия, г.Караганда.....44

«ТЕОРИЯ ЖИЗНЕННОЙ УСТАЛОСТИ», ДОПОЛНЕНИЕ К ДЕТЕРМИНАЦИОННОЙ ТЕОРИИ ЗДОРОВЬЯ А.М.Еремеев. В.Н.Приз, Н.Ф.Сайфулина, Г.В.Каршалова, Р.К.Байгенжеева Карагандинская государственная медицинская академия, г.Караганда.....46

К ВОПРОСУ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ Г.З.Акежанова, К.А.Досымбаева Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г.Алматы, Центр первичной медико-санитарной помощи, г.Атырау.....49

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ Т.Б.Баймаханов, З.С.Жуматова Областной центр формирования здорового образа жизни, г.Павлодар 50

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДРАБОТНИКОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Ж.А.Калматаева Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г.Алматы.....52

ПРОФИЛАКТИКА НА ПОПУЛЯЦИОННОМ И ИНДИВИДУАЛЬНОМ УРОВНЕ. РОЛЬ ГОСУДАРСТВА, РАБОТОДАТЕЛЯ И ЧЕЛОВЕКА В СОХРАНЕНИИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ

МОНИТОРИНГ РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ ЭФФЕКТОВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ Б.В.Галич НИИ радиационной медицины и экологии, г.Семей.....54

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИКОВ ФЕРРОХРОМОВОГО ПРОИЗВОДСТВА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОМПЛЕКСНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ТРУДЯЩИХСЯ М.А.Камалиев, Н.М.Шумбалов, А.Т.Абенова Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, Западно Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова.....56

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СГОРАНИЯ У РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Ж.А.Калматаева Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы 60
.
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВОПРОСОВ БЕЗОПАСНОСТИ ТРУДА И РАБОЧЕГО МЕСТА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН М.В.Баймагамбетова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы 63

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИЧИН ВСЕСТОРЕННЕГО РАСПРАСТРАНЕНИЯ НАРКОТИКОВ СРЕДИ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Г.У.Абдреева, М.Ж.Темірбеков, М.А.Бөлешев, Ф.С.Байзақова Южно-Казахстанский Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Шымкент.....67

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (первичная, вторичная и третичная профилактика заболеваний)

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ Г. АЛМАТЫ Ш.Е.Каржаубаева, Л.Н.Шумилина, И.А.Корнева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, Студенческая поликлиника, г. Алматы.....69

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БИОГЕОХИМИЧЕСКОЙ ПРОВИНЦИИ Б.Д.Саурбаева Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент..... 70

ИЗМЕНЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ Г.Б.Исакова Институт физиологии человека и животных ЦБИ КН МОН РК, г.Алматы.....72

ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕЛУДОЧНО КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПОДРОСТКОВ К.С.Казбекова, Б.Куанышева, О.Ж.Ташимбетова Клиника Международного Казахско-Турецкого университета им.Х.А.Ясави, г.Шымкент.....75

АКТИВНЫЕ ФИЗИЧЕСКОЕ ДВИЖЕНИЕ - ЗАЛОГ ЗДОРОВОГО ОБЩЕСТВА Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК 75

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

ПУТИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК.....77

ИНДИКАЦИЯ РАДИАЦИОННЫХ ЭФФЕКТОВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ, СВЯЗАННЫХ С ФОРМИРОВАНИЕМ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ Б.В.Галич НИИ радиационной медицины и экологии, г.Семей.....78

СОСТОЯНИЕ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ А.М.Шепетов Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова, Республиканская детская клиническая больница «Аксай», г.Алматы 80

ВЛИЯНИЕ МАСЛЯНОГО ЭКСТРАКТА КОРНЕЙ ДЕВЯСИЛА НА ЭРАДИКАЦИЮ HELICOBACTER PYLORI ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА Р.С.Кузденбаева, Х.И.Кудабаева, Г.Н.Чуканова, Л.Е.Давыдова Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова, г.Актобе 82

ВЛИЯНИЕ МАСЛЯНОГО ЭКСТРАКТА КОРНЕЙ ДЕВЯСИЛА В СОСТАВЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА КОМПЕНСАЦИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА Х.И.Кудабаева, Г.Н.Чуканова Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова, г.Актобе.....84

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА А.А.Зайнелова КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.....86

КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК А.М.Нугманова Научный центр педиатрии и детской хирургии, Республиканская детская клиническая больница «Аксай», г.Алматы.....88

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАХИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА Р.Н.Закиева, Р.Ж.Муракаева ККГП «Городская поликлиника №2», г.Павлодар.....90

ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА И ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ПРОФИЛАКТИКУ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ М.В.Баймагамбетова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы.....92

КОНЦЕПЦИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОГО МЕСЯЧНИКА, ПОСВЯЩЕННОГО ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ- 2009 г. Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова Национальный Центр формирования здорового образа жизни, г.Алматы.....94

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНЪЕКЦИОННЫХ ПАВ Е.Н.Аккалиев, Н.Р.Рахметов, А.Ж.Бекбосынов, Т.Б.Баймаханов СГМА, ОЦФЗОЖ, г.Павлодар.....96

ДОКЛАДЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ «АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ» (4-5 декабря 2008г., г.Алматы) (презентации)

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ Н.К.Хамзина Департамент науки и человеческих ресурсов МЗ РК.....100

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН – ГЛАВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ОБЩЕ-

СТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ К.А.Тулебаев Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК.....103

МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН 1998-2007 гг. Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК.....104

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМУННОПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГВ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Г.К.Казбекова Национальный научный центр материнства и детства, г.Астана.....109

О НЕКОТОРЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ СОЗДАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ В.Б.Хасин, Е.Д.Даленов, Н.В.Сливкина АО «Казахская медицинская академия», г.Астана 111

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ЭКОЛОГО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ЭКОКЛУБА «ТАЛХИЗ» ПРИ АЛМАТИНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ ПРИРОДНОМ ЗАПОВЕДНИКЕ А.Вишневская, Т.Гадяцкая, ОО «Молодежный экоклуб «Талхиз», г.Талгар.....112

ЗАКОНОДАТЕЛЬНАЯ БАЗА ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

ОЦЕНКА ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЙ БАЗЫ ПО ОХРАНЕ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ПОДРОСТКОВ КАЗАХСТАНА Ш.Е.Қаржаубаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК 114

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПРОЦЕССЕ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И СИМВАСТАТИНОМ. г.Семей СГМА, Больница скорой медицинской помощи Жукушева Ш.Т., Сатиева Г.С., Сонина О.П., г.Усть-Каменогорск СВА 3 Касымова Г.Н.....118

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Ю.В.Лукьяненко, Е.Ю.Лукьяненко, М.В.Афанасьева, А.В.Котин, А.В.Казакова, П.П.Вязовой «Наркологический психотерапевтический центр доктора Лукьяненко Ю.В.» г.Тараз.....121

CONTENTS

PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE MANAGEMENT

TO ISSUE OF POPULATION HEALTH AND HEALTH CARE SYSTEM OF ALMATY OBLAST B.N.Sadikov Department of health Almaty oblast 17

ABOUT INDICATORS FOR ASSESSING THE QUALITY OF HEALTH CARE ACCORDING TO OUTCOMES (ON EXAMPLE OF ALMATY OBLAST) B.N.Sadikov Department of health Almaty oblast.....19

USING OF METHOD OF GLOBAL BURDEN OF DISEASES IN THE MEDICAL AND DEMOGRAPHICAL SITUATION ASSESSMENT IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN T.I.Slazhneva, T.V.Popova National Center of Healthy Lifestyle Kazakhstan School of Public Health, Almaty.....20

SOCIAL AND POLITICAL ASPECTS OF HEALTH CARE SYSTEM REFORM AND DEVELOPMENT A.A.Akanov, M.A.Kamaliyev, A.B.Asatova, R.Alkhamkyzy Kazakh National Medical University named after S.D. Asphendiyarov, Almaty 22

SOCIETY AND HEALTH T.S.Khaidarova, R.N.Nurmukhanbetova MH RK National center for problems of healthy lifestyle development.....24

SOCIOLOGICAL ASPECTS OF HEALTH SYSTEM MODERNIZATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN A.B.Asatova Republican consultative-diagnostic center, Astana 26

CONTEMPORARY PREVENTION ISSUES IN DENTAL CARE FOR RK POPULATION R.T.Surimbaeva School of Public Health, Almaty 27

MODERN ASPECTS OF THE ORGANIZATION OF MEDICAL-SOCIAL EXAMINATIONS AND REHABILITATION OF INVALIDS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN T.V.Popova Kazakhstan School of Public Health of Kazakhstan Health Ministry, Almaty.....29

PROBLEMS OF HUMAN RESOURCES FOR HEALTH CARE IN RK J.S.Isayeva School of Public Health, Almaty.....31

PROBLEMS OF PERSONNEL SERVICE IN HEALTH CARE J.S.Isayeva School of Public Health, Almaty.....32

RELATIONSHIP OF POPULATION HEALTH DATA WITH WORK OF HEALTH SYSTEM B.D.Saurbaeva South Kazakhstan State Medical Academy, Shymkent 33

RESULTS ON IMPLEMENTATION OF «HEALTHY LIFESTYLE» PROGRAM FOR 2008, APPROVED BY THE GOVERNMENT OF KAZAKHSTAN K.A.Tulebayev, S.E. Karzhaubayeva, B.D.Rakhmanov, A.Z.Zhylkaydarova National center for problems of healthy lifestyle development MH RK 35

THEORETICAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES OF PERFECTION HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT SYSTEM IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN AND OTHER COUNTRIES

ECOLOGICAL EDUCATION, TRAINING AND ENLIGHTENMENT - A WAY TO ECOLOGICALLY SAFE CIVIL SOCIETY K.A.Tulebaev, S.E.Karzhaubaeva, L.N.Shumilina National Center for problems of healthy lifestyle development, Almaty.....41

MOTIVATIONAL FACTORS OF HEALTH PROTECTING BEHAVIOR AMONG POPULATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN Z.A.Kalmataeva School of Public Health, Almaty 42

SOME FEATURES OF TEACHING IN MEDICAL SCHOOLS FOR PRINCIPLES OF HEALTHY LIFESTYLE PROMOTION AND DEVELOPMENT WITH THE AIM OF DISEASES PREVENTION A.M.Eremeev, V.N.Priz, N.F.Sayfulina, G.V.Karshalova State Medical Academy, Karaganda 44

«THE THEORY OF LIFE FATIGUE», ADDITION TO DETERMINATION THEORY OF HEALTH A.M.Eremeev, V.N.Priz, N.F.Sayfulina, G.V.Karshalova, R.K.Baygenzheeva Karaganda State Medical Academy, Karaganda 46

TO PROBLEM OF POSTGRADUATE TRAINING ON HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT G.Z.Akezhanova, K.A.Dosymbaeva Almaty State Institute for Postgraduate Training, Almaty, Center for Primary Health Care, Atyrau 49

IMPROVEMENT OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT SYSTEM AT PAVLODAR OBLAST T.B.Baymakhanov, Z.S.Zhumatova Oblast healthy lifestyle development center, Pavlodar.....50

THE SOCIOLOGICAL ESTIMATION OF MEDICAL WORKERS HEALTH IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN Zh.Kalmatayeva High School of Public Health, Almaty.....52

PREVENTION AT POPULATION AND INDIVIDUAL LEVEL. ROLE OF STATE, EMPLOYER AND HUMAN IN HEALTH PROTECTION

MONITORING FOR PREMATURE AGING EFFECTS DUE TO IONIZING RADIATION B.V.Galich Scientific-Research Institute of Radiation Medicine and Ecology, Semey. 54

MORBIDITY OF WORKERS OF FERROCHROME PRODUCTION ON RESULTS OF COMPREHENSIVE MEDICAL EXAMINATION. DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION AMONG WORKERS M.A.Kamaliyev, N.M.Shumbalov, A.T.Abenova Kazakh National Medical University named after S.D. Asphendiyarov, West Kazakhstan State Medical Academy named after M.Ospanov 56

TO ISSUE OF EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME AMONG HEALTH CARE PROFESSIONALS Z.A.Kalmataeva School of Public Health, Almaty 60

LEGAL REGULATION OF WORK AND WORKPLACE SAFETY OF HEALTH CARE PROFESSIONALS AND PATIENTS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN M.V.Baymagambetova National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty..63

RESULTS ON INVESTIGATION OF CAUSES OF DRUGS WIDESPREAD AMONG SCHOOL-AGE CHILDREN G.U. Abdreeva, M. J. Temirbekov, M.A. Boleshev, F.S. Baizakova South-Kazakhstan Center for problems of healthy lifestyle development, Shymkent.....67

MODERN TECHNOLOGIES OF POPULATION HEALTH PROTECTION AND PROMOTION (primary, secondary and tertiary diseases prevention)

MODERN TECHNOLOGIES FOR HEALTH PROMOTION AND PROTECTION AMONG ALMATY STUDENTS S.E.Karzhaubayeva, L.N.Shumilina, I.A.Korneva National center for problems of healthy lifestyle development, Student policlinic, Almaty.....69

ASSESSMENT OF SITUATION ON ACTIVITY ORGANIZATION AND RESOURCE PROVISION FOR HEALTH CARE INSTITUTIONS OF BIOGEOCHEMICAL PROVINCE B.D.Saurbaeva South Kazakhstan State Medical Academy, Shymkent 70

CANGE OF TEMPERATURE SENSITIVENESS AT THE PHYSICAL LOADING OF THE PERSON G.B.Isakova Human and animal physiology Institute under Ministry of education and science RK, Almaty.....72

INFLUENCE OF NUTRITION CHARACTER AND PHYSICAL ACTIVITY ON GASTROINTESTINAL DISEASES RATE AT TEENAGERS K.S.Kazbekova, B.Kuanisheva, O.Z.Tashimbetova Clinic of International State Kazakh-Turkish university named after K.A.Yassaui, Shymkent 75

ACTIVE PHYSICAL MOVEMENT - PLEDGE OF A HEALTHY SOCIETY. T.S. Khaidarova, R.N. Nurmukhanbetova MH RK National center for problems of healthy lifestyle development....75

DISEASE PREVENTION AT PRIMARY HEALTH CARE LEVEL

WAYS OF FURTHER DEVELOPMENT AND IMPROVEMENT OF DISEASE PREVENTION IN ACTIVITY OF PRIMARY HEALTH CARE DOCTORS T. S.Khaydarova, R.N.Nurmukhanbetova National center for problems of healthy lifestyle development MH RK 77

INDICATION FOR PREMATURE AGING EFFECTS DUE TO RADIATION DEPENDED ON CARDIOVASCULAR DISEASES B.V.Galich Scientific-Research Institute of Radiation Medicine and Ecology, Semey. 78

PHOSPHORUS AND CALCIUM METABOLISM IN CHILDREN WITH CHRONIC RENAL FAILURE A.M.Shepetov The Kazakh National Medical University S.D.Asfendyarov, Republic Children's Hospital "Aksai", Almaty.....80

INFLUENCE OF THE OIL EXTRACT OF ROOTS OF ELACAMPANE ON ERADICATION OF HELICOBACTER PYLORI AT THE PATIENTS WITH 2 TYPE DIABETES R.S.Kuzdenbayeva, H.I.Kudabayeva, G.N.Chukanova, L.Y.Davydova West-Kazakhstan state medical academy named after M.Ospanov, Aktobe 82

INFLUENCE OF THE OIL EXTRACT OF ROOTS OF ELACAMPANE IN ERADICATIONTHER APY STRUCTURE ON DIABETES INDEMNIFICATION H.I.Kudabayeva, G.N.Chukanova West-Kazakhstan state medical academy named after M.Ospanov, Aktobe 84

CLINICAL FEATURES OF RECURRENT APHTOUS STOMATITIS A.A.Zainelova Kazakh National medical university named after S.D.Asphendiyarov, Almaty 86

CARDIOMYOPATHY IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CHRONIC KIDNEYS DISEASE A.M.Nugmanova Scientific Center of Pediatrics and child surgery, Republican Clinical Hospital «Aksai», Almaty 88

ISSUES OF RACHITIS PREVENTION AND TREATMENT AT PRE-SCHOOL CHILDREN R.N.Zakieva, R.Z.Murakaeva «City Polyclinic № 2», Pavlodar 90

PREVENTION OF TUBERCULOSIS AND INFECTIOUS DISEASES

SECURITY OF HEALTH WORKERS AND PATIENTS THROUGH INTRAHOSPITAL INFECTIONS PREVENTION M.V.Baymagambetova National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty 92

THE CONCEPT OF REPUBLICAN MONTH, DEDICATED TO WORLD TUBERCULOSIS DAY-2009 R.S.Kolokina, N.A.Suleimanova National center for problems of healthy lifestyle development, Almaty 94

THE RESULTS OF IMMUNE CORECTIVE THERAPY IN PATIENTS WITH PURULENT INFECTIONS OF SOFT TISSUES ON THE BACKGROUND OF DEPENDENCE OF INJECTIVE PSICHO-ACTIVE SUBSTANCE E.N.Akkaliev, N.R.Rakhmetov A.Z.Bekbosynov, T.B.Baymakhanov Semey State Medical Academy, Oblast center for problems of healthy lifestyle development, Pavlodar 96

REPORTS OF INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE «ACTUAL ISSUES OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT » (4-5 December 2008, Almaty) (presentations)

PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE N.K.Khamzina Department of Science and Human Resource Ministry of Health RK 100

HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT AND DISEASES PREVENTION IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN - KEY TRENDS IN THE DEVELOPMENT OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE K.A.Tulebayev National center for problems of healthy lifestyle development MH RK.....103

MONITORING OF BEHAVIORAL RISK FACTORS PREVALENCE FOR NONCOMMUNICABLE DISEASES AMONG POPULATION OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN 1998-2007 T.S.Khaidarova, R.N.Nurmukhanbetova National center for problems of healthy lifestyle development MH RK 104

ECONOMIC EFFICIENCY OF IMUNNE PREVENTION OF VIRAL HEPATITIS B AMONG CHILDREN IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN G.K.Kazbekova National Research Center of Maternity and Childhood, Astana 109

ABOUT SOME OPPORTUNITIES FOR CREATING HEALTH PROTECTING ENVIRONMENT AT SECONDARY SCHOOL V.B.Khasin, E.D.Dalenov, N.V.Slivkina «Kazakh Medical Academy», Astana.....111

ECOLOGY-HYGIENIC PROBLEMS OF HEALTHY LIFESTYLE. EXPERIENCE IN IMPLEMENTATION OF ECOLOGY-HEALTH PROGRAM OF «TALKHIZ» ECOCLUB AT

ALMATY STATE NATURAL RESERVES A.Vishnevskaya, T.Gadyatskaya «Youth Ecoclub «Talkhiz», Talgar 112

LEGAL BASE FOR POPULATION HEALTH PROTECTION

KAZAKHSTAN ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH PROTECTION ON EVALUATION OF LEGISLATIVE BASIS. S.E.Karzhaubayeva MH RK National center for problems of healthy lifestyle development 114

К ВОПРОСУ О ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Б.Н.Садыков

Управление здравоохранения Алматинской области

Результаты изучения специальной литературы показали, что инвестиционная политика в ресурсном обеспечении территориальных систем здравоохранения строятся на учете реальных потребностей населения; должна стимулировать развитие инфраструктуры здравоохранения на достижение лучших результатов в организации медицинской помощи населению.

Установлено, что уровень рождаемости населения Алматинской области в 1998-2006 гг. колебался в диапазоне от 14,3 до 12,4 на тысячу человек и был равен республиканскому показателю. При этом в г. Текели, г. Капшагай и г. Талдыкорган, Аксуйском, Ескельдинском, Талгарском, Каратальском районах уровень рождаемости был ниже среднеобластного показателя; в Алакольском, Жамбылском, Карасайском районах, изучаемый показатель равнялся средне-областному значению, а в Балхашском, Кербулакском, Панфиловском, Райымбекском и Уйгурском районах был выше него. Причем самый низкий уровень рождаемости отмечался в г.Текели (10,7), а самый высокий – в Панфиловском и Уйгурском районах (соответственно 19,7 и 18,6 на тысячу населения). Эти результаты свидетельствовали о негативных явлениях, происходящих в социально-экономических процессах области.

Показано, что уровень смертности населения Алматинской области в течение 1998-2006 гг. был ниже средне-республиканского значения. При этом обнаружено, что в эти годы в целом резких изменений в уровне смертности населения на отдельных административных территориях не наблюдалось, за исключением Ескельдинского района, в котором она повысилась на 11,5 % и г. Капшагай, где ее уровень, наоборот, снизился на 10,3 %.

Обнаружено, что в течение 1998-2006 годов общая заболеваемость населения Алматинской области незначительно снизилась. В то же время в 9 ее районах, она не изменилась, или незначительно повысилась (на 2-5%). Это свидетельствовало о низкой выявляемости и регистрации основных неинфекционных заболеваний, и характеризовало недостаточную доступность населения к услугам здравоохранения.

При социологической оценке здоровья населения, выяснилось, что отличным его считают 18,4% городских респондентов и 13,6% - сельских. Удовлетворительное здоровье отмечено у 68,7% опрошенных из города и 52,2% - из села. О плохом своем здоровье заявили 12,1% городских жителей и 19,6% - сельских респондентов. Затруднились ответить 0,6% респондентов города и 13,5% - села. При этом при оценке отношения населения к качеству амбулаторно-поликлинической помощи выяснилось, что опрошенные считают необходимым повысить заработную плату врачам и медсестрам (96,7%). За повышение качества и эффективности лечения высказались 82,2% опрошенных. На третьем месте оказалось предложение о необходимости повышения квалификации врачей (82,2%). 72,6% респондентов отметили необходимость улучшения укомплектованности амбулаторно-поликлинической организации медработниками; 48,2% предложили улучшить диагностическую базу. За улучшение сервиса и организации работы высказались 55,3% - опрошенных.

Доказано, что в период 1998-2001 годов, происходили негативные процессы в динамике демографических индикаторов, показателях здоровья и доступности населения к важнейшим видам медицинской помощи; в течение последующих 2002-2006 годов в здравоохранении Алматинской области происходили динамические позитивные изменения в динамике основных индикаторов демографических процессов, здоровья населения и ресурсном обеспечении. При этом происходили позитивные объемные и структурные изменения в финансировании, осуществлялась реструктуризация видов медицинской помощи с акцентом на преимущественное ресурсное обеспечения организации ПМСП, обеспечивался мониторинг за качеством медицинской помощи и использование ресурсов.

Установлено, что наиболее важными индикаторами, влияющими на объем используемых ресурсов и экономическую эффективность финансового обеспечения территориальной системы здравоохранения, являются объем и подушевые затраты; удельные расходы на 1 пролеченного больного больнице, в поликлинике, в дневном стационаре и на дому; доля расходов на выплату заработной платы; обновление основных фондов, приобретение медикаментов, расходных материалов, а также удельный вес накладных расходов. Эти результаты положены в основу формирования оценки территориальной системы здравоохранения по конечным результатам.

В 2001-2006 гг. в Алматинской области изменилась макроэкономическая ситуация, началось системное улучшение ряда социально-экономических показателей, характеризующих качество жизни населения, что свидетельствовало о начале системной стабилизации в ресурсном

обеспечения здравоохранения. Заметно изменилась инвестиционная политика, строящаяся на необходимости восстановления инфраструктуры здравоохранения и реструктуризации видов медицинской помощи.

Исследования показали, что бюджет здравоохранения Алматинской области в 2000 году оказался меньшим, чем 1998 году (на 18,3%). Однако, затем, объем финансирования начал неуклонно увеличиваться и уже в период с 2002 по 2006 годы составлял, соответственно, 156,6%; 214,9% и 159,2%. При этом затраты на больничную помощь в 2000 году были почти в 2 раза меньшими, чем в 1998, затем начали нарастать и в 2004 году превысили уровень 1998 г. более, чем вдвое, и в 2006 году составлял 139,3%, по отношению к 2004 году. Причем финансирование ПМСП в 2006 г. относительно 1998 года было в 20,1 раза больше.

Показано, что в последние годы в финансировании здравоохранения Алматинской области происходят позитивные структурные изменения. При этом наиболее важным является увеличение доли финансирования ПМСП населению в общем бюджете здравоохранения области, которая увеличилась с 6,8% в 1998 году до 31,5% в 2006 году. Одновременно в этот период удельный вес расходов на организацию больничной помощи уменьшился с 58,6% до 39,3%, а доля средств, выделенных на специализированную медицинскую помощь, наоборот, увеличилась почти в 1,5 раза, с 10,9% в 1998 году до 15,6% в 2006. Выявленные закономерности в распределении бюджетных средств по видам медицинской помощи населению объективно подтверждают специфические особенности ресурсного обеспечения здравоохранения Алматинской области.

Доказано, что построение системы текущего и долгосрочного ресурсного обеспечения регионального здравоохранения на принципах учета качества здоровья населения, его приоритетов в выборе медицинских услуг и основываться на объективных индикаторах оценки деятельности медицинских организаций по конечным результатам, обеспечивает повышение эффективности использование ресурсов и обеспечивает лучшее качество медицинских услуг, оказываемых населению.

Инвестиционная политика в региональных системах здравоохранения должна основываться на соблюдении принципов и технологий формирование республиканских и местных бюджетов здравоохранения, постоянном мониторинге изменений, происходящих в здоровье населения и его потребности в услугах здравоохранения; обеспечивать поступательную реструктуризацию видов и объемов медицинской помощи; использовать в качестве инструмента управления ресурсами здравоохранения расширение хозяйственной самостоятельной руководителей медицинских организаций.

Постоянный мониторинг за динамикой демографических процессов, распространенностью основных неинфекционных заболеваний; эффективностью использованиям финансовых ресурсов, является методической основой при текущем и перспективном планировании основных параметров социально-экономического развития регионов страны.

Разработанный методический подход к количественной и качественной оценке ресурсного обеспечения здравоохранения территориальной системы здравоохранения, является действенным инструментом последовательного мониторинга за эффективностью организации здравоохранения региона, а у руководителей и специалистов, занимающихся управлением, появляются объективные критерии и технологии дифференцированной оценки качества организации медицинской помощи населению.

Результаты проведенных исследований помогают понять, как лучше организовать профилактический, диагностический и медико-реабилитационный процесс не только для обеспечения гарантий граждан по бесплатному медицинскому обслуживанию, но и является дополнительной доказательной базой для повышения эффективности и качества медицинской помощи населению.

Комплексный подход к оценке влияния темпов социально-экономического развития регионов на качество здоровья населения, может быть использованы при обучении руководителей и специалистов, занятых в сфере территориального административного управления и экономике здравоохранения.

ОБ ИНДИКАТОРАХ ОЦЕНКИ КАЧЕСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО КОНЕЧНЫМ РЕЗУЛЬТАТАМ (НА ПРИМЕРЕ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ)

Б.Н.Садыков

Управление здравоохранения Алматинской области

Известно, в последние годы наблюдается усиление инвестиционной политики в развитии здравоохранения в нашей стране. Об этом ярко свидетельствуют темпы увеличения финансирования здравоохранения. Так, за последние 3 года объем финансирования увеличился с 185 до 274 млрд. тенге, то есть на 48,3%. При этом важно отметить, что одновременно происходила реструктуризация и децентрализация расходов их. Результаты изучения изменения структуры финансирования здравоохранения показывают, что в 2005 году в общей структуре 69,7% расходов осуществлялось из республиканского бюджета здравоохранения; 11,3% - через целевые трансферты и 18,9% - за счет местных бюджетов.

Установлено, также, что в 2007 году расходы республиканского бюджета здравоохранения увеличиться на 45 млрд. тенге или 34,9%; на реализацию целевых программ в регионах (трансферты) – на 31 млрд. тенге или почти в 2,5 раза, а местного бюджета – на 12 млрд. тенге или 34,3%.

Таким образом, наблюдается выраженная тенденция к беспрецедентному увеличению ресурсного обеспечения территориальных программ здравоохранения.

В этой связи становится понятными справедливые требования Правительства к Министерству здравоохранения повысить эффективность использования финансовых ресурсов на достижение лучших результатов в организации медицинской помощи населению страны.

С другой стороны, очевидно, что новый инвестиционный климат в здравоохранении страны требует пересмотра и совершенствования действующих во многом устаревших технологий организации медицинской помощи населению. И здесь, очевидно, что ориентация на достижение лучших конечных результатов должна опираться на более эффективных технологиях организации медицинской помощи населению и на такие оценочные индикаторы, которые бы объективно отражали качественные сдвиги в повышении эффективности использования ресурсов на приоритетных направлениях организации здравоохранения.

К сожалению, следует согласиться с мнением большинства ученых и практиков о том, что действующая система оценочных индикаторов уже мало отражает динамику позитивных и негативных процессов в здравоохранении страны и, особенно здоровье граждан и, не ориентирует руководителей на достижение ожидаемых населением лучших стандартов и качества медицинской помощи. Кроме того, они часто даже сдерживает инициативы, направленные на изменение ситуации к лучшему.

Вместе с тем, становится понятной настоятельная необходимость отказа от традиционных оценочных индикаторов, потенциал которых давно исчерпал себя и, не позволяет осуществлять стратегический и оперативный мониторинг за ожидаемыми качественными изменениями в системе здравоохранения страны. Представляется, что для достижения цели и задач, поставленных Правительством в области развития здравоохранения, в качестве концептуальной основы, следует достичь общего понимания того, что система здравоохранения страны по существу состоит из территориальных и иерархических кластеров, которые обеспечивают реализацию основных принципов отечественного здравоохранения – общедоступность, этапность, неразрывность и преемственность в организации медицинской помощи населению.

Только на такой философской основе можно строить систему оценочных индикаторов, которые бы одновременно отражали вклад каждого субъекта и кластера в целом в достижении необходимых конечных результатов и повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения в достижении лучшего качества здоровья населения.

Такой формат, на наш взгляд, позволяет разрабатывать систему интегрированных индикаторов для оценки эффективности и качества видов медицинской помощи различным контингентам населения; служб здравоохранения, отдельных медицинских организаций; территориальных систем здравоохранения и отрасли здравоохранения страны в целом.

Идеологической основой предлагаемых методических подходов являются следующие посылки:

1. Оценка качества медицинской помощи по конечным результатам должна в максимальной степени учитывать всевозрастающие потребности к ее разнообразию и сервису;

2. Система ресурсного обеспечения медицинской помощи должна строиться на программно-целевом планировании рыночно-ориентированном распределении; стимулировать территориальные системы здравоохранения и медицинских организации к реструктуризации видов и объемов медицинской помощи, повышению социальной, экономической и медицинской эффективности использования ресурсов здравоохранения.

3. Разработка системы мониторинга за качеством медицинской помощи, оказываемой различным группам населения должна состоять из следующих организационно-функционирующих блоков:

- мониторинг финансового обеспечения;
- мониторинг материально-технического и медико-технологического обеспечения;
- мониторинг профилактической деятельности;
- мониторинг лечебно-диагностической, медико-реабилитационной деятельности;
- мониторинг экономической эффективности;
- интегральная оценка качества медицинской помощи по конечным результатам.

Этапы и методика мониторинга.

1. Изучение мнения населения о качестве медицинской помощи населению для расширения методической базы оценки результатов объективных исследований.

2. Анализ и оценка динамики изменения избранных индикаторов в отдельных медицинских организациях и территориальных системах здравоохранения за 3 последних года с последующим определением, прироста или уменьшения средних статистических показателей.

3. Определение тенденций в изменении изучаемых индикаторов (уменьшение, увеличение, стабилизация).

Таким образом, оценка качества медицинской помощи по конечным результатам должна складываться из следующих элементов:

1. Среднегодовые темпы изменения каждого индикатора.

2. Рейтинговая оценка важности индикатора.

3. Весовое значение каждого индикатора в общем их числе.

Таким образом, новые позитивные изменения в ресурсном обеспечении страны, постоянно растущие требования населения к качеству медицинской помощи, обуславливают необходимость изыскания новых методических подходов к проведению мониторинга за изменениями, происходящими на различных уровнях здравоохранения. При этом, очевидно, что концептуальной основой этой важной работы, должно являться ориентация на разработку таких индикаторов, которые бы объективно отражали изменения в качестве здоровья населения и эффективности деятельности отдельных медицинских организаций, служб, территориальных и национальной системы здравоохранения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА ГЛОБАЛЬНОГО БРЕМЕНИ БОЛЕЗНЕЙ ПРИ ОЦЕНКЕ МЕДИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Т.И.Слажнева, Т.В.Попова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы

Комплексная оценка состояния здоровья населения традиционно основывается на данных о смертности, заболеваемости и/или распространенности патологии в изучаемой популяции, а также инвалидности.

Новым подходом к комплексной оценке здоровья населения является метод глобального бремени болезней (ГББ), который является интегральным и включает в себя данные о смертности, распространенности патологии среди населения и ее инвалидизирующие последствия, а также распространенность и инвалидизирующие последствия травм, отравлений, несчастных случаев /1-3/.

В данном исследовании использовались методические подходы Murray C.J.L., Lopez A.D. с соавт. /2/, а также методические рекомендации Германюк Т.А. /3/, исходным материалом являлись официальные статистические данные Агентства Республики Казахстан по статистике и Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан за 2005 год.

В 2005 году в Казахстане произошло 157121 случаев смерти. Популяцией было потеряно 2975759, 5 единиц DALYs, что составило на 1000 человек населения 197,4. Среди утраченных лет жизни 51% приходился на мужчин, соответственно на женщин меньше – 49%.

В городских популяциях процент утраченных лет жизни мужчин выше (58,7%), чем по республике в целом. Потери единиц DALYs в сельской местности также наиболее высоки у мужчин (59,5%) по сравнению с женщинами (40,5%).

Причины потерь здоровой жизни вследствие преждевременной смерти в Казахстане связаны преимущественно с тремя классами болезней: системы кровообращения; несчастные случаи, травмы и отравления; новообразования, значительно превышающие по удельному весу другую патологию.

В 2005 году потери лет казахстанцами здоровой жизни вследствие преждевременной смертности и инвалидности составлен 3483651,6 единиц, на 1000 населения, что равнялось 231,1. На мужские потери пришлось 58,4%, соответственно

женские – 31,6%. Больше теряет городская популяция, на долю которой пришлось 61,6%, меньше сельская, составлявшая в общих потерях 38,4%.

Анализ причин утраты здоровой жизни казахстанцев позволил определить ведущие классы болезней: это болезни системы кровообращения, на долю которых в потерях приходится 32,5%, травмы и отравления, составляющие 22,4% и новообразования с вкладом 10,6%. И у мужчин и у женщин первое место по вкладу занимают заболевания системы кровообращения. В женской популяции на втором месте стоят потери от новообразований и только на третьем месте – травмы и отравления.

Таким образом, очевидно, что проблемы борьбы с сердечно–сосудистой патологией, несчастными случаями, отравлениями и травмами, онкологическими заболеваниями играют приоритетную роль в профилактических программах страны.

Литература:

1. Аканов А.А., Кульжанов М.К., Германюк Т.А. «Глобальное бремя болезней DALYs в Казахстане». – Алматы, 1996. – 117 с.

2. Murray C.J.L., Lopez A.D., Jamison D.T. The global burden of disease in 1990: summary results sensivity analysis and future directions // Bulletin of the World Health Organization. - 1994. - V.72. - P. 495 - 509.

3. Германюк Т.А. Глобальное бремя болезней как интегральный индикатор состояния здоровья населения. Методические рекомендации. – Алматы, 1998. – 35 с.

ТҰЖЫРЫМ

Тұрғындар денсаулығының жай-күйін кешенді бағалау, әдетте, өлім-жітім, аурулар және/немесе зерделеніп жатқан дерттанудың кеңінен таралуы, сондай-ақ мүгедектік туралы мәліметтерге негізделеді. Тұрғындар денсаулығын кешенді бағалаудың жаңа жолы интегралды болып табылатын және өлім-жітім, тұрғындар арасында дерттанудың кеңінен таралуы және оның мүгедектендіретін салдарлары, сондай-ақ жарақаттану, улану, қолайсыз жағдайлардың кеңінен таралуы мен мүгедектендіру салдарлары туралы мәліметтерден тұратын аурулардың жаһандық ауыртпалығы әдісі болып табылады.Осы зерттеулерде Murray C.J.L., Lopez A.D. әдістемелік жолдары, сондай-ақ Т.А.Германюктің әдістемелік ұсыныстары пайдаланылды, Қазақстан Республикасының Санақ жөніндегі агенттілігі мен Қазақстан Республикасының Еңбек және әлеуметтік қорғау министрлігінің 2005 жылғы ресми санақ мәліметтері негізге алынған материал болып табылды. Қазақстандағы мерзімінен бұрын болатын өлім-жітім салдарынан дені сау өмірден айрылудың себептері көбіне аурудың төрт класымен байланысты: қан айналым жүйелері; қолайсыз жағдайлар, жарақаттану мен уланулар; жаңа пайда болулар, соңғысы үлесі бойынша басқа дерттанудан едәуір асады. Сонымен, жүрек қан тамыры дерттер, қолайсыз жағдайлар, уланулар және жарақаттанулар, онкологиялық аурулармен күрес проблемалары еліміздің алдын алу бағдарламаларында басыңқы рөл атқаратындығы айдан анық.

SUMMARY

Population health complex assessment traditionally bases on the data of mortality, morbidity and/or diseases prevalence in target population, and also disability. New approach to population health complex assessment is method of global burden of diseases that is integral and including data on mortality, diseases prevalence among population and its disabling consequences, and also prevalence and disabling consequences of trauma, poisonings, and accidents. Methodological approaches of Murray C.J.L., Lopez A.D., methodological recommendations of Germanyuk T.A. were used in this study. Initial materials were official statistical data of Statistic Agency and Ministry of labour and social protection of the Republic of Kazakhstan for 2005. Reasons of healthy life losses in consequence of premature mortality in Kazakhstan relate to three classes of diseases: cardiovascular diseases, accidents, trauma and poisonings, and tumors. Thus, cardio-vascular diseases, tumors, accidents, poisonings and trauma are priority problems in prevention programs of the country.

ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛИТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕФОРМИРОВАНИЯ И РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

А.А.Аканов, М.А.Камалиев, А.Б.Асатова, Р.Алхамкызы

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы

Стратегия вхождения Казахстана в число 50-ти наиболее конкурентноспособных стран мира, провозглашенная Президентом Республики Казахстан Н.А. Назарбаевым [1], открывает новые рубежи социально-экономической модернизации и политической демократизации, одной из главных составляющих которых является строительство социально ориентированного общества.

Среди основных условий конкурентноспособности государства общественное здоровье является обязательным, а общественное здравоохранение – одним из решающих и непосредственных факторов ускорения темпов экономического и социального развития и эффективности общественного производства.

Развитие здравоохранения является задачей не только медицинской отрасли – это национальная цель и разработка политики здравоохранения и его реформ должны базироваться на целостном подходе. При этом, чрезвычайно важным является правильный выбор стратегического ориентира реформы с учетом потребностей населения в здоровье и возможностей общества по их удовлетворению.

Политические, экономические и социальные отношения в обществе, определяя операционные рамки функционирования и реформирования системы здравоохранения, в то же время являются ее составляющими. Поэтому в оценке деятельности системы здравоохранения и обозначении приоритетов ее реформы должен учитываться политический компонент, поскольку политика проведения широких реформ в секторе здравоохранения является возможной тогда, когда есть достаточная политическая воля.

При широкой реорганизации системы здравоохранения, когда на первый план выходит не только связи между различными официально учрежденными действующими лицами, но также взаимозависимые отношения различных функциональных областей приложения реформы, целесообразно руководствоваться такой схемой, в соответствии с которой государство должно стать коллективным посредником, устанавливающим связи между населением, генераторами ресурсов, поставщиками медицинских услуг и другими секторами, акцентируя внимание на взаимоотношения этих действующих лиц, главным образом в терминах перемещения ресурсов и вводимых ресурсов, оказание медицинских услуг и процессы регулирования и контроля (рисунок).

На основе этой модели определяется четыре уровня политики для реализации реформы здравоохранения:

а) Системный уровень действия, направленный на организацию связей и управлению ими между ведущими действующими лицами. Основная цель: соблюдение справедливости при получении населением медицинской помощи.

б) Программный уровень, сфокусированный на деятельности медицинской службы и предусматривающий установление приоритетов между перечнями потребностей и спросом на медицинские услуги с использованием методики анализа эффективности вложенных ресурсов.

в) Организационный уровень, обращенный на то, как технически эффективно предоставляется медицинская помощь, и потому имеющий дело с учреждениями, штатом, оборудованием, технологиями и пр.

г) Инструментальный уровень, занимающийся проблемами сбора и использования информации в здравоохранении для повышения управленческой эффективности.

В сфере действия реформы здравоохранения отчетливо должны быть отражены связи между главными областями реализации реформы, как: программа медицинских услуг, финансирование здравоохранения, организация обеспечения населения медицинской помощью и спрос потребителя, и их взаимообусловленность, т.е. возможное влияние изменений в одной конкретной области на все остальные и наоборот. Например, на объем программы медицинских услуг влияет общий уровень финансирования отрасли и, наоборот, чтобы гарантировать данный объем медицинских услуг выдвигаются соответствующие финансовые требования. Организация обеспечения медицинской помощью также тесно взаимодействует с другими областями этой сферы, определяя насколько часто они будут привлечены и кто будет ими пользоваться.

Если стратегия преобразования отрасли будет учитывать эти связи, то она станет жизнеспособной и будет выдвигать реальные решения. Однако, как свидетельствует практика, нередко те или иные курсы политики, интегрируясь в концептуальные рамки деятельности по обеспечению здоровья населения на основе таких принципов как справедливость, доступность и качество оказываемой медицинской помощи, не предусматривают оптимальные механизмы их реализации. В результате допущения подобных изъянов в политике

Рисунок. Компоненты и взаимоотношения в системе здравоохранения

отечественного здравоохранения до настоящего времени не достигнуты главные цели его реформирования – переход на этап сбалансированного развития с полным преодолением кризисных явлений в отрасли и переводом человека из объекта медицинского обслуживания в субъект оздоровительного процесса. Для достижения действительного, а не декларируемого приоритета здоровья населения необходимо обеспечить соответствие между поставленными целями и существующими инструментами государственной политики, т.е. теми рычагами, посредством которых осуществляется управление.

Таким образом, главной трудностью транзитного периода является не столько дефицит материальных, финансовых и людских ресурсов, сколько осознание основной цели происходящих перемен и разработка эффективных путей разрешения возникающих проблем. В этом контексте сущность социальной модернизации общества, предусматривающей в том числе структурное и содержательное реформирование системы здравоохранения, должна быть переосмыслена, а именно, политика здравоохранения по развитию отрасли и улучшению здоровья народа должна быть построена на трезвом расчете и ее главные действующие лица должны принять политические обязательства о полной приверженности к выбранному политическому курсу. Принятие таких политических обязательств, непременно, способствует обеспечению активного участия в разработке политики, стратегий и планов действий различных уровней, всех заинтересованных ведомств, а также мобилизует общественное мнение. Что касается переориентации политики, то она должна стать результатом политических решений, реали-

зация которых, в свою очередь, требует определенного политического умения и дипломатического искусства.

Не менее важной проблемой в переходный период является изменчивый характер самих потребностей общества. Поэтому политикам-руководителям необходимо своевременно спрогнозировать характер и масштаб таких изменений и их возможные последствия, а также предусмотреть механизмы адекватного разрешения вновь возникающих проблем и возможности адаптации самой политики с учетом новых потребностей. Управление этими переменами может быть эффективным, если процесс разделить на две фазы: до принятия решения – политическая фаза, и после принятия решения - фаза управления. Под политической фазой подразумевается все то, что создает политическую волю или политическое давление, чтобы выработать такую волю для переориентации курса политики здравоохранения и проведения всесторонней реформы медицинской отрасли. Впрочем, реализация в жизнь политических концепций зависит от политической воли и компетенции лиц, принимающих решения.

Таким образом, успешность управления процессом реформирования и развития здравоохранения зависит от нескольких ключевых факторов:

- установления ясных целей реформы, чтобы добиться социального консенсуса и придерживаться четкого направления в дальнейшей деятельности;

- разработки адекватной концепции управления с разделением ответственности и созданием инфраструктуры;

- подготовки и принятия соответствующего законодательства;

- применения необходимых финансовых стимулов для улучшения процесса изменений, а также общего управления;

- выбора соответствующего графика для процесса изменений.

Литература:

1. Назарбаев Н.А. Стратегия вхождения Казахстана в число 50-ти наиболее конкурентноспособных стран мира. Казахстан на пороге нового рывка вперед в своем развитии. Послание Президента Республики Казахстан народу Казахстана 1 марта 2006 года. – Алматы, 2006.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада Қазақстан Республикасында денсаулық сақтау жүйесін реформалаудағы жетістіктер мен проблемаларға, оларды қозғаушы факторларға қысқаша талдау жасалған. Авторлар қазіргідей қоғамда саясиэкономикалық және басқадай процестер жүріп жатқанда денсаулық сақтау саласын қайта ұымдастыруда заң шығарушы органдар, басқару құрылымдарының атқарушы қызметінің әлі де жеткіліксіз екендігі жөнінде қорытындыға келген. Денсаулық сақтау реформасын жоспарлау шараларын тек халықаралық тәжірибе негізінде емес, республиканың экомикалық-әлеуметтік жағдайын, қоғамда денсаулық сақтау жөнінде жан-жақты социологиялық зерттеулерді ескере отыра жасалуы қажет.

SUMMARY

In the article the brief analysis of the moving factors, problems and achievements in reform¬ing a system of public health services of Re¬public of Kazakhstan is adduced. The writers come to a conclusion, which on a background of happening socio-political, economic and other processes of conversion the system of public health services remains to not enough with shifts in statutory and executive activity of power structures. The reform of public health services should he realized not only on the ba¬sis of international experience, but also in view of the usual economic, social and political re¬alities in republic. The important role in plan¬ning of measures of reform should be played by complex sociological researches in the field of public health services.

ҚОҒАМ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ

Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова

ҚР ДМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелерінің Ұлттық Орталығы.

«Денсаулық қорғау» ұғымына медицинаның әлеуметтік, ұйымдық және нормативтік функцияларының барлық іс-әрекеттері толығымен жатқызылады. Ол, жалпы қоғам ішіндегі «қоғамдық қызмет» деген түсінікті білдіреді. Қоғам ішіндегі - өкілдердің, мекемелердің және ұйымдардың (саяси, экономикалық, қоғамдық, мемлекеттік, жеке, діни, филантропиялардың және басқа да), соның ішінде денсаулық сақтаудың және медицинаның қауымдық әлеуметтік қызметі және денсаулықты шыңдау және нығайту болып есептеледі.

Қоғам ішіндегі дәрігерлік емдік элементтер өте ертедегі өмір сүрген адамдардан бастама алады. Сол уақыттарда, әуелі алғашқы полюстер бол-

май тұрған уақыттардан, алғашқы қауым пайда болған кездерде жарақаттарды және аурулардың алдын алу әрекеттері пайда болған және ондай шаралардың алғашқы элементтері бүгінгі күнге дейін дүниежүзіндегі экономикасы жақсы дамыған және де дамып жатқан көптеген елдерде сақталған деуге болады. Мысалы: Мысыр еліндегі «мысырлық гигиена» және «египеттік косметология», Ресейлік «ыстық монша емі», Тибет елінің «дәрілік шөптері» және Қазақстандық «кіндік шешенің – туытты қабылдауы» және басқалар.

Қоғамдағы денсаулықты қорғау ісі кездейсоқ немесе хаотично пайда болған жоқ.. Ол өмірге керекті әлеуметтік-экономикалық және саяси жағдайлардан, қоғамның немесе қауымның денсаулық сақтау немесе шыңдауға қажетті теориялық және оны іске асыруды ұйымдастыру принциптерінің, теорияны іске асырудағы тәжірибелердің негіздерінен пайда болған дейміз.

Қоғамдық өмір дами отырып, аурудың алдын алу іс-әрекеттерді адамның денсаулығын қорғауда шыңдай келе барлық медициналық емдеу және аурудан сақтандыру шараларын бір орталықтан қадағалау тәртіпті және тиімді болатын болғандықтан, 1918 ж. 11 шілдесінде Қазақстан Денсаулық сақтау комиссариятын құру туралы алғашқы мемлекеттік Декрет жарияланды. Осы декрет бекітілгеннен кейін, бұған дейінгі жеке меншіктегі, әр түрлі ведомстволардағы, мекемелердегі, ұйымдардағы медико-санитарлық барлық мекемелер Денсаулық сақтау комиссариятының құрамына өтті.

Қазақстан Денсаулық сақтау халық комиссарияты құрылғаннан кейін, бұл ұйым: мемлекеттік басқару, жоспарлы жұмыс жүргізу, ақысыз медициналық көмек, әлеуметтік санитарлық, емдеу және аурудың алдын алу бағытында тұрғындардың денсаулығын қорғау ісіне заңды түрде араласуға мүмкіндік алды.

Аурудың алдын алу немесе аурудан сақтандырудың алғашқы шаралары денсаулық сақтау саласындағы - барлық әртүрлі салалардағы қызмет, тұрғындар арасындағы ауруды тудыратын және зақымданудың себептерін оның ошақтарын анықтауға тікелей бағытталған іс-әрекеттер.

Аурудың алдын алудың шаралары - жеке және қауымдық, алғашқы және екінші сатылардағы түрлерге бөлініп жүргізіледі. Олардың барлығы өз сатыларындағы аумақта толық және нәтижесін көрсететін жұмыс істейді және жүзеге асырады.

Аурудың алдын алу шараларын жоспарланған бағытта жүргізу медициналық мекемелердегі емдеу жұмыстарын жеңілдетеді.

Қазіргі уақытта жер бетінде 200-ден астам халықаралық медициналық ұйымдар мен ассоциациялар жұмыс істесе, солардың ішіндегі ең әсерлісі де маңыздысы Дүниежүзілік Денсаулық Сақтауды Ұйымдастыру ұйымы болып есептеледі. Бұл ұйым 180 халықаралық медициналық ұйымдармен, агенттіктермен және ассоциациялармен бірігіп жұмыс істейді. Оның ең басты жұмыс істеу бағыты: қоршаған ортаны қорғау мәселесі, соның ішінде паразиттік және жұқпалы аурулардың таралып кетпеуін қадағалау, жаппай тарап кететін ауруларға қарсы вакцина егу жұмыстарын жүргізу болып есептеледі.

Қазақстан Республикасында жұқпалы аурулардың алдын алатын шараларды іс жүзіне асыратын бас мекемелер болып есептелетін санитарлық-эпидемиялық саланың ең алғашқы мекемесі 1920ж. санбаклаборатория болып құрылды. Осы жылы тағы бір осындай лаборатория құрылды. Сонымен 1920 ж. -2, одан кейін 1928 ж. 8-ге көбейді және осы жылы маларияға қарсы жұмыс істейтін станция ұйымдастырылды. 1929 ж. дезинфекциялық станция ашылып, содан бұл саланың мекемелері жылдан жылға көбейе келе 1946 ж. санитарлық-эпидемиялық саланың мекемелерінің саны 111-ге жетсе, олардың 60 – санбаклабораториялар, 78 - маларияға қарсы станциялар, 72 - маларияға қарсы пункттер, 28 – дезинфекциялық станциялар, 16 – бруцеллезге қарсы станциялар және 39 сүт пункттерінен құралды.

Әрине, бір көргеннен көзге көп болып көрінгенімен, еліміздің жер көлеміндегі тұрғындардың санына байланысты бөліп, осы мекемелердің қызметіне сай іс-шараларды жүргізуге әлі де болса аздық көрсетіп тұрды. Сондықтан, жылдан-жылға халық санының өсуіне байланысты осы саланың мекемелерінің де саны өсіп отырды да – 390-ға жетті.

Қазіргі уақыттағы мемлекеттік санитарлық-эпидемиялық саланың мекемелерінің санының өсуіне байланысты жұмыстың күрделенуіне сай біріктірілген немесе жеке орталықтар және станциялар болып құрастырылды. Орталық мейлі дезинфекциялық станциялар болсын олардың жұмыс бабындағы көздеген мақсаты біреу ғана. Ол, еліміздің тұрғындарының денсаулығын қорғау үшін жаңа заман талабына лайықты іс-шараларды жасау, өңдеу оны іске асыру. Сонымен қатар жұқпалы аурулардың таралып кетпеуі үшін күнделікті қадағалау жұмысын қалтқысыз атқару. Осындай жұмыстардың негізінде санитарлық-эпидемиялық саланың мекемелері қоғамдық денсаулық сақтау саласындағы профилактикалық жұмыстарды жүргізетін ең бірінші мекеме болып саналады.

Сонымен қоғамдық денсаулық дегеніміз – қоғам ішіндегі өмір сүріп жүрген тұрғындардың салауатты өмір сүрулерін қалыптастыру болып есепеледі. Адамдардың өмірі үшін ең басты байлық денсаулық. Қоғам - қаншалықты санитарлық таза, экономикалық бай, саяси тұрақты болған сайын тұрғындардың денсаулықтары соғұрлым жоғары болады.

Кейбір деректерге жүгінетін болсақ экономикалық және ғылыми саласы жақсы дамыған бай мемлекеттерде аурудың алдын алу шаралары тұрғындардың денсаулықтарына 35 % -ға жуық әсерін тигізеді екен, сондықтан

біздің елімізде де аурудың алдын алу шараларын жақсы жүргізіп, осындай көрсеткішке жету үшін жұмыла сапалы жұмыс жүргізу керек. Сонымен тоқ етерін айтар болсақ жақсы қоғам ішінде өмір сүрген адамдардың денсаулықтарының жақсы болатындығында күмән жоқ.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Ю.П.Лисицин. Общественное здоровье и здравоохранения. 2007 г. 500 стр.
2. А.Ф.Сиренко. Социальная гигиена и организации здравоохранения., 1977 г. 450 стр.
3. Т.К.Рахыпбеков. Финансовый менеджмент в здравоохранении. 2002г. Астана., 287стр.

СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОДЕРНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАЗАХСТАНА

А.Б.Асатова

Республиканский консультативно-диагностический центр, г.Астана

В научно-практическом плане одним из основополагающих подходов может выступать мониторинг хода реформы путем комплексного социологического изучения. Согласно Люблянской Хартии по реформированию здравоохранения, важные политические, управленческие решения должны базироваться на фактических показаниях.

Социологический анализ содержания политики здравоохранения – это исследование решаемых в тех или иных условиях социально-политических задач в соотнесении с объективными потребностями общества и возможностями их удовлетворения с целью научной проработки социально-политического курса на соответствие интересам народа. В таком случае со всей остротой встает качественно новая задача – построение системы показателей и индикаторов как деятельности системы здравоохранения, так и по составлению социального портрета лиц, определяющих ее политику.

Политические и социально-экономические процессы, происходящие в стране в транзитный период, должны быть направлены на восстановление в своих правах такой абсолютной ценности, как здоровье народа. Следовательно, изменения в политическом климате, в котором обсуждаются вопросы здравоохранения, детерминированы не только сложившимся критическим положением отрасли, но и перспективами развития казахстанского общества, ибо здоровье человека является критерием номер один в его оценке. В связи с этим чрезвычайно важен правильный выбор стратегического ориентира реформы. Это подтверждает и мировая практика: наличие стратегически значимого ориентира, даже при текущих сложных обстоятельствах, может вынудить любую систему к позитивным преобразованиям, выбору ею эффективных вариантов реформирования.

Квинтэссенция политики здравоохранения на данном этапе модернизации общества должна заключаться в достижении консенсуса между идеологией о бесплатном характере медицины с ее всеобщностью, доступностью и реалиями перехода здравоохранения на подлинно рыночные отношения.

Развитие системы здравоохранения – это всеобщая проблема, от успешного решения которой во многом зависят результаты проводимых в стране реформ и оно тесно взаимосвязано с политическими, экономическими, социальными, психологическими и другими важными аспектами общества. Политическое руководство, начиная с Президента страны, является обязательным элементом программы реформы. Послание Президента народу «Казахстан – 2030», как политическое решение стратегии развития государства, определяет коренные приоритеты.

Однако, на фоне происходящих общественно-политических, экономических и других процессов реформа системы здравоохранения остается недостаточно сопряженной со сдвигами в законодательной и исполнительной деятельности властных структур. Стратегия решения этих проблем на пути реформы здравоохранения требует политического прагматизма. Особенно важно установить взаимопонимание и конструктивное взаимодействие государства и системы здравоохранения, исполнительной власти и медицинских структур. И, по всей видимости, для перевода политических намерений в плоскость практических результатов необходимо наличие политтехнологов в здравоохранении.

Система здравоохранения, представляющая часть единого сложного и динамичного политико-экономического ландшафта, способствует социально-экономическому прогрессу общества и одновременно использует его результаты отражая социальные и экономические цели государства.

Не секрет, что ранее остаточный принцип обеспечения функционирования медицинской отрасли господствовал не только в финансировании, но и в стратегическом планировании. Поэтому в прове-

дении политики здравоохранения особое внимание необходимо обратить на поиск и применение приемлемых политических инструментов и тенденции в ней должны корреспондироваться с политическими подходами в других секторах общества.

Концептуальный подход к реформе системы здравоохранения, как и всей социальной сферы, должен определяться стратегией ее преобразования в субъект рыночной экономики. Проблема – как перейти не просто к рынку, а к такой структуре, в которой рынок занимает важную роль, но является отнюдь не единственным механизмом функционирования системы. Следует отметить, что рыночный механизм возник на иной, нежели в нашей стране культурной почве, следовательно, слепое копирование западного образца рыночных отношений невозможно. И, по видимому, нам необходимо в рамках национальных традиций найти адекватную замену тем элементам рынка, которые в наших условиях не применимы. В настоящее время процесс развития реформы здравоохранения сдерживаются определенными объективными и субъективными причинами. Если в предыдущие годы «Ахиллесовой пятой», в частности, однозначно было несоответствие финансово-бюджетной основы отрасли рыночным реалиям, то в настоящее время – неэффективность бюджетных расходов и государственного контроля за расходованием бюджетных средств. Потребность здравоохранения в бюджетных ассигнованиях опережает возможностей государства выделять финансовые ресурсы. Монетаристская политика, обусловливающая бюджетные ограничения, одновременно побуждает к поиску наиболее эффективных путей решения проблемы. Однако следует помнить, что неограниченный монетаризм в сфере здравоохранения может стать фактором дестабилизации социального равновесия.

Исходя из сказанного, на наш взгляд, главной трудностью транзитного периода является не дефицит материальных, финансовых и людских ресурсов, а осознание основной цели происходящих перемен и путей разрешения возникающих проблем. В этом контексте значение и сущность социальной модернизации общества, предусматривающей как структурное, так и содержательное реформирование всех отраслей социальной сферы, включая систему здравоохранения, требуют серьезного осмысления, ибо здравоохранение, будучи особой сферой деятельности государства по обеспечению прав граждан на здоровье, является одним из самых приоритетных направлений в политической, экономической и социальной жизни страны и, соответственно, основные аспекты развития общества и его движущих механизмов нужно рассматривать в приложении к реформе здравоохранения через призму формирования масштабного здоровья.

Таким образом, переживаемая обществом общественно-политическая и социально-экономическая реформация поставила социальную сферу, в том числе и здравоохранение, в принципиально иную систему координат. Политика дальнейшей модернизации системы здравоохранения и выдвижения отрасли в авангард реформенных преобразований в стране тесно увязана с соотношением политической реальности и социально-экономических условий, психологических укладов, сложившихся на данном этапе.

ТҰЖЫРЫМ

Денсаулық сақтау жүйесін реформалау мәселелерінің саяси сипаттамаларының әдістемелік бағыттары баяндалған.

SUMMARY

Methodological manner is set for upon problems of political measuren's of reforming public health.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ РК

Р.Т.Суримбаева

Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы

Известно, что здравоохранение как система во многих странах развивается с учетом потребностей и возможностей общества. Существует некая шкала, определяющая местонахождение стоматологии в зависимости от возможностей удовлетворения потребностей населения в охране его здоровья.

Одной из важных социально-экономических проблем любого государства, в том числе суверенного Казахстана, является разработка и осуществление мер по сохранению, защите, укреплению здоровья населения.

По данным ВОЗ, распространенность стоматологических заболеваний среди населения земно-

го шара занимает первое место. Частота встречаемости основных стоматологических заболеваний среди взрослого населения планеты достигает 100%, что позволяет считать эти болезни самыми распространенным видом патологии. В возрасте 25 лет и старше практически у каждого человека имеется поражение зубов. Общепризнанно, что целый ряд заболеваний внутренних органов, а также состояние сенсибилизации организма могут быть в значительной степени результатом стоматологической патологии. Все это подтверждает необходимость включения борьбы с заболеваниями зубочелюстной системы в число важнейших государственных задач, осуществление которых требует дальнейшего улучшения качества и повышения эффективности медицинской помощи населению.

Ни в какой другой медицинской дисциплине влияние профилактического подхода не проявляется так отчетливо, как в стоматологии.

При этом профилактика должна осуществляться не трех уровнях: мероприятия, проводимые на общегосударственном уровне; меры групповой профилактики; индивидуальная профилактика.

Современное и качественное оказание стоматологической помощи больным зависит не только от уровня развития стоматологической науки, но и от форм организации стоматологического обслуживания. Для решения вопросов организации стоматологической помощи большое значение имеет обеспечение возможно более полной и правильной оценки ее состояния. Важным элементом организации любого вида медицинского обслуживания, в том числе и стоматологического, является планирование. Для стоматологической службы возможно более точное планирование персонала, чем для других секторов здравоохранения, т.к. развитие основных болезней полости рта и необходимые для борьбы с ними ресурсы прогнозируются с большей долей вероятности.

Для достижения максимальной эффективности и оперативности в управлении стоматологической службой на всех уровнях большое значение имеет система информационного обеспечения.

В условиях внедрения элементов рыночного хозяйствования важное место занимают вопросы ценообразования.

При установлении цены на стоматологические услуги следует учитывать, что цена на стоматологические услуги должна:

- отражать общественно необходимые затраты труда на производство стоматологических товаров и услуг;
- учитывать соотношение спроса и предложения;
- обеспечивать получение прибыли;
- носить противозатратный характер и, таким образом, стимулировать повышение качества услуг.

Наряду с ценообразованием для успешной предпринимательской деятельности большее значение имеет маркетинг, представляющий собой систему организации и управления хозяйственной деятельностью, ориентирующуюся на требования рынка, максимальное удовлетворение потребности потребителей.

Развивающиеся процессы рыночной экономики в Республике Казахстан обуславливают необходимость внедрения новых экономических отношений в сферу охраны здоровья населения. Трудности, сопутствующие процессам развития и преобразования макроэкономики, поставили здравоохранение в тяжелое положение. Как показывает анализ деятельности отрасли, современное здравоохранение сегодня не в состоянии решать многие вопросы.

В 1991-1995 гг. в Республике Казахстан были осуществлены два этапа разгосударствления и приватизации, и сейчас происходит активное формирование негосударственного сектора, который представлен широкой сетью медицинских организаций.

С целью ускорения развития частной медицины по постановлению Правительства о секторных программах «приватизации и реструктуризации» №65 от 14.07.1997 г. Приватизировано около 99% стоматологических учреждений. По последним данным, в республике действует 408 стоматологических учреждений.

Важнейшие правовые нормы, регламентирующие деятельность организаций частной системы здравоохранения и лиц, занимающихся честной медицинской практикой, определяются в соответствии с законодательством Республики Казахстан, Конституцией РК и Законом «Об охране здоровья граждан в РК».

Согласно приказа МЗ Республики Казахстан, контроль за медицинской и фармацевтической деятельностью в структурах негосударственного здравоохранения оставлен за Министерством здравоохранения. Финансовая и экономическая деятельность негосударственных учреждений контролируется соответствующими органами правопорядка и прокуратурой.

Для негосударственной стоматологической организации (НСО) характерна высокоцентрализованная система управления, причем стратегическая деятельность руководства НСО выполняется на тактическом и оперативном уровнях. Управленческая деятельность руководства НСО носит в основном организационно-исполнительный характер и направлена на неукоснительное исполнение предписанных учредителем установок.

Руководители предприятий (учреждений) здравоохранения на собственном опыте убедились, что в условиях рынка управлять вверенной им организацией на основе прежних принципов невозможно. Необходима переориентация деятельности предприятия на использование концепции маркетинга как философии и совокупности практических приемов управления предприятием

в условиях рыночных отношений.

В новых экономических условиях следует пересмотреть функции, задачи, формы и методы управления здравоохранением, считая основной целью перестройки рациональное использование ресурсов здравоохранения, повышение эффективности работы медицинских учреждений. Основополагающим в программно-целевом управлении деятельностью служб и учреждений здравоохранения, в том числе стоматологической, является принцип, ориентирующий на своевременный поиск больных, точность и полноту диагнозов и адекватность медицинской помощи.

Важная роль в реформировании стоматологической службы отводится вопросам совершенствования организации стоматологической помощи. Негосударственный стоматологический сектор впитал в себя все экономически целесообразные и эффективные методы работы государственных стоматологических учреждений. Однако сложившаяся система стоматологической службы в силу ряда обстоятельств далеко не полностью удовлетворяет потребности населения. Это еще не устоявшаяся система взаимоотношений рядовых стоматологов и руководства, проблемы ценообразования, проблемы профилактики стоматологических заболеваний и ряд других не менее важных аспектов организации. Нам думается, что все это должно стать предметом государственного регулирования деятельности НСО.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Т.В.Попова

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г.Алматы

Инвалидность и инвалидизация населения являются важнейшими показателями общественного здоровья и имеют не только медицинское, но и социально-экономическое значение. По данным ООН, уровень инвалидности в мире в среднем составляет 10% - т.е. каждый десятый житель планеты является инвалидом /1/. По данным официальной статистики, в Республике Казахстан инвалидность имеют около 3% населения /2/.

С принятием Законов РК «Об обязательном социальном страховании» от 25 апреля 2003 год и «Об обязательном страховании гражданско-правовой ответственности работодателя за причинение вреда жизни и здоровью работника при исполнении им трудовых (служебных) обязанностей» от 7 февраля 2005 года произошло реформирование одноуровневой системы социальной защиты населения в трехуровневую.

13 апреля 2005 года был принят Закон РК «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан». В нем, согласно комментариям Министерства труда и социальной защиты населения РК, обозначен переход от преимущественно медицинской модели инвалидности к медико-социальной, предусмотрены меры по профилактике инвалидности (охрана здоровья, формирование здорового образа жизни, обеспечение безопасных условий труда). Закон предусматривает предоставление: гарантированного объема медицинской помощи инвалидам в соответствии с законодательством; санаторно-курортного лечения инвалидам, в том числе впервые - детям-инвалидам; впервые - специальных помощников инвалидам 1 группы, имеющим затруднения в передвижении и инвалидам по слуху - специалистов жестового языка (с 1 января 2006 года); протезно-ортопедической помощи, технических вспомогательных средств, специальных средств передвижения, обязательных гигиенических средств (впервые). В Законе впервые предусмотрена квота для поступления в средние и высшие профессиональные учебные заведения, льготы по стипендиальному обеспечению. Для трудоустройства инвалидов предусмотрено установление трехпроцентной квоты рабочих мест. По отношению к виновным в нарушении законодательства руководителям и юридическим лицам предусмотрено принятие административных мер (на физических лиц - до 40 и на юридических – до 400 МРП соответственно).

Медико-социальную экспертизу (МСЭ) в РК осуществляют территориальные подразделения центрального исполнительного органа в области социальной защиты населения, в состав которой входят более 400 врачей-экспертов, с 2001 года получивших статус государственных служащих. В задачи территориальных подразделений – отделов МСЭ (общего и специализированного профиля) входит: освидетельствование лиц с целью установления инвалидности, степени утраты общей (с 2005 года), профессиональной трудоспособности, нуждаемости в дополнительных видах помощи и уходе, формирование индивидуальной программы инвалидности (ИПР). При этом территориальное подразделение организуется из расчета одно на 120 тысяч всего населения (до 2000 года – одно на 100 тысяч взрослого населения). Т.к. с 2000 года подразделения МСЭ осуществляют освидетельствование не только взрослого, но

и детского населения, для чего организованы специализированные педиатрические отделы МСЭ, либо в состав отделов общего профиля входит специалист-эксперт педиатр. В последние годы введена рейтинговая оценка деятельности территориальных подразделений МСЭ. Территориальные подразделении МСЭ осуществляют свою деятельность в соответствии с «Правилами проведения медико-социальной экспертизы», утвержденными Постановлением Правительства РК от 20 июля 2005 года.

За период с 1992 по 2007 годы в РК ежегодно в среднем 49 тысяч человек среди взрослого населения впервые признаются инвалидами (ВПИ) и с 2001 по 2007 годы в среднем 7 тысячам детей впервые устанавливается категория «ребенок-инвалид» (График 1). При этом численность впервые признанных инвалидами среди взрослого населения за обозначенный период уменьшилась более чем в 2 раза.

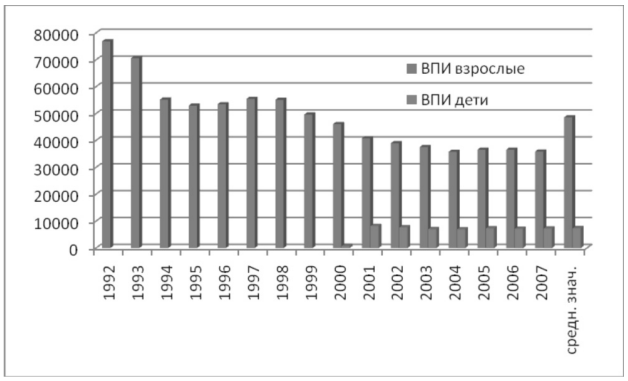


График 1. Численность впервые признанных инвалидами в РК.

Интенсивный показатель первичного выхода на инвалидность по данным 2005 года среди всего населения составлял 28,8, среди взрослого населения – 32,6, среди работающего населения – 13,7, среди детского населения – 18,5 (на 10 000 населения).

Среди впервые признанных инвалидами среди всего взрослого населения 60% составляет вторая группа инвалидности, первая – 10%, третья – 30%. Среди лиц пенсионного возраста тяжесть инвалидности (первая и вторая группа) составляет почти 95%.

Среди классов болезней, послуживших причиной первичной инвалидности, лидирующие первые, вторые и третьи места занимают: среди всего взрослого населения - сердечно-сосудистые заболевания (23%), онкопатология (16%) и травмы (15%); среди лиц пенсионного возраста – онкопатология (37%), сердечно-сосудистые заболевания (32%) и болезни глаз (13%), среди детей – врожденные аномалии (33 %), болезни нервной системы (22 %) и психические расстройства (13%).

В Республике Казахстан реабилитация инвалидов осуществляется путем реализации государственной и индивидуальной программ реабилитации. В РК были приняты две государственные Программы реабилитации инвалидов – на 2002-2005 годы /3/ и на 2006-2008 годы /2/. Показатель полной реабилитации инвалидов в Республике Казахстан составляет от 3 до 5%.

13 декабря 2006 года Генеральной Ассамблеей ООН был принят уникальный документ, концентрирующий все основные международно-правовые основы для поддержки и защиты инвалидов - Конвенция о правах инвалидов /4/. После подписания Конвенции устанавливается система международного мониторинга, и лица, чьи права нарушены, получают возможность обращения в Комитет по правам инвалидов ООН.

11 декабря 2008 года в штаб-квартире ООН состоялась церемония подписания Казахстаном Конвенции о правах инвалидов и Факультативного протокола к ней /5/. Казахстан стал 137 страной в мире, присоединившейся к Конвенции. Подписание Казахстаном Конвенции о правах инвалидов – фундаментальная веха в истории социальной защиты инвалидов в республике.

Литература:

1. Руководство по разработке статистической информации для программ и политики в отношении инвалидов. – Нью-Йорк: ООН, 1997 г. – 108 с.

2. «Программа реабилитации инвалидов на 2006-2008 годы» Утверждена постановлением Правительства РК от 6 января 2006 г. № 17.

3. «Программа реабилитации инвалидов на 2002-2005 годы» утверждена постановлением Правительства РК от 29 декабря 2001 г. № 1758.

4. Конвенция о правах инвалидов. [Электронный ресурс] - Доступ: http://www.un.org/russian/documen/convents/disability.html

5. Казахстан подписал Конвенцию ООН о правах инвалидов (Казинформ 12.12.2008) [Электронный ресурс] - Доступ: http://www.inform.kz/showarticle3.php?lang=rus&id=223154

ТҰЖЫРЫМ

Мүгедектік және тұрғындарды мүгедектендіру қоғам денсаулығының ең маңызды көрсеткіші болып табылады және медициналық қана емес, сонымен қатар әлеуметтік-экономикалық мәнге ие. 2005 жылғы 13 сәуірде ҚР «Қазақстан Республикасындағы мүгедектерді әлеуметтік қорғау туралы» заң қабылданды. Онда ҚР Еңбек және әлеуметтік қорғау министрлігінің мәлімдемелеріне сәйкес мүгедектіктің медициналық моделінен медициналық-әлеуметтік модельге ауысуы белгіленген. 2003 жылғы 25 сәуірде ҚР «Міндетті әлеуметтік сақтандыру туралы», 2005 жылғы 7 ақпандағы «Жұмыскердің еңбектік (қызметтік) міндеттерін орындау кезінде оның өмірі мен денсаулығына зиян келтірілгені үшін жұмыс берушінің азаматтық-құқықтық жауапкершілігін міндетті сақтандыру туралы» заңдар қабылданды. Сонымен, әлеуметтік қорғаудың бір деңгейлі жүйесі үш деңгейлі жүйеге өзгертілді. 2008 жылғы 11 желтоқсанда БҰҰ штаб-пәтерінде Қазақстанның Мүгедектердің құқығы туралы конвенцияға және оған Қосымша хаттамаға қол қою рәсімі өтті.

SUMMARY

Disability is one of the indicators of public health and has not only medical but also socio-economical meaning. Law of the Republic of Kazakhstan "About Social Protection of Invalids in the Republic of Kazakhstan" was approved on April 13, 2005. This Law foresees transmission from medical model to medico-social model of social protection of Invalids, and disability prevention. On April 25 2003 the Law on Mandatory Social Insurance was adopted. The Law became effective on January 1, 2005. The Law on Mandatory Insurance of Civil Liability of Employer Against Disablement of Employee While on Duty was adopted on February 7, 2005 and has been in force since July 1, 2005. Thus, there was reforming of one-level system of social protection to three-level system. On December, 11th, 2008 ceremony of signing took place in headquarters of the United Nations of the Convention by Kazakhstan on the Rights of Persons with Disabilities and the Optional protocol to it.

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

Ж.С.Исаева

Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы

В отечественном здравоохранении в настоящее время отсутствуют эффективные и унифицированные для различных лечебно-профилактических учреждений технологии управления кадрами; управление персоналом медицинских организаций фактически сведено к формализованным процедурам набора и увольнения сотрудников, что не позволяет эффективно использовать их трудовой потенциал. Существующая ныне процедура отбора и найма кадров в лечебно-профилактических организациях представляет собой оценку работодателем лишь квалификации работника, оставляя без внимания другие характеристики претендента на вакантную должность. Система оценки деятельности медицинского персонала требует коренного переосмысления с введением корректных и сопоставимых оценок, начиная с оценки деятельности студентов медицинских учебных заведений и заканчивая оценками деятельности руководителей здравоохранения. Необходимо усилить внимание руководителей лечебно-профилактических учреждений к системе обеспечения мотивации профессиональной деятельности медицинских работников, что объективно целесообразно делать через контрактную форму оплаты труда. В детальной разработке нуждаются образовательные, организационно-клинические технологии повышения качества медицинских кадров, а также институциональные и административные инструменты управления кадрами.

Современная ситуация в отрасли предполагает проведение неотложных и глубоких преобразований в области управления трудовыми ресурсами, без чего невозможно повышение качества и эффективности деятельности всей системы охраны здоровья граждан.

В решении кадровых вопросов необходимо расширить участие общественных медицинских и фармацевтических организаций. Деятельность общественных организаций приобретает важное значение в законодательной сфере, в решении вопросов профориентации, медицинского образования, повышения квалификации, аттестации на квалификационную категорию, в обеспечении защиты прав медицинских работников при возникновении трудовых споров и в случаях профессиональной ответственности, а также в области медицинской этики.

Усиление общественного контроля и развитие самоуправления являются наиболее оптимальной формой взаимодействия в совместной реализации кадровой политики органов управления и учреждений здравоохранении, образовательных учреждений с общественными организациями.

В целях дальнейшего развития социального партнерства предполагается проводить консультации по различным аспектам кадровой политики и совместную работу по совершенствованию нормативно-правовой базы, обеспечивающей функционирование системы кадров здравоохранения.

Необходимо расширять сотрудничество с зарубежными странами в области подготовки медицинских, фармацевтических, научных и научно-педагогических кадров, взаимного признания документов о медицинском или фармацевтическом образовании, также с государствами СНГ по вопросу признания квалификационных категориях работников здравоохранения. Использовать возможности международных договоров по интеграции отечественных и зарубежных медицинских, образовательных и управленческих технологий.

В современных условиях поиска путей отдачи от отрасли здравоохранения, включая больничные и амбулаторно-поликлинические учреждения, усиливается необходимость разработки подходов, связанных со стратегическим планированием. Это вызвано тем, что при утрате действующих на протяжении многих десятилетий принципов и подходов, затянувшемся поисковом характере выработки новых, особенно возрастает значимость видения перспективных целей, важность сохра-

нения здравоохранения как целостной системы, направленность на ее оптимальное функционирование и развитие.

Ориентация на стратегическое планирование призвана стать ядром общей стратегии развития здравоохранения. В работах отечественных и зарубежных исследователей этой проблеме уделяется особое внимание, разрабатывается методология и методика формирования практического использования стратегического планирования.

Не менее сложной является проблема медицинских кадров. Многое в ее содержании связано с квалификацией медицинских кадров, ее повышением, контролем знаний, соотношением врачебного и сестринского персонала, что во многом обеспечивает качество всей медицинской работы.

Однако главная суть этого ресурсного компонента зачастую сводится к оплате труда медицинского работника. Положение, которое сложилось в стране с оплатой труда медицинских работников, делает фактически не разрешимой проблему стратегического планирования кадровых ресурсов на уровне организации. Большая часть врачей высказывается за необходимость повышения заработной платы и поднятия статуса врача. Можно с полным основанием констатировать, что эта проблема как одна из первоочередных требует решения на государственном уровне.

Одними из важнейших ресурсов системы здравоохранения являются кадровые ресурсы. В случаях численной, структурной или качественной недостаточности или неподготовленности врачебных и средних медицинских работников все остальные ресурсы отрасли просто не могут быть эффективно использованы. Кроме того, особенностью этого вида ресурса является то, что процесс формирования кадрового потенциала не только емок с позиции инвестиционных интеллектуальных, финансовых и других затрат, но и достаточно продолжителен и фиксирован по времени. В отличие от финансового ресурса, который возможно изыскать дополнительно или альтернативно, в том числе и директивным порядком, и за счет использования которого, в первую очередь, обеспечивается укрепление материально-технической базы, улучшение лекарственного обеспечения, повышение эффективности использования информационного ресурса и т.д., кадровые ресурсы, особенно категории врачей, не могут быть сформированы менее чем за 7-8 лет, а период их становления и дальнейшего совершенствования составляет десятилетия.

Также особенностью этого ресурса является и то, что он не может быть быстро перемещен или перераспределен между отдельными территориями, сельскими районами, географическими зонами, поскольку обладает социально-экономическими, индивидуально-семейными, культурными, религиозными, политическими и другими связями “человеческого” характера.

Все это обусловливает высочайшую актуальность вопросов планирования, подготовки, распределения и закрепления медицинских кадров.

ПРОБЛЕМЫ КАДРОВОЙ СЛУЖБЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ж.С.Исаева

Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы

Решение стратегических задач кадровой политики в здравоохранении зависит от организации управления трудовыми ресурсами отрасли. Новые условия функционирования здравоохранения предъявляют повышенные требования к потенциалу кадровой службы, функции и ответственность которой должны быть значительно расширены. Важнейшим условием действенности кадровой политики и современного управления персоналом становится укрепление кадровой службы в органах управления и организациях здравоохранения на следующих принципах:

- Количество штатных должностей специалистов кадровой службы определяется численностью работников.
- Штатные должности кадровой службы должны укомплектовываться специалистами, получившими подготовку в области управления персоналом.
- Профессионально-должностной состав специалистов кадровой службы определяется перечнем задач, которые необходимо решать в современных условиях.

Основными задачами, стоящими перед кадровой службой здравоохранения являются:

1. Прогнозирование потребности в кадрах конкретных специальностей и планирование их подготовки.
2. Набор, отбор, подготовка, развитие и мотивация персонала к эффективному выполнению работы; оценка качества выполняемой работы; вознаграждение, продвижение, переводы, понижение, увольнение персонала.
3. Поддержание оптимальных взаимоотношений между работодателями и работниками на осно-

ве соблюдения закона, обеспечения справедливой системы оплаты труда, социальной защиты работников, создания благоприятных производственных отношений и здорового климата, обеспечения охраны труда и других условий, позитивно влияющих на качество труда и качество жизни сотрудников.

4. Содействие занятости работников здравоохранения через повышение профессионализма и конкурентоспособности рабочей силы на рынке труда.

5. Взаимодействие с другими ведомствами, организациями и учреждениями по вопросам труда и кадров.

Нормативно-правовое регулирование структуры кадровой службы органов управления здравоохранением и организаций здравоохранения осуществляется путем регламентации всех сторон ее деятельности, определенных положениями об органе и структурных подразделениях, профессионально — должностными инструкциями, штатными расписаниями и т.д. Выполнение функциональных обязанностей и решение современных проблем работы с кадрами требует от руководителей и специалистов кадровой службы владения многопрофильными профессиональными знаниями (юридическими, экономическими, педагогическими, психологическими и др.), а также умениями и навыками в области современных кадровых технологий.

Проблемами управления персоналом должны заниматься профессионалы, умеющие хорошо ориентироваться на рынке труда, выполнять аналитическую работу, владеющие современными технологиями найма и диагностики персонала, компетентно участвующие в расстановке кадров с учетом требований рабочего места и потенциала работника, обеспечивающие профессиональный рост сотрудников.

Необходимо освободить работников кадровой службы от несвойственных им функций, повысить заработную плату, проводить систематическую подготовку и переподготовку, проработать вопросы организации сертификации и аттестации специалистов, укомплектовать и укрепить материально-техническую базу для полноценного выполнения задач службы.

Разработка модели специалиста кадровой службы, содержащей перечень необходимых качеств личности и профессионально должностных требований, является задачей первостепенной важности. Требует дальнейшего совершенствования система подготовки и повышения квалификации как специалистов кадровой службы, так и руководителей органов и учреждений здравоохранения в области управления кадрами.

Необходимо укрепить взаимодействие кадровых служб с руководителями организаций, подняв их статус до уровня заместителей по управлению персоналом.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Б.Д.Саурбаева

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент

Согласно концепции развития здравоохранения в Республике Казахстан, основной ее целью являются сохранение и улучшение здоровья людей, которые тесно связаны с деятельностью учреждений системы здравоохранения и ее ресурсным обеспечением.

Для анализа взаимосвязи состояния здоровья населения с деятельностью учреждений здравоохранения промышленно развитого региона из информационной базы нами были использованы основные показатели, характеризующие общественное здоровье, такие, как рождаемость, смертность, младенческая смертность, общая заболеваемость, число обращений (вызовов) в скорую помощь, уровень госпитализации (госпитализированная заболеваемость) населения, первичный выход на инвалидность и др.

Для характеристики деятельности учреждений здравоохранения промышленно развитого региона и контрольных групп Каратау – Жамбылской биогеохимической провинции нами использованы такие показатели, как среднегодовая занятость койки (работа койки), средняя длительность пребывания больных на койке, оборот койки, число посещений к врачам на одного жителя, охват населения диспансерным наблюдением, летальность в стационаре и др.

Анализ взаимосвязи показателей здоровья населения биогеохимической провинции, с деятельностью учреждений здравоохранения показал следующее, что уровень рождаемости в биогеохимической провинции имеет тесную, прямую, достоверную связь с такими показателями деятельности учреждений здравоохранения, как общее число посещений к врачам, охват населения диспансерным наблюдением, как работа койки в году, средняя длительность пребывания больных на койке, летальность и тесную, обратную достоверную связь с таким показателем, как оборот койки.

Уровень общей смертности населения имеет

тесную, прямую, достоверную связь с летальностью в стационаре и с охватом населения диспансерным наблюдением; обратную средней силы связь с оборотом койки, прямую средней силы связь с общим числом посещений, с работой койки в году и со средней длительностью пребывания больных на койке.

Первичный выход на инвалидность имеет прямую, тесную связь с общим числом посещений к врачам и охватом населения диспансерным наблюдением.

В контрольных районах, взаимосвязь показателей, характеризующих здоровье населения, имеет противоречивый характер и иное направление взаимосвязи с показателями деятельности учреждений здравоохранения. Так, например, рождаемость имеет слабую, обратную связь с числом посещений на одного жителя в год, со средней длительностью пребывания больных на койке и оборотом койки; слабую, прямую с работой койки в году.

Общая смертность имеет тесную прямую связь с числом посещений на одного жителя в год и слабую, прямую - с оборотом койки.

Младенческая смертность имеет прямую, средней силы связь с числом посещений к врачам на одного жителя и со средней длительностью пребывания больных на койке.

Госпитализированная заболеваемость имеет тесную, прямую, достоверную связь с работой койки в году и обратную, тесную - со средней длительностью пребывания больных на койке.

Число вызовов скорой медицинской помощи имеет прямую, тесную, достоверную связь с оборотом койки в стационаре и прямую, тесную связь с работой койки в году.

Первичный выход на инвалидность имеет обратную, тесную связь с оборотом койки и слабую обратную связь со средней длительностью пребывания больных на койке.

Смертность на дому имеет обратную, средней силы связь с работой койки в году и прямую, слабую - с числом посещений на одного жителя в год.

Смертность трудоспособного населения имеет прямую, средней силы связь с числом посещений на одного жителя в год.

Анализ взаимосвязи показателей здоровья населения на городском уровне подтверждает основные закономерности, выявленные на уровне соответствующих районов.

Как показало изучение взаимосвязи показателей здоровья населения Жамбылской области с деятельностью учреждений здравоохранения в целом по области, рождаемость имеет обратную, тесную, достоверную связь с работой койки в году и оборотом койки; общая смертность - обратную, средней силы связь со средней длительностью пребывания больных на койке и прямую, тесную связь с оборотом койки; младенческая смертность имеет прямую, средней силы связь с числом посещений на одного жителя в год, с охватом населения диспансерным наблюдением и обратную тесную связь с работой койки в году и ее оборотом; общая заболеваемость населения Жамбылской области имеет обратную средней силы связь с числом посещений на одного жителя, тесную обратную связь со средней длительностью пребывания больных на койке и летальностью и прямую тесную связь с оборотом койки; госпитализированная заболеваемость - тесную, прямую, достоверную связь с охватом населения диспансерным наблюдением и обратную, средней силы с работой койки в году и со средней длительностью пребывания больных на койке.

Таким образом, особенностями взаимосвязи показателей здоровья населения биогеохимической провинции с показателями деятельности учреждений здравоохранения являются:

- рождаемость населения имеет тесную прямую связь с общим числом посещений населения к врачам, с охватом населения диспансерным наблюдением, с работой койки в году, со средней длительностью пребывания больных на койке, с летальностью в стационаре и тесную обратную связь с оборотом койки учреждений здравоохранения;
- смертность населения имеет тесную прямую связь с летальностью в стационаре и охватом населения диспансерным наблюдением, прямую средней силы связь с общим числом посещений к врачам, с работой койки в году и со средней длительностью пребывания больных на койке;
- младенческая смертность имеет тесную прямую связь со средней длительностью пребывания больных на койке и тесную обратную связь с оборотом койки; средней силы прямую связь с общим числом посещений к врачам и числом посещений на одного жителя;
- общая заболеваемость населения имеет прямую, средней силы связь с общим числом посещений к врачам, с числом посещений на одного жителя в год, с охватом населения диспансерным наблюдением, средней годовой занятостью койки, с средней длительностью пребывания больных на койке, с летальностью в стационаре и обратную средней силы связь с оборотом койки;
- госпитализированная заболеваемость имеет тесную, прямую связь с общим числом посещений к врачам, с охватом населения диспансерным наблюдением, со средней длительностью пребывания больных на койке, средней силы связь с летальностью в стационаре и обратную тесную связь с оборотом койки.

ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ», УТВЕРЖДЕННОЙ ПОСТАНОВЛЕНИЕМ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ЗА 2008 ГОД

К.А.Тулебаев, Ш.Е.Каржаубаева, Б.Д.Рахманов, А.Ж.Жылкайдарова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК

В целях реализации приоритета «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана» долгосрочной стратегии «Казахстан-2030» в 2007 году была разработана и утверждена постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года № 1260 межведомственная отраслевая программа «Здоровый образ жизни» на 2008- 2016 годы. Планом реализации Программы на 2008 год было предусмотрено финансирование мероприятий из республиканского бюджета 67663,0 тыс. тенге (в том числе из бюджета Министерства здравоохранения РК – 51993,0 тыс. тенге), из средств местного бюджета областей, гг. Астана и Алматы – 684296,0 тыс. тенге.

Для выполнения программы на региональном уровне были разработаны и утверждены заместителями Акимов и начальниками Управлений здравоохранения региональные планы мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний. Для организационного и методического руководства на межведомственном уровне и мониторинга реализации мероприятий программы основными ответственными были определены организации службы формирования здорового образа жизни в лице Национального и региональных центров формирования здорового образа жизни.

Ход реализации Плана мероприятий ежеквартально отслеживался Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни (согласно приказа МЗ РК № 140 от 17 марта 2008 года) на основании полученной информации из регионов с оказанием организационно-методической помощи.

В целях мониторинга программы Министерством здравоохранения РК разработаны и утверждены «Индикаторы системы мониторинга и оценки» (приказ МЗ РК № 241 от 25 апреля 2008 года) с ежеквартальным осуществлением выездных проверок в отдельные регионы специальной комиссией Министерства здравоохранения РК с участием представителей Министерств образования, культуры и информации, туризма и спорта, внутренних дел, местных исполнительных органов. Как показали мониторинг и оценка эффективности хода выполнения Плана программы в 5 регионах (Акмолинская, Западно-Казахстанская, Северо-Казахстанская, Южно-Казахстанская области и г.Алматы), в целом принимаются меры по реализации плана, отмечена усиление межведомственной работы (Западно-Казахстанская, Южно-Казахстанская области и г.Алматы).

Так, в системе здравоохранения отмечены недостатки в организации и проведении мероприятий на уровне ПМСП (в связи с отсутствием структуры ФЗОЖ, и штатных должностей – исполнителей), формальное отношение со стороны Управлений здравоохранения к программе, недостаточное участие медицинских работников в профилактической работе.

Подготовка специалистов по вопросам формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний для организаций ПМСП осуществляется недостаточно. Так, на кафедре профилактики и укрепления здоровья АГИУВ ежегодно обучаются до 250 врачей, валеологов, психологов, в остальных медицинских вузах постдипломная подготовка по данным вопросам отсутствует. Подготовка медицинского персонала среднего звена по ЗОЖ находится в более плачевном состоянии: государственный заказ небольшой, в медицинских колледжах отсутствуют специализированные отделения. Управлениями здравоохранения не прослеживается вопросы подготовки медицинского персонала по ЗОЖ, недостаточно выделяется финансовых средств для обучения специалистов.

На межведомственном уровне согласованно проводятся отдельные мероприятия.

В настоящее время Министерством образования и науки рассматриваются предложения по включению образовательной программы «Валеология» («Здоровье и жизненные навыки») в инвариативную часть учебной программы организаций образования (начатое внедрение программы с 1999 года в 2003 году достигло 93% охвата программой общеобразовательных школ, в настоящее время снизился до 70%) и созданию единой службы школьной медицины, направленной на сохранение и укрепление здоровья школьников.

Выделены средства Министерством культуры и информации в объеме 15 млн. тенге на социальные программы (согласно постановления Правительства РК от 21.12.07 г. № 1260), бесплатное эфирное время для пропаганды вопросов здорового образа жизни, профилактики поведенческих факторов риска и предупреждения заболеваний среди населения выделено только в отдельных регионах (в Алматинской, Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Южно-Казахстанской областях и г.Алматы). В остальных регионах осуществляется оплата за услуги СМИ из регионального бюджета. Специальных программ по формированию здорового образа жизни в СМИ нет, имеющиеся медицинские программы пропагандируют аспекты здорового образа жизни.

По заказу Министерства туризма и спорта

организуются масса спортивных мероприятий, однако мероприятия носят разрозненный характер, не вовлекается служба ФЗОЖ. Не осуществляется врачебный контроль за лицами, занятыми спортом и физической культурой в целях укрепления своего здоровья. На сегодняшний день имеющимися врачебно-физкультурными диспансерами не проводится работа по врачебному контролю за лицами, занимающимися спортом и физической культурой из-за их маломощности и разного подчинения (МЗ РК и МТС РК).

Совместно с Министерством внутренних дел проведены мероприятия по предупреждению преступности, соблюдению законодательств по профилактике реализации табачной и алкогольной продукции, управления автотранспортом в состоянии опьянения при участии специалистов ФЗОЖ и др. Вместе с тем было ограничено проведение мероприятий по организации совместных рейдов по контролю реализации Закона РК «О профилактике и ограничения табакокурения» (курение в общественных местах, реализация продукции детям и подросткам), по контролю реализации нормативных актов по запрещению продажи и употребления алкогольных изделий, в связи с объявленным Президентом Республики Казахстан мораторием на проверку деятельности организаций среднего и малого бизнеса.

Проведено два заседания Межведомственной рабочей группы при координационных советах на уровне Правительства и при Акимах областей, городов Астана и Алматы по охране здоровья. Были рассмотрены следующие вопросы: передача медицинских кадров из системы образования в систему здравоохранения; совершенствование организации школьного питания; реализация нормативных актов по профилактике табакокурения и алкоголизма.

По итогам года необходимо отметить основные результаты по выполненным работам Плана реализации программы «Здоровый образ жизни».

Программа сокращения потребления табака и табачных изделий.

С целью усиления межсекторальных действий на местном уровне по профилактике табакокурения и совершенствования антитабачного законодательства были инициированы и проведены общественные слушания в гг.Астана, Алматы, Карагандинской, Акмолинской, Актюбинской, Алматинской, Восточно-Казахстанской, Кызылординской областях; заседания Координационных советов Актюбинской, Западно-Казахстанской, Карагандинской, Павлодарской областей, г.Алматы с принятием исполнительских и организационных решений; Национальный круглый стол в Мажилисе Парламента РК с участием парламентариев, международных экспертов, СМИ (23 сентября) с обсуждением новой налоговой политики по табаку в проекте Налогового Кодекса.

Совместно с отделами внутренних дел, госсанэпиднадзора проведено 729 рейдов с привлечением к административной ответственности более 400 несовершеннолетних и 286 взрослых за курение в общественных местах (ст.114 КоАП РК), 654 работников торговли за продажу табачных изделий несовершеннолетним лицам.

Приняты меры по сокращению курения среди госслужащих, работников здравоохранения и образования – изданы приказы, разработана система мониторинга и стимулирования отказа от курения, в 8 областях приняты решения акимов по регулированию реализации табачных изделий в организациях здравоохранения, образования, госучреждениях.

Проведены Международный конкурс «Брось курить и выиграй-2008» с охватом 41018 человек, Всемирный день борьбы с табакокурением (31 мая) под девизом «Молодежь, свободная от табакокурения», месячник с информационной кампанией (1-31 мая), Международный день отказа от курения (20 ноября), опрос «Табак и молодежь» среди 12000 школьников 13-15 лет (результаты будут представлены в мае 2009 года). 22 мая в г.Караганда прошла III международная конференция «Табак или здоровье» (122 участника), 3 национальных семинара по лечению табачной зависимости с участием международных экспертов (98 участников), выездные семинары в 5 регионах (210 участников); разработана и распространена компьютерная обучающая программа для школьников. Всего мероприятиями программы охвачено 2,4 млн. человек. Выпущен информационно-образовательный материал (далее – ИОМ): буклеты о влиянии табакокурения на молодой организм, плакаты «Защитим детей от пассивного курения», листовки общим тиражом 51 тыс экземпляров.

Профилактика чрезмерного потребления алкоголя и наркотиков.

В МЗ РК проведено заседание межведомственной рабочей группы по вопросам ФЗОЖ в формате общественных слушаний (19 сентября). Разработан законопроект прямого действия «О государственном регулировании производства и оборота этилового спирта и алкогольной продукции», направленный на существенное ужесточение государственного регулирования над производством и оборотом этилового спирта и алкогольной продукции.

С целью повышения информированности детей, подростков и молодежи о вреде потребления психоактивных веществ разработаны новые информационно-игровые технологии: дебаты, ток-шоу, а также тренинги по развитию жизненных навыков. Всего проведено 76 тренингов для тренеров и 9 дебатов с последующим каскадным проведением среди целевых групп. Отмечается активное вовлечение общественных движений в мероприятия по профилактике употребления психоактивных веществ среди молодежи. Многие

акции в стране проведены молодежным крылом НДП «Нур Отан» «Жас Отан», молодежными и неправительственными организациями «Равный–Равному», «Движение», «Снежный барс», «Личность», «Освобождение», «Карлыгаш», «Шанырак», «Ашық қоғам», «Трезвый Казахстанец», дворовыми клубами.

По решению проблем психосоциальной поддержки и организации досуга детей и подростков в стране проведено 125 семинар-совещаний «Детям нужны люди, которые бы о них заботились» с участием руководителей организаций образования, здравоохранения, органов местного самоуправления.

Проведен опрос 3000 школьников 11, 13 и 15 лет по вопросам употребления алкоголя, результаты которого будут представлены в феврале 2009 года.

Совместно с органами внутренних дел проведено 168 рейдов и республиканское комплексное оперативно-профилактическое мероприятие «Подросток». Наложено 28900 административных наказаний и штрафов за употребление алкогольных напитков в общественных местах и вождение автотранспорта в нетрезвом состоянии.

Проведены Международный День борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков «Я выбираю жизнь!» (26 июня), Национальный день отказа от употребления алкоголя (29 октября) с приуроченными к ним месячниками (июнь, октябрь) с проведением широкомасштабных акций (охват около 2 млн. человек), распространением ИОМ (плакаты, буклеты, листовки, памятки для родителей, карманные календари), проведением пресс-конференций, круглых столов.

Содействие качественному и рациональному питанию.

По совершенствованию организации школьного питания и обогащению продуктов питания витаминно-минеральным комплексом проведены декадники для среднего медицинского персонала, школьников, поваров (2-11 мая, июнь-август) в летних оздоровительных и пришкольных лагерях, в общеобразовательных школах, с проведением конкурсов по здоровому питанию, массовое измерение массы тела, диспуты, круглые столы, дебаты, во всех ЛПО «Дни открытых дверей» и спортивные мероприятия. По республике охвачено около 1 240 647 чел. Всего были проведены около 250 мероприятий.

С 2008 г. с участием представителей местных исполнительных органов, УСЭН и СМИ проведены общественные рейды в 2095 школах и 309 детских дошкольных учреждениях. В ходе проверок во всех организациях систем образования страны запрещена реализация газированных и безалкогольных энергетических напитков, чипсов, сухариков и продуктов питания, содержащих генномодифицированные ингредиенты. По республике горячим питанием обеспечены 343 454 учащихся 1-4 классов школ, в т.ч. 72 159 – из малообеспеченных семей. Буфетной продукцией охвачено 163 663 учащихся. Распространен ИОМ по здоровому питанию общим тиражом 32 тыс. экземпляров.

Содействие физической активности.

С целью популяризации массового спорта и физической культуры в течение года проводились такие спортивные мероприятия, как: массовые забеги «Президентская миля» на дистанцию 2 400 метров, «Веселые старты», соревнования по футболу, волейболу, баскетболу, теннису, национальные игры, спартакиада среди медицинских работников, а также широкомасштабная акция «Фестиваль здоровья» – «Здоровье нации – общенациональная задача» с охватом 1 739 833 человек В проведение спортивных мероприятий активно привлекались центральные и местные исполнительные органы, СМИ. Распространены информационные материалы по физической культуре общим тиражом 16 тыс. экземпляров.

Профилактика хронических неинфекционных заболеваний, травматизма, инфекционных заболеваний.

4 февраля, во Всемирный день борьбы против рака, начата информационно-коммуникационная кампания «За наше детство без табачного дыма», объявленная на пресс-конференции «Проблема онкологической заболеваемости в Казахстане: ситуация, причины, пути решения». Проведен декадник, посвященный Всемирному Дню борьбы с астмой (1-10 мая), с консультацией специалистов (98 563), лекции (5 647), беседы (6 523), выступления по радио (44), телевидению (8).

Всемирный день здоровья (7 апреля) прошел под девизом «Защитим здоровье от изменений климата» при поддержке Всемирной организации здравоохранения с проведением пресс-конференции в г.Астане, круглого стола с участием ученых-медиков, специалистов гидрометеослужбы, журналистов в г.Алматы.

По предупреждению дорожно-транспортного травматизма среди детей, подростков и молодёжи с 1 по 30 апреля 2008 года проведен месячник под девизом «Безопасность детей на дорогах зависит от всех нас» с проведением круглых столов, обучающих семинаров для педагогов начальных классов, валеологов и медицинских работников организаций образования. Мероприятиями охвачено более 56 тыс. школьников, 2,8 тыс. родителей, 3 тыс. медработников, 2 тыс. педагогов, более 600 специалистов дорожной полиции. Среди целевой группы проведены 5,0 тыс. лекций и бесед, организованы 7 пресс-конференций, 86 круглых столов, вышли в эфир 24 ТВ и 151 радио - передач, опубликованы 42 статей. Тиражированы и распространены 25 тыс. листовок, 7,0 тыс. плакатов и 18 тыс. буклетов.

Продолжено развитие сети проектов ВОЗ «Больницы, способствующие укреплению здоро-

вья» с проведением выездных обучающих семинаров для руководителей организаций здравоохранения.

По профилактике острых кишечных инфекций в июне проведен декадник с проведением лекций (11 547), бесед (122 658), занятий в школах здоровья (15 258), выступлений в СМИ. В большинстве регионов страны данный декадник продлен до двух, пяти месяцев.

На национальном и региональном уровне разработаны, изданы (переизданы) буклеты по профилактике артериальной гипертонии, избыточной массы тела, сердечно-сосудистых заболеваний, хронической обструктивной болезни легких, кишечных инфекций, гельминтозов.

Профилактика туберкулеза.

Проведена информационно-коммуникационная кампания «Остановим туберкулез» (24 февраля-24 марта). В рамках Всемирного дня борьбы с туберкулезом и приуроченного к нему месячнику проведены 5 пресс-конференций, 59 круглых столов, 18 конференций, 77 телепередач, 137 радиопередач, опубликованы в печати 43 статьи, анкетировано 15 тыс. человек, проведены 28 тыс. лекций и бесед, написано 6 тыс. диктантов в школах, 156 тыс. изложений, 3 тыс. сочинений. В мае и июне на центральных и всех областных телеканалах был показан видеоролик «Остановим туберкулез». Распространены плакаты (40 000), буклеты (20 000) информационные бюллетени (8 000), памятки (20 000). В регионах тиражировано 120 тыс. единиц информационно-образовательного материала, проводится мониторинг профилактической работы с населением с предоставлением информации в Правительство РК.

Охрана репродуктивного здоровья.

В рамках Всемирного дня семьи (15.05) и Международного дня защиты детей (1 июня) проведены круглые столы по вопросам планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья, обучающие семинары для медицинских работников, молодежных центров здоровья, организаций образования, общественных организаций с освещением в СМИ. Совместно с молодежными организациями проведен национальный молодежный форум «Оружие против аборта». В регионах проведены: спартакиады «Папа, мама, я – спортивная семья» с охватом 21 056 человек, семинары (18), круглые столы (12), лекции (289), беседы (5 326), организованы занятия в школах здоровья (1 289), выпущено санбюллетеней (983), конкурсы рисунков на асфальте, спортивно-развлекательные мероприятия и эстафеты, в которых приняли участие 1200 детей. Всего охвачено более 130 тыс. детей.

Усиление формирования здорового образа жизни в рамках ПМСП.

Разработан и распространен в регионы обучающий модуль по функционированию Школ здоровья. В регионах для специалистов ПМСП проведено 86 семинаров по внедрению алгоритмов пропаганды ЗОЖ, профилактики факторов риска и социально значимых заболеваний, ведению школ здоровья с охватом 2580 человек.

В стране продолжается внедрение стандартов профилактической деятельности на уровне ПМСП и проведение скрининговых медицинских осмотров по раннему выявлению болезней системы кровообращения, рака шейки матки, рака молочной железы, а также профилактические осмотры детского населения от 0 до 18 лет.

30 июня-1июля проведено Республиканское семинар-совещание по мониторингу внедрения и совершенствованию алгоритмов профилактической деятельности на уровне ПМСП, проведению профилактических медицинских осмотров с участием 48 специалистов республиканских центров, департаментов (управлений) здравоохранения, территориальных комитетов контроля за качеством в сфере оказания медицинских услуг. Были разработаны предложения в приказы МЗ РК № 124, 779, 607. Одобрена отчетная форма по внедрению алгоритмов «Паспорт здоровья».

Созданы молодежные центры здоровья в городах Астана, Алматы, Тараз, Семей, Усть-Каменогорск, на стадии открытия в г.Шымкент. По расширению сети МЦЗ проведены встречи с руководителями департаментов здравоохранения, центров формирования здорового образа жизни в гг. Тараз, Астана и Алматы.

Проведены выездные республиканские семинары для специалистов ПМСП (гг. Шымкенте, Кокшетау, Караганда, Уральск, Алматы) с охватом 260 специалистов.

Проведены республиканские конкурсы «ПМСП за здоровый образ жизни» и «Лучший врач ПМСП» с подведением итогов.

Усиление роли образования в формировании здорового образа жизни.

Разработан обучающий образовательный комплекс для педагогов, медицинских работников школ, подростков: «Поговорим о наркомании», «Поговорим о сексе», «Поговорим о курении», «Поговорим об алкоголе», «Поговорим о ВИЧ/СПИД, ИППП».

Активизируется работа по организации школьной медицины, для чего разработаны предложения (дополнения к Приказу МОН РК от 10.07.00 г. № 708) в МЗ РК по передаче штатных структур школьных медицинских сестер из системы МОН РК в систему МЗ РК и возложении структурно-функционального подчинения штата медицинских сестер на территориальные поликлиники. Однако, отсутствие заинтересованности МОН РК сдерживает позитивные решения данного вопроса.

Вопросы усиления роли образования в формировании здорового образа жизни школьников обсуждались на международной конференции

«Роль образовательных программ в сохранении и укреплении здоровья детей» в г. Алматы 15-16 мая и круглом столе с участием представителей МЗ РК, МОН РК, НПО и международных организаций, а также на августовских конференциях для педагогов. Принята резолюция с широким обсуждением в СМИ.

Для оптимизации работы со школьниками подготовлен и распространен информационно-образовательный материал: листовки для родителей «Осторожно, улица!» (3 000), листовки для школьников «Маршрут дорожной безопасности» (3 000), буклет для младших школьников «Советы дядюшки светофора» (3 000).

Информационно-коммуникационная работа по пропаганде здорового образа жизни

Проведен республиканский семинар-совещание «Роль и значение средств массовой информации в пропаганде здорового образа жизни» (г.Уральск, 18 августа) с участием МКИ, МЗ, Управлений внутренней политики регионов, службы ФЗОЖ – всего 42 участника). Проведены 11 пресс-конференций на национальном и 23 – на региональном уровне (Международный день борьбы против рака, профилактика ОРВИ и гриппа, Всемирный день борьбы с туберкулезом, Всемирный день здоровья и т.д.), 24 круглых столов с освещением в СМИ.

Вышли в эфир на республиканском уровне ТВ – 28, радио – 23, публикации - 30, на региональном уровне ТВ- 876, радио-789, публикации 124 по аспектам ФЗОЖ. К данной работе привлечены республиканские телеканалы «Казахстан», «Хабар», «31 канал», «Рахат ТВ», «Мир», 54 печатных издания общереспубликанского и регионального уровней. В эфире государственных телеканалов функционируют программы «Өзіңді таны», «Денсаулық», «Я чемпион» («Казахстан»), «Идем на футбол», «Лучше быть здоровым», (Агентство «Хабар»), «Елден хабар», «Самопознание» («Казахстан»), «Жеті күн», «Новости», «Бетпе бет», «Лучше быть здоровым», «Третьего не дано» («Хабар»), «Дені саудың – жаны сау», «Молодежь против наркотиков», «Диалог», «Ваше самочувствие» («Казахское радио»), «Денсаулық», «Ауыл спорты» («Рахат ТВ»).

По линии печатных изданий значительное внимание вопросам ФЗОЖ уделяется газетами «Егемен Қазақстан», «Казахстанская правда», «Айқын», «Литер», «Экспресс К», «Око», «Ел», «Республика.kz», «Страна и мир», «Спорт өмірі», «Спортивная жизнь», «Астана турспорт», а также информационными агентствами «Казинформ», «Интерфакс-Казахстан».

Билборды, лайтбоксы по аспектам здорового образа жизни установлены во всех регионах. Разработаны видео- и аудиоролики по профилактике туберкулеза, табакокурения.

Функционирует веб-сайт www.lifestyle.nursat.kz, при поддержке Фонда ООН в области народонаселения создан веб - сайт для молодежи www.zhas.kz.

Усиление связи здорового образа жизни и окружение человека

Проведен Всемирный день здоровья (7 апреля) под девизом «Защитим здоровье от изменений климата» при технической поддержке ВОЗ: пресс-конференция, круглый стол с широким освещением в СМИ, выпущен информационный материал, в организациях здравоохранения проведены дни открытых дверей, консультации специалистов (2 478), занятия в школах здоровья (469), прочитаны лекции (1 542), проведены беседы (859) и широкомасштабные акции (14).

Продолжено развитие сети проектов ВОЗ «Здоровые города», «Здоровые аулы», «Здоровые рабочие места», однако в связи с недостаточным выделением финансовых средств отмечается невысокая заинтересованность работодателей и акимов различного уровня к вступлению в вышеназванные сети.

С целью мониторинга реализации и оценки эффективности мероприятий по формированию здорового образа жизни разработана система индикаторов и созданы межведомственные комиссии по мониторингу с выездом в регионы. Мониторинг реализации мероприятий по ФЗОЖ проведен в 5 регионах (Акмолинская, Карагандинская, СКО, ЗКО, ЮКО).

Обеспечение правовой среды и научной основы для формирования здорового образа жизни.

Представлены предложения в проект Кодекса здравоохранения Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» по вопросам формирования здорового образа жизни, профилактике табакокурения и злоупотребления алкоголя.

Представлены предложения по внесению дополнений в нормативно-законодательные акты Республики Казахстан по повышению налогов на табачные и алкогольные изделия, формированию Фонда здорового образа жизни на основе отчислений табачных и алкогольных налогов, повышению возрастного ценза по продаже алкогольных изделий лицам, не достигшим 21 года, совершенствованию запрета курения и потребления алкогольных напитков в общественных местах.

Продолжена научно-исследовательская работа «Организационно-управленческие подходы к формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний в первичном звене здравоохранения» (2007-2009). Промежуточный отчет за 2008 год сдан в Министерство здравоохранения РК.

Усиление ресурсного и институционального обеспечения системы формирования здорового образа жизни

Проведено техническое усиление региональных центров формирования здорового образа жизни Южно-Казахстанской, Карагандинской, Алматинской областей, г.Алматы компьютерной

техникой.

В связи с недостаточным уровнем финансирования материально-техническое оснащение организаций службы формирования здорового образа жизни согласно утвержденным нормативам не проведено.

Местными органами власти за истекший период ни в одном регионе не созданы региональные (районные) центры формирования здорового образа жизни.

Достигнутые результаты реализации Плана мероприятий программы «Здоровый образ жизни» по предварительным данным, полученных из регионов:

- охват грудным вскармливанием детей до 6 месяцев возрос на 2%;
- аборты среди женщин фертильного возраста снизились на 1,5%;
- заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения снизилась на 10%;
- заболеваемость ОКИ среди школьников снизилась на 13%;
- постоянную информацию по аспектам ЗОЖ, профилактике поведенческих факторов риска и заболеваний получает 85% населения (в т.ч. 50% по телевидению, 35% от медицинских работников);
- разработаны, тиражированы и распространены среди населения 48 наименований ИОМ общим тиражом 3,8 млн. экз.;
- распространенность физической активности населения составила 23%;
- 75% медработников ПМСП вовлечены в работу по пропаганде ЗОЖ, профилактике поведенческих факторов риска.

В настоящее время финансирование центров формирования здорового образа жизни осуществляется из региональных бюджетов здравоохранения без учета объема выполняемых работ, количества населения, уровней заболеваемости социально значимой патологией и нужд организаций службы ФЗОЖ для реализации программы «Здоровый образ жизни». При одинаковом объеме задач финансирование службы ФЗОЖ на душу населения значительно отличается по регионам – от 6,65 тенге в Алматинской области и 8,4 тенге в Южно-Казахстанской области до 112,9 тенге в г.Астана. В то же время Программой «Здоровый образ жизни» предполагается поэтапное увеличение финансирования региональных центров ФЗОЖ с доведением до 1% от бюджета здравоохранения регионов в 2009 году, 2% в 2014 году и 3% в 2016 году.

По итогам Республиканской бюджетной комиссии на реализацию мероприятий по пропаганде и формированию здорового образа жизни, профилактике социально значимых заболеваний, предусмотрено выделение дополнительных средств в размере 1,05 млрд. тенге в виде целевых текущих трансфертов Министерства здравоохранения РК для повышения финансирования регионов до 1% от бюджета здравоохранения, с учетом средств, предусмотренных регионами на данные мероприятия. В результате введения двух поправочных коэффициентов предложено распределение трансфертов по регионам с достижением относительно одинакового уровня расходов на пропаганду здорового образа жизни на душу населения.

Предусмотрено распределение указанных средств по следующим основным четырем приоритетам.

1) Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний и факторов риска их развития. В рамках выделенных средств планируется проведение информационно-образовательных кампаний по факторам риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (табакокурение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, нерациональное питание).

2) Охрана репродуктивного здоровья и планирование семьи. Средства будут направлены профилактику нежелательной беременности путем совершенствования предоставления услуг для молодежи по планированию семьи и формированию здорового образа жизни, начиная с подросткового периода (молодежные центры здоровья), проведение информационной кампании «Сохраним репродуктивное здоровье подростков сегодня».

3) Профилактика туберкулеза и инфекционных заболеваний. В рамках выделенных средств планируется проведение информационных кампаний по ранним признакам, мерам профилактики туберкулеза, ВИЧ/СПИД, ОРВИ, гриппа и кишечных инфекций среди различных целевых групп.

4) Формирование здорового образа жизни, профилактика травматизма и хронических неинфекционных заболеваний на уровне ПМСП. С целью развития социального партнерства между государством и неправительственным сектором выделено 10% от суммы трансферта (104 979,3 тыс. тенге) на финансирование социальных проектов. Эти проекты будут направлены на развитие сети школ и клубов здоровья, организованных на базе ПМСП, для укрепления здоровья и обучения пациентов, имеющих поведенческие факторы риска и страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями. Для проведения пропагандистской деятельности будет усилена ресурсная база региональных центров здорового образа жизни с открытием их филиалов в районных центрах и оснащением их в соответствии с нормативами, утвержденными приказом МЗ РК № 588 от 4 декабря 2006 года. Информационные кампании по формированию здорового образа жизни и укреплению здоровья среди различных целевых групп населения будут сопровождаться выпуском и тиражированием образовательных материалов (плакатов, буклетов, листовок, брошюр), а также разработкой и прокатом в СМИ видео-, аудироликов по основным аспектам ФЗОЖ, профилактики травматизма и хронических заболеваний.

Целевое использование выделяемых средств из республиканского бюджета будет регулироваться постановлением Правительства РК и приказом Министерства здравоохранения РК.

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ВОСПИТАНИЕ И ПРОСВЕЩЕНИЕ –ПУТЬ К ЭКОЛОГИЧЕСКИ БЕЗОПАСНОМУ ГРАЖДАНСКОМУ ОБЩЕСТВУ

К.А.Тулебаев, Ш.Е.Каржаубаева, Л.Н.Шумилина

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

Сегодня такие вопросы как здоровье детского населения страны, здоровьесберегающие технологии обучения, нормативно-правовое регулирование содержания образования в области экологии, здоровья и безопасности жизни, социально-медицинских программ для населения, как никогда актуальны и своевременны.

Экологическое образование, воспитание и просвещение - это важнейший фактор продвижения общества по пути безопасного устойчивого развития в гармонии с Природой. Оно направлено на изменение сознания людей в отношении природы Земли, сложившихся стереотипов мышления и поведения, механизмов экономики и социального развития, а также на принятие каждым государством и каждым человеком новых принципов этики, культуры и справедливости, базирующихся на системе ограничений и запретов, диктуемых законами развития биосферы.

Оставаясь востребованным, экологическое образование обеспечивает понимание экологических проблем и ключевых идей устойчивого развития, вносит в массовое сознание людей идею ответственности человека за качество окружающей среды и тем самым за здоровье людей и существование других форм жизни.

Просвещение должно охватывать все слои населения и учитывать специфику работы с различными социальными группами: детским и взрослым населением, представителями общественности, властных структур и профессиональных организаций.

Вопросы экологии и здоровья остаются важнейшими для выработки стратегии и тактики действий по выживанию населения Казахстана в современных экологических и социально-экономических условиях. Необходима практическая работа на местах, которая бы проводилась в различных направлениях: эколого-образовательные программы для детей и подростков (лагеря, кружки, экспедиции, полевые практики и др.), психологическая реабилитация детей и родителей (в Центрах реабилитации, в лагерях, школах, детских садах), клубы Здоровья для населения, профилактические кабинеты и многое другое.

Так, например, многое делается для развития перспективного во всем мире экологического туризма в Иле-Алатауском государственном национальном природном парке, созданном Постановлением Правительства Республики Казахстан 22 февраля 1996 года, который расположен на северных склонах Заилийского Алатау в непосредственной близости от южной столицы – Алматы. Там уже много лет функционируют познавательные туристические конно-пешие маршруты.

Формирование у населения обеспокоенности состоянием окружающей среды и здоровья возможно только путем постоянного просвещения.

Проблемы:

- отсутствие государственной политики в области экологического образования;
- отсутствие законодательной и нормативно-правовой базы;
- отсутствие единых индикаторов и критериев оценки эффективности;
- отсутствие в стране института подготовки кадров в области экологического образования, воспитания и просвещения для системы образования;
- недостаточная координация действий между различными общественными экологическими организациями, государственными и властными структурами;
- ухудшение состояния здоровья населения вследствие снижения уровня жизни и загрязнения окружающей среды, а также в результате высокого уровня занятости на производствах с негативными для здоровья условиями труда;
- устройство системы здравоохранения, ориентированной на болезнь, а не на здоровье, отсутствие адекватных стимулов для эффективной профилактики со стороны медицинского персонала и мотивации самосохранения здоровья населения;

Пути решения проблем:

- поддержать идею о внедрении в школьное образование учебных часов по вопросам экологии и устойчивому развитию;
- организовать всеобуч различных слоев населения в области устойчивого развития общества;
- создать систему информирования и просвещения населения по вопросам экологической безопасности в регионах хранения и уничтожения химического оружия и перенести этот опыт в регионы с радиационным наследием;
- внедрять практику проведения информационно-обучающих встреч, лекций, бесед с местным населением, школьными учителями, медицинскими работниками, представителями органов исполнительной и законодательной власти, местного самоуправления, работниками различных предприятий и представителями общественных организаций;
- практиковать проведение летних эколого-оздоровительных детских лагерей как одного из важнейших факторов формирования положительного общественного мнения в экологически неблагополучных регионах;
- совершенствовать систему работы со сред-

ствами массовой информации, особенно в части организации семинаров для журналистов по вопросам экологического образования, воспитания и просвещения;

- использовать возможности программы по экологическому образованию и просвещению населения для активного продвижения здорового образа жизни;

- дополнить региональные программы по охране здоровья модулем по развитию знаний и навыков по экологической безопасности;

- создать общедоступный банк современной информации по экологической безопасности и здоровому образу жизни;

- шире распространять накопленный опыт решения экологических, социально-медицинских проблем в регионах, организовать обмен опытом на международном уровне;

- активно тиражировать результаты удачных проектов и практических предложений, связанных с сохранением чистоты водных объектов и рационального использования водных ресурсов;

- использовать результаты исследований по оценке регионального природно-ресурсного потенциала и системы прогнозирования и управления техногенными процессами.

Человек является не только элементом биосферы, существом биологическим, но и в значительной мере – социальным. Поведение человека, его деятельность и разум направлены на развитие общества и достижение успехов. Чтобы сохранить и укрепить здоровье, любые взаимодействия с окружающим миром, с природой необходимо осуществлять целесообразно и гармонично. Человек не должен наносить вред природе: бездумно вырубать леса, вылавливать рыбу и убивать животных, превращая природный ландшафт в безжизненную пустыню. Все эти действия ухудшают экологию и отрицательно сказываются на здоровье самого человека. Растет заболеваемость, смертность, снижается рождаемость и продолжительность жизни, повышается риск развития врожденных дефектов у новорожденных.

МОТИВАЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ж.А.Калматаева

Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы

Укрепление здоровья, как отдельная концепция, появилось сравнительно недавно, в начале 20 века. В последнее двадцатилетие вопросы укрепления здоровья являются острыми вопросами общественного здравоохранения. Обсуждению этих проблем были посвящены Международные конференции по укреплению здоровья (Оттава, 1986), (Джакарта, 1997). Пять компонентов Оттавской Хартии сводятся воедино и создают комплексный подход к задаче поощрения положительных изменений в образе жизни людей. «Необходимо подготовить людей стать способными укреплять здоровье… Здоровье является источником повседневной жизни, а не целью жизни» [1]. По материалам работы Джакардской конференции была принята декларация, в которой одним из главных приоритетов укрепления здоровья в 21 веке указано развитие общественной ответственности за здоровье [2].

Связь между представлениями людей о здоровье и их реальным поведением отнюдь не проста и однозначна. Так же, как это характерно для человеческого поведения вообще, различия между тем, что люди на словах считают необходимым предпринимать для того, чтобы поддержать здоровье и справиться с болезнью, и тем, как они сами действуют в реальной жизни, могут быть весьма существенны [3].

На сегодняшнее время для казахстанского здравоохранения эта область является малоисследованной. Есть необходимость глубокого изучения и выявления особенностей здоровьесберегающего поведения различных социальных групп и дифференциация психосоциальных, возрастных, интеллектуальных и других аспектов мотивации и отношения к здоровью современного общества Казахстана. В этой связи актуальным является поиск путей, методов и средств формирования поведения, обеспечивающего сохранение и укрепление здоровья личности на всех этапах ее жизнедеятельности в многообразных сферах социальной политики.

Одним из ключевых направлений нашего исследования является объяснение стереотипов поведения, связанных со здоровьем посредством изучения представлений людей о том, в какой мере сам человек может контролировать состояние своего здоровья и, следовательно, нести за него ответственность. В связи с этим, были проанализированы ответы 572 респондентов 5 регио-

нов Казахстана, касающиеся оценки своего здоровьеохранительного поведения.

На момент опроса у 64,7% респондентов имелся повод для беспокойства о своем здоровье, при чем наблюдается равное соотношение женщин и мужчин, превалирование сельских жителей на 15,7% над городскими (T=2,6, p<0,05). В эту же категорию людей вошли 66,9% из рабочих, что достоверно меньше на 10,9%, чем из городских (T=1,9; p<0,05), со средним образованием 71,4% респондентов, что на 10,5% больше, чем респондентов с высшим образованием (T=2,1; p<0,05).

Сравним подробнее тех респондентов, которые проявляют всегда заботу о своем здоровье. Оказалось, что сельские жители чаще проявляют заботу о здоровье, среди них каждый пятый (20,0%) с таким мнением о себе. Наблюдается, что самооценка своего здоровьесберегающего поведения различна в зависимости от социального статуса и уровня образования респондентов. Так, среди рабочих на 8,1% больше, чем среди служащих респондентов, проявляющих заботу о себе. Отмечается разница, хотя и небольшая, между группами респондентов со средним и высшим образованиями, в пользу первой (17,1% и 14,5% соответственно).

Выявлено, что самой важной причиной заботы о своем здоровье для 48,1% респондентов является ухудшение здоровья, для 21,2% опрошенных желание быть физически сильным(ой), красивым(ой), привлекательным(ой). На втором месте по значимости для 16,1% респондентов мотивационным фактором заботы о своем здоровье является необходимость зарабатывать деньги, при этом для 22,6% респондентов желание сохранить место своей работы стоит на предпоследнем ранговом месте, что наталкивает на предположение в незаинтересованности работодателей в здоровых рабочих кадрах. Следует обратить внимание, что только 9,6% респондентов заявили о воспитании, сыгравшего существенное значение в этом вопросе, на 3,5% повлияли окружающие люди, 5,1% оказались под воздействием медицинских работников, педагогов, СМИ. Выявлено, что для каждого пятого респондента (21,3%) мотив – здоровье как имидж находится на восьмом из десяти ранговых мест, что указывает на распространение среди населения РК понятия здоровья больше в качестве биологического выражения жизнеспособности, чем в качестве социального.

Большинство из респондентов (от 14,2% до 17,8%) на первые три ранговых места выносят нехватку силы воли, как причину не заботы о своем здоровье. Следующей причиной, набравшей значимое количество голосов респондентов, является отсутствие соответствующих условий (12,2%-13,1%). При опросе, 13,8% респондентов признались, что не хотят ни в чем себя ограничивать и это является для них самой важной причиной неприемлемости здоровьесберегающего поведения. Достоверным фактом является то, что мужчин, считающих таким образом в два раза больше чем, женщин (20,5% и 11,2% соответственно), (T=2,6; p<0,05). Респондентов, для которых отсутствие денег и условий является первопричиной больше в два раза среди женщин, чем среди мужчин (T=2,1; p<0,05). В остальных вопросах гендерные взгляды совпадают. Сравнивая разные возрастные группы, достоверные различия получены между 20-летними и 40-50 летними респондентами. Среди первой возрастной группы не хотят ни в чем себя ограничивать 19,7%, а среди второй 7,5% (T=2,3; p<0,05). Более развита самокритика в зрелой возрастной группе, в которой 20,0% сообщили, что не хватает силы воли заботиться о здоровье, в противовес молодежи, среди которых только 11,2% решились заявить об этом (T=1,9; p<0,05). В три раза больше сетуют на отсутствие денег и соответствующих условий респонденты зрелого возраста (T=2,7; p<0,01) и в 1,7 раза респонденты со средним образованием, чем с высшим (T=1,9; p<0,05).

Выявлена разница между городскими и сельскими жителями, оказалось среди городских респондентов вдвое больше тех, кто ленится и считает недостаточно себя волевым человеком для сохранения и укрепления здоровья. Процентное соотношение выражается как 20,0% к 10,0% (T=2,3; p<0,05), и 10,5% к 4,6%, соответственно, (T=1,9; p<0,05). В два раза чаще встречаются респонденты, у которых нет времени заняться своим здоровьем среди служащих (14,8%), чем среди рабочих (7,9%). При этом же, во столько же раз чаще они признаются в своей лени (10,8%). (T=1,9; p<0,05).

В исследовании была использована система проверки: насколько мнения и отношения совпадают с реальными действиями и поведением. Оказалось, что имеются значительные расхождения по всем предложенным пунктам. Наиболее показательными являются сравнительные данные между мужчинами и женщинами. К примеру: в том, что для сохранения здоровья необходимо иметь добрые мысли и помыслы среди женщин согласны 79,0%, среди мужчин 64,1% респондентов. При этих данных, меньше половины из них (36,6% и 28,8%, соответственно) подтверждают свое согласие действиями. Несмотря на то, что 78,5% женщин и 66,7% мужчин считают вредным для здоровья употребление спиртных напитков,

только 40,6% и 41,7% респондентов, соответственно ответили, что избегают потребления спиртных напитков. Установлено, что почти все женщины (97,7%) и 89,7% мужчин ответили о важности правильного питания, однако тех, кто действительно это делает среди женщин в 3,4 раза меньше, среди мужчин в 2,7 раз меньше. Не наблюдается среди обоих полов отличий в соотношении респондентов, согласных с тем необходимо своевременно обращаться к врачам и тех, кто это действительно делает (61,4% к 29,6% среди женщин, 58,9% и 29,4% среди мужчин).

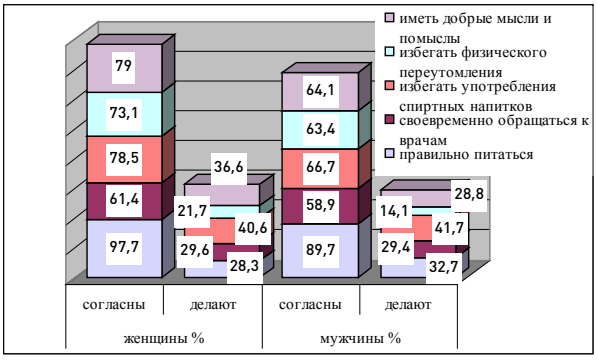


Рисунок. Расхождение отношений и поведения по вопросам сохранения и укрепления здоровья среди респондентов обоих полов

Таким образом, полученные результаты подтверждают, что здоровьесберегающее поведение не всегда является результатом знаний о здоровье и взглядов к сохранению здоровья. Мотивационным фактором заботы о здоровье остается факт нездоровья, а основным препятствием являются недостаточно развитые волевые качества. Связь социального статуса, образования, возраста и соответствующего поведения может быть опосредована через уровень знаний вопросов сохранения и укрепления здоровья, а соответственно уровнем самокритики и самооценки.

Литература:

1. Аканов А.А, Кульжанов М.К., Девятко В.Н./ Общественное здравоохранение в Казахстане: концепция, проблемы и перспективы, Алматы-2001.- 73 с.

2. А.Аканов. Проблемы и перспективы формирования здорового образа жизни для улучшения состояния народонаселения Республики Казахстан / Материалы Национальной конференции, посвященной всемирному Дню народонаселения. Алматы.- 1998.- стр.7-8.

3. Antonovsky A. Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey Bass, 1987.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРЕПОДАВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЯХ ПРИНЦИПОВ ПРОПАГАНДЫ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

А.М.Еремеев, В.Н.Приз, Н.Ф.Сайфулина, Г.В.Каршалова

Государственная медицинская академия, г.Караганда

Здоровье нации - важнейший показатель благополучия общества, а сознательное и ответственное отношение к здоровью как общественному достоянию, формирование здорового образа жизни каждого человека должно стать нормой поведения всех людей. Это предполагает не только искоренение вредных привычек, но и воспитание культуры души и тела, гармоничное развитие личности.

Образ жизни, его динамика зависит от динамики социальной структуры общества. Образ жизни характеризуют следующие три основные категории- понятия: “уровень жизни “, “качество жизни”, “стиль жизни”. Они являются как бы составными образа жизни. “Уровень жизни - УЖ” - степень развития и удовлетворения материальных и духовных потребностей членов общества.

УЖ - количественный показатель образа жизни, измеряется системой показателей материального благосостояния. “Количественная сторона образа жизни находится в диалектической взаимосвязи с его качественной стороной”.

«Качество жизни» (КЖ). К ней относят целый ряд показателей, условно подразделяемых: на социально-экологические и социальные, т.е. комплекс, характеризующий состояние окружающей среды (природной и искусственной), ее влияниями на физическое психическое здоровье людей; форма взаимоотношения человека и природы; направленность потребностей и направленно - ценных ориентаций людей; социальное самочувствие, степень уверенности в завтрашнем дне.

Ухудшение качественной стороны образа жизни может проявляться: в загрязнении среды, чрезмерном увеличении плотности населения,

росте шумов в городах и на производстве, количестве авто-, железнодорожных катастроф, чрезмерного употребление лекарств, росте психических расстройств и самоубийств, т.е. в негативном влиянии научно-технического прогресса на психическое и физическое здоровье людей, на окружающую природу.

Изменение качества жизни связаны с ценностной ориентацией людей, удовлетворении их социальных чувств и ожиданий, степенью согласия с господствующими, правовыми, моральными и эстетическими нормами.

С одной стороны, человек пассивно приспосабливается к различным условиям среды, условию норм общества, коллектива, группы, с другой стороны, он обладает определенной автономией и, в определенных границах, свободен в выборе индивидуального образа жизни. Это одно из проявлений диалектики всеобщего, особенного и единичного в образе жизни.

По существу, образ жизни - это сплав объективных условий и субъективных сторон деятельности, выражение их социальной активности - это повседневное бытие личности.

Еще один компонент (категория) образа жизни - это "стиль жизни", под ним следует подразумевать характеристику ежедневного поведения и сознания, жизненного поведения человека. Человек обладает свободой выбора "личного" стиля жизни, хотя это свобода относительна в силу социально - экономического, политического уклада и традиций. Стиль жизни как понятие можно использовать для характеристики групповых возрастных и других особенностей образа жизни, и это понятие в данном контексте можно принять как понятие "относительной нормы".

ЗОЖ- гармоничное сочетание и оптимальное соответствие различных способов жизнедеятельности людей: производственной, потребительской, культурно-психологической, биологической и ряда других. В ЗОЖ обнаруживается относительное единство и согласованность 3-х уровней жизни человека: социального, психологического и биологического.

Важнейшими критериями ЗОЖ являются: активная общественно-трудовая деятельность, всестороннее проявление физических и духовных способностей человека в единстве и гармонии с окружающей природой и социальной средой.

Еще ЗОЖ означает полноту включенности личности в различные способы и формы деятельности, населения страны, своей области, жителей вашего села, аула. Можно и нужно повысить санитарную культуру тех, с кем вы живете рядом, сотрудничаете, тех, кто верит Вам (будет верить), как врачу и человеку и всецело будет полагаться на Вашу компетенцию, образование, знание, опыт.

Программы ЗОЖ должны предусматривать следующие блоки: Труд и отдых. Физическая активность и закаливание. Питание. Социальные отношения. Жилищное обеспечение. Транспорт и связь. Окружающая среда. Быт и свободное время. Брак и семья. Культура. Образование. Политические отношения. Национальные отношения. Негативное поведение. Нравственные ориентации. Психогигиена и психопрофилактика.Самолечение. Здоровье и алкоголь. Наркомания. Курение. Половое воспитание. СПИД. Личная гигиена. Возможны и другие.

Уровни первичной профилактики при формировании здорового образа жизни.

1.Макросоциальный (категория всеобщего). В масштабах государства: общая направленность, идеология, имидж и другие, мода, штампы (например: мода на некурящих, на спортсменов, на здоровых).

2.Социально-психологический (микросоциальный, категория особенного). Уровень социально-психологический подразумевает: семью, коллектив, группу, друзей, сверстников, двор и т.п..

3. Индивидуально - психологический (категория частного). Человек сам регулирует себя, разрешает внутренние конфликты. Коррекция со стороны врача, педагога и др. эффективна и необходима.

Отсюда и принципы формирования ЗОЖ:

1. Стань САМ образцом (примером для подражания).
2. Помни об индивидуальности человека, используй индивидуализирующий подход.
3. Помни О «МЕРЕ», т.е. и сама информация в МЕРУ и МЕРА во всем том, о чем идет речь.
4. "Правда и только правда", (научный подход).
5. "Лучше раньше, чем позже".
6. Используй простые, доступные, присущие тебе самому средства, формы пропаганды и формирования ЗОЖ.
7. Будь последовательным.
8. Не исключай преемственности.
9. Ваша деятельность по формированию ЗОЖ должна быть комплексной. Привлекайте других к ней, используйте ситуацию и разные возможности.
10. «Творческий подход», а это может значить, что вы разработаете какие-то другие принципы, привнесете свое, не будете чрезмерно догматичными.

«ТЕОРИЯ ЖИЗНЕННОЙ УСТАЛОСТИ», ДОПОЛНЕНИЕ К ДЕТЕРМИНАЦИОННОЙ ТЕОРИИ ЗДОРОВЬЯ

А.М.Еремеев. В.Н.Приз, Н.Ф.Сайфулина, Г.В.Каршалова, Р.К.Байгенжеева

Карагандинская государственная медицинская академия, г.Караганда

В современных условиях “цена” здоровья становится более значимой. НТР, политические, экономические реформы, формирование рынка предполагают динамику социальных, образовательных, медицинских и тех же политических программ на сохранение здоровья населения.

Современная концепция профилактики охватывает весь комплекс объективных и субъективных факторов жизнедеятельности общества и каждого человека. В конкретном выражении она должна аккумулировать все представления об этих факторах на конкретных людей, группы (популяции), ибо главным критерием эффективности профилактики является здоровье человека, его активное долголетие. Основа этой концепции состоит в том, что профилактика не сводится только к распознанию ранних форм заболеваемости, а назначение её состоит, прежде всего, в том, чтобы отыскать оптимальные варианты взаимодействия внешней и внутренней среды, целенаправленно воздействовать на них с целью совершенствования и развития здоровья настоящего и будущих поколений, продление их жизни.

Как уже хорошо известно, здоровье или болезнь человека детерминируются факторами экзо и эндогенной среды (детерминационная теория здоровья). Согласно этой теории вклад в здоровье составляют (здесь мы намеренно приводим известные данные):

1. Медицина, здравоохранение до 10%.
2. Экология 19-20 % .
3. Генотип 20% (наследственность).
4. Образ жизни (далее ОЖ) 50% (+ 1% наше) т.е., условная половина жизни в «руках» самого человека. «Чело» х «век» = 100 лет.

Теоретически, дожитие возможно до 150 лет и более (акад.И.П.Павлов). Реальная же возможность дожития, в основном, до 80 лет. При этом, средняя продолжительность прогнозируемой жизни в Казахстане равна 66-67 лет. Потери, как понятно, определены невероятно большим количеством и разнообразием факторов противодействующих нашей человеческой жизни, что укладывается в рамки одного из основных законов бытия - «Единство и борьба противоположностей».

Наше исследование имело целью выявить жизненные установки людей на определяемые ими для себя сроки дожития и установить влияние предполагаемого возраста дожития на реальное дожитие.

Мы попытались на основе социологических исследований создать или дополнить теорию здоровья, назвав ее «теорией дожития», или «теорией жизненной усталости».

На основной вопрос «Сколько лет Вы хотели бы прожить при условии, что качество жизни постоянное, или имеет тенденцию к улучшению?» отвечали учащиеся общеобразовательных школ (старшеклассники), студенты, пенсионеры – люди пожилого возраста, люди различного социального статуса в возрасте от 30 до 60 лет, всего более 1 тыс. человек.

Таблица 1

Возраст дожития, как ориентир для различных социальных групп населения г. Караганды (по данным социологического иследования 2007 – 2008 года)

Социальная категория	Кол-во опрошенных	Возраст Респондентов	Планируемый возраст дожития		Разница лет дожития	Достоверность (Р)
			При условии, «жизнь без перемен»	При условии, жизнь, «с тенденцией к улучшению»		
Учащиеся школ г.Караганды	125	15-17 лет	58,9+ 1,3	64,8+1,1	5,9	<0,001
Студенты КГМА	625	17- 25 в основном	76,5+ 1,2	81.6+ 1,6	5.1	< 0,01
Пожилые	70	60- 75 лет	85,4+ 2,9	86,5+3.2	1.1	Не наблюдается
Различные соц. категории	230	30-60 лет	84,2+ 1,4	92,2+ 1,7	6,0	<0,001
Всего	1050					

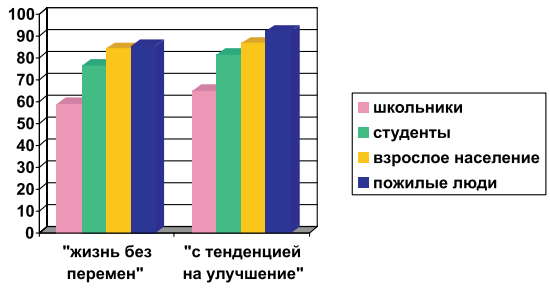


Рис.1.

На основе анализа данных, представленных в табл.1, выявлены закономерности:

1. Чем старше контингент опрашиваемых, тем большее число лет жизни для них желательнее и наоборот. Объясняется тем, что для молодежи предстоящая длительная жизнь утомительна. Молодежь не способна творчески, абстрактно оценить предстоящие жизненные ценности людей старшего поколения, пожилых людей. Им непонятно, зачем долго жить, если все «радости жизни» будут позади? (были ответы, достаточно и 40-45 лет жизни).

По нашему мнению, средства информации, молодежные организации, коллективы не уделяют должного внимания этой проблеме. Напротив, мы часто видим, как формируется психология потребления: «Бери от жизни все!»...?, «Научись, или полюби себя!», «сникерсни», «только сегодня» и т.п. чисто эгоистически, без должных рекомендаций и разъяснений, как следует, например, «любить себя?». Большая роль для корректировки сознания молодежи принадлежит воспитательно-образовательным учреждениям детским дошкольным, школам, средним и высшим учебным заведениям.

2. Прогноз на предстоящую продолжительность жизни зависит от «качества жизни». Чем выше качество жизни, тем более продолжительный жизненный ориентир (рис.1). Однако, под «качеством жизни» молодежь подразумевает скорее «количество жизни»*. Пожилые люди не особенно обращают внимание на перспективы лучшей жизни, они просто хотят пожить еще! И как видно, прожить больше чем современная молодежь.

3. Студенты разных факультетов КГМА, также показали различия в возрастных установках на предстоящую жизнь. Так студенты педиатрического факультета указывают для себя возраст дожития 72,2+ 1,4 года (в среднем), лечебного и медико-профилактического выше, их желания зафиксированы на уровне 81,3+ 1,64 и 80,9+ 1,56 года, а студенты стоматологического факультета желают для себя дожитие до 92,6 + 1,5 лет. Во всех случаях различия статистически достоверны (P< менее 0.05).

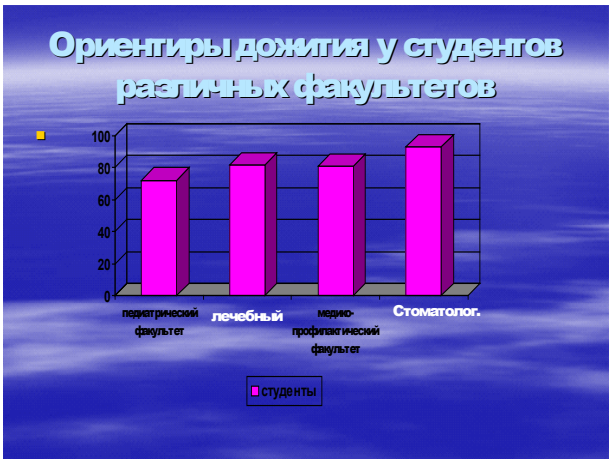


Рис.2.

Сказывается влияние социального статуса и жизненных перспектив. По нашему мнению, стоматологи наиболее социально защищенная категория в будущей жизни, их уверенность в завтрашнем дне более очевидна. А менее всех защищены – педиатры, соответственно и результат .

Варианты дожития населения, исходя из того, что все родились, чтобы прожить стандартных 100 лет, представлены на рисунке 3.

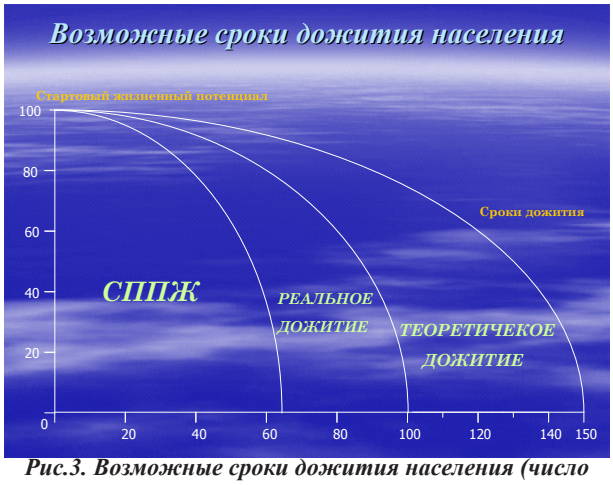


Рис.3. Возможные сроки дожития населения (число лет)

Средняя продолжительность прогнозируемой жизни (СППЖ) – I кривая, в Республике Казахстан в последние 2 года - 66,5-67 лет – это расчетный и условный показатель. Фактическое дожитие людей –II кривая, в основном, до 80 лет и несколько больше (Не включаются в средний показатель те, кто погиб, умер в раннем или среднем возрасте от туберкулеза, онкологических заболеваний, СПИ-Да и других тяжелых болезней). И нет на графике данных о людях, доживших до 150 лет- III кривая, таких просто нет.

Ответ также в том, что в реальные сроки дожития, у людей включаются программные сроки дожития. Перешагнув или пройдя рубеж - половину запланированного жизненного пути, включаются механизмы «жизненной усталости», что следует и из «закона обратной связи», и уклады-

вается в рамки понятия «социальные стереотипы» и мн.др.

На самом деле, немало примеров в жизни, когда мы могли бы наблюдать, как труден путь во второй его части. Поэтому и следует программировать более долгий жизненный путь, а, следовательно, половина пути будет за 50 лет. Значит, и болезни, а среди них, в первую очередь, сердечно-сосудистые онкологические, и др., станут появляться на 10-20 лет позже. (Мы же сегодня видим их омоложение).

На основе наших исследований неизбежно следует:

1. «Жизненная усталость», как психо- физиологическое состояние наступает в середине (после) установленного сознанием человека срока дожития.

2. Для детей и молодежи в воспитательных и образовательных учреждениях следует внедрять специальный психологический, установочный практикум для предстоящей жизни, который, в свою очередь, следует разработать. Он позволит сформировать у них высокие жизненные цели, не противоречащие нравственным законам, верованиям, убеждениям, который будет направлен на увеличение продолжительности жизни.

3. Традиционная практика подачи информации о том, что мы, Казахстанцы, пока сравнительно недостаточно живем (66-67 лет), заведомо несет скорее негативное, нежели позитивное влияние, так как для основной массы населения является установочным ориентиром дожития сегодня. И это клише переводится в подсознание людей, которое и диктует нам искомую половину срока жизни, в этом случае явно до 40 лет. Причем, закреплению этой информации способствуют ежедневные страсти, ужасы, катастрофы, катаклизмы показанные и рассказанные населению, например, телевидением. Более половины телепродукции – эскалация силы, насилия, жестокости, смерти. Следует озвучивать этот показатель с обязательным комментарием.

4. Значительно возрастает роль специальности и предмета преподавания «общественное здоровье и здравоохранение» в высших и средних УЗ. Этот предмет является теоретическим вдохновителем, настоящим и будущим генератором теорий, рекомендаций, методических подходов к созданию механизмов, способствующих продлению активной жизни населения.

***Примечание.**

“Уровень жизни - УЖ” - степень развития и удовлетворения материальных и духовных потребностей членов общества. УЖ -количественный показатель ОЖ, измеряется системой показателей материального благосостояния. “Количественная сторона ОЖ находится в диалектической взаимосвязи с его качественной стороной”.

«Качество жизни» (КЖ). ряд показателей, условно подразделяемых: на социально-экологические и социальные, т.е. комплекс, характеризующий состояние окружающей среды (природной и искусственной), ее влияниями на физическое психическое здоровье людей; форма взаимоотношения человека и природы; направленность потребностей и направленно - ценных ориентаций людей; социальное самочувствие, степень уверенности в завтрашнем дне и мн.др.

“Стиль жизни”, под ним следует подразумевать характеристику ежедневного поведения и сознания человека.

Литература:

1. Послание Президента РК народу -2030, приоритет - 4, «Здоровье, образование и благополучие граждан Республики Казахстан», 1997 г.

2. Казахстан – 2030. – Алматы: ЮРИСТ, 2006 – 166с.

3. Айтуарова З.Д. Изучение мнений студентов медицинского колледжа о здоровом образе жизни / З.Д.Айтуарова, Р.Р. Мубаракова. - // Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии. – 2007. - №7. – С. 243 – 244.

4. Байгожина З.А. Пропаганда здорового образа жизни на уровне первой медико-санитарный помощи в процессе диспансеризации и оздоровления населения / З.А. Байгожина, С.К. Муратбекова. - // Астана медициналық журналы. – 2006. - №2. – С. 52 – 54.

5. Николаев А.Г. Роль медицинского персонала при проведении оздоровительных мероприятий среди населения / А.Г. николаев, С.В. Тишбаева, Н.В. Полунина. - // Российский медицинский журнал. – 2008. - №3. – С. 3-6.

6. Самченко И.А. Влияние социального положения семей на здоровье и развитие детей / И.А. Самченко, Г.К. Жакыманова. - // Астана медициналық журналы. – 2007. - №1. – С. 52 - 56.

К ВОПРОСУ ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ПО ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Г.З.Акежанова, К.А.Досымбаева

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г.Алматы,

Центр первичной медико-санитарной помощи, г.Атырау

Политика формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ) в Республике Казахстан определена одним из приоритетов долгосрочной стратегии развития страны «Казахстан – 2030». В целях реализации приоритета №4 «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана» Постановлением Правительства РК от 3.12.2007 г. №1678 «О создании Национального центра проблем формирования здорового образа жизни» в составе министерства здравоохранения РК создана служба ФЗОЖ.

В связи с этим вопросы подготовки специалистов по ФЗОЖ стали исключительно актуальной задачей. Для решения данной задачи во исполнение приказа МЗ РК от 21.06.02 г. №596 «О создании кафедры и курсов профилактики и укрепления здоровья в медицинских вузах» при Республиканском государственном казенном предприятий «Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей» (АГИУВ) создана головная кафедра профилактики и укрепления здоровья.

Ключевое место в числе задач, поставленных перед кафедрой занимает осуществление учебного процесса с использованием новейших достижений отечественной и зарубежной науки и методов обучения, постоянное совершенствование форм и методов обучения.

С целью внедрения инновационных технологий в учебный процесс в соответствии с ГОСО разработан стандарт дополнительного медицинского образования по специальности 051103 медико-профилактическое дело (валеология, ФЗОЖ), утвержденный приказом МЗ РК от 27.12.07 г.№894.

В рамках стандарта дополнительного медицинского образования разработана типовая учебная программа по специальности «врач-валеолог». На основании вышеуказанных методических документов дополнительное медицинское образование врача-валеолога, специалиста по ФЗОЖ включает цикловое обучение и используются следующие формы: переподготовка (специализация), общее усовершенствование, тематическое усовершенствование.

Перечень циклов дополнительного медицинского образования по формированию здорового образа жизни

№	Название цикла	Форма обучения	Продол-ть цикла в часах	Кол-во циклов в учебном году
1	«Формирование здорового образа жизни»	Переподготовка (специализация)	312	1
2	«Профилактика заболеваний и здоровый образ жизни»	Общее усовершенствование	156	3
3	«Организационные основы формирования здорового образа жизни»	Тематическое усовершенствование	72	6
4	«Первичная и вторичная профилактика хронических неинфекционных заболеваний»	Тематическое усовершенствование	72	2
5	«Медико-социальная помощь подросткам»	Тематическое усовершенствование	72	2

Целью цикла переподготовки является изучение актуальных теоретических и практических вопросов по ФЗОЖ, приобретение практических навыков и умений по организации и проведению мероприятий, направленных на внедрение принципов здорового образа жизни (ЗОЖ) среди населения с учетом занимаемой должности и функциональными обязанностями. На цикл переподготовки зачисляются специалисты, окончившие отделение «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология» медицинских вузов и «биология», «психология» педагогических вузов, имеющие стаж работы по специальности не более трех лет. Продолжительность цикла 2,0 месяца (312 часов).

Особенностью циклов общего усовершенствования является освоение специалистами полного объема теоретических знаний по избранным вопросам валеологии и основам ФЗОЖ, практических навыков, необходимых для самостоятельной работы в должности специалиста системы здравоохранения по ФЗОЖ. На циклы общего усовершенствования зачисляются специалисты, прошедшие обучение на цикле переподготовки. Продолжительность циклов общего усовершенствования 1,0 месяц (156 часов).

Задачей циклов тематического усовершенствования является глубокое теоретическое и практическое изучение отдельных проблем и направлений ФЗОЖ для практической деятельности в соответствии с характером работы и занимаемой должностью. На циклы тематического

усовершенствования допускаются специалисты, которые имеют свидетельства о прохождении обучения на циклах переподготовки и общего усовершенствования. Продолжительность циклов тематического усовершенствования 0,5 месяца (72 часа).

В процессе обучения используются следующие виды занятий: лекций, семинарские и практические занятия. Серьезное внимание уделяется совершенствованию методов преподавания – инновационным технологиям. С особым интересом курсанты слушают лекции – «лекция пресс – конференция», «лекция с заранее запланированными ошибками», активное участие принимают в семинарских занятиях с решением ситуационных и тестовых задач, «ролевая игра» и «работа в малой группе».

Важным моментом является проведение занятий в уютных классах и залах, оборудованных современной техникой. В соответствии с договором о совместной деятельности, утвержденным приказом МЗ РК от 3.10.02 г. №913 «Об утверждении положения», учебной базой является Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни (НЦ ПФЗОЖ).

Всего за этот период обучено около 1,5 тысяч специалистов. Около 1/3 составляют специалисты из организаций ПМСП.

Развитие профилактики на уровне ПМСП можно называть одним из важнейших направлений пропаганды ЗОЖ среди населения. В структуре Центра ПМСП № 1 г. Атырау функционирует кабинет ЗОЖ, где обеспеченность штатами соответствует нормативам, работают врач и 2 медсестры. В 2008 году комплекс мер направленных на первичную профилактику проводился по 18 направлениям ФЗОЖ. По итогам республиканского конкурса «ПМСП – за здоровый образ жизни» Центр занял призовое 3 место.

Таким образом, последипломная подготовка кадров по валеологии, включая формирование здорового образа жизни проводится в соответствии с ГОСО, и бесспорно, является одним из основных компонентов в создании эффективной системы ФЗОЖ.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Т.Б.Баймаханов, З.С.Жуматова

Областной центр формирования здорового образа жизни, г.Павлодар

Решением Акима области от 30.04.1998 года № 144 и приказом департамента здравоохранения области от 02.06.1998 года № 43-пл. создан Областной центр проблем формирования здорового образа жизни (далее-ФЗОЖ) департамента здравоохранения Павлодарской области, как первый шаг к реализации стратегии «Казахстан – 2030».

С 1999 года действует областной межведомственный координационный совет (далее – Совет) по ФЗОЖ; председателем Совета является заместитель акима области; в городах и районах созданы городские, районные координационные Советы. Выездные заседания Совета обеспечивают системный, скоординированный подход к внедрению программы ФЗОЖ.

За 10-летний период деятельности Служба ФЗОЖ департамента здравоохранения области, выполняя постановления акимата области “О плане практических действий по реализации кратко, средне, долгосрочных целей постановления Правительства Республики Казахстан от 30 июня 1999 года № 905 О комплексной программе “Здоровый образ жизни” завершил первый этап формирования ЗОЖ, и разработал стратегии по основным профилактическим программам до 2016 года по реализации данного постановления в новой редакции от 21 декабря 2007 года №1260.

За 10 летний период Областной центр ФЗОЖ создал развитую сеть организаций: в 2003 году открыт городской Центр ФЗОЖ в городе Экибастузе; функционируют 18 центров укрепления здоровья в городах и районах области; открыты 13 кабинетов ЗОЖ; работают 103 школ здоровья на уровне ПМСП.

Более 95% медицинских работников области привлечены к постоянному проведению пропаганды здорового образа жизни.

По итогам Года здоровья Областной центр награжден грамотой Национального центра, заместитель директора Центра поощрен ценным подарком Акимата области.

Приоритетным направлением была подготовка специалистов, владеющих методиками интерактивного обучения, тренеров, волонтеров.

Всего подготовлено:

-врачей - 142 на кафедре НЦ ПФЗОЖ в АГИУВ, ВШОЗ;

- среднего медперсонала – 295 на отделениях переподготовки медицинских колледжей ;

- педагогов- 905;

- волонтеров - 814.

С 2000 года внедрена учебная программа “Валеология – как быть здоровым”. В Республиканских конкурсах рисунков по профилактике ВИЧ/СПИДа “Мне не все равно… а тебе?” призовое место заняла ученица средней школы №19(2002 год), «Мир красками детей» призовые места заняли учащиеся № № 34, 2, 26 школ города

Павлодара (2007 год).

Внедрены профилактические программы с учетом уровня здоровья, заболеваемости населения, эпидемиологической ситуации:

- профилактика туберкулеза и инфекционных заболеваний;
- охрана здоровья матери и ребенка;
- профилактика ИППП И ВИЧ/СПИДа;
- профилактика табакокурения, употребления алкоголя и наркотиков.

Партнерами ОЦФЗОЖ являются международные, неправительственные и общественные организации:

ОО «Нур Отан», детский фонд «Айналайын», ОО «Карлыгаш–матери против курения», Павлодарский областной комитет Общества Полумесяца РК, ОО «Самал», «Красное яблоко», «Движение «ПАНДа», ОО «Матери», ОО «Освобождение», ОФ «Челендж». В течение двух лет (2000 – 2002гг.) в центре работала доброволец Корпуса мира США в Казахстане – Шелли Адлер.

Целенаправленная работа проводится по реализации Закона Республики Казахстан от 10 июля 2002 года № 340 «О профилактике и ограничении табакокурения». В ежегодно проводимых конкурсах «Брось курить и выиграй» приняли участие более 5000 человек . В 2006г. в городе Павлодаре проведена Республиканская конференция “Современные подходы сохранения и сдерживания табачной эпидемии в Казахстане”, в городе Аксу «Табак или здоровье» под девизом «Освободим окружающую среду от табачного дыма».

В рамках движения «Равный – равному» подготовлено более 190 волонтеров, по программе «Подросток к подростку» - 178 волонтеров. В школах области создано 270 наркопостов введено 50 должностей социальных педагогов. С привлечением всех заинтересованных ведомств и учреждении проводятся акции « Жизнь без наркотиков», «Молодежь за здоровый образ жизни», «Наркотики детям не игрушки», «Мы выбираем жизнь.

Ежегодно с 2004 года проводятся декадники по профилактике социально-значимых заболеваний.

В области каждый год во всех населенных пунктах проводится акция «Фестиваль здоровья» с участием представителей областного акимата, всех департаментов и управлений области, МОО «Молодежь за здоровый образ жизни» отдела внутренней политики г. Павлодара, в/ч 5512, 6670, а также других организаций с охватом более 100 тысяч человек.

В 2003 году Фестиваль здоровья «Час физической активности» по количеству участников занесено в Книгу рекордов Гиннеса.

В 2004 году в Фестиваль здоровья «Здоровье и здоровый образ жизни - культурное достояние народов Казахстана» проведен с участием Малой Ассамблеи народов Казахстана. Очередные фестивали здоровья проходили в 2005 году под девизом «Внимание каждой матери, каждому ребенку», в 2006 году «Президентская миля путь к здоровью». Юбилейный фестиваль в -2007 году посвящен 10-летию Стратегии «Казахстан – 2030». Каждый год в регионах области при участии членов Совета ФЗОЖ, представителей всех департаментов и учреждений акция «Денсаулык жолы» проводится с организацией автокаравана «Здоровье».

Ежегодно на спартакиаде медицинских работников занимали призовые места спортивные коллективы Павлодарского медицинского колледжа, областной клинической больницы им. Г. Султанова, областной детской больницы, областного диагностического центра, городской больницы №1, Успенского, Щербактинского районов, городов Аксу, Экибастуза.

Стало традицией проведение конкурсов «ПМСП за здоровый образ жизни», «Здоровый аул», «Лучший сельский врач». Призерами были медицинские организаций Актогайского, Успенского, Павлодарского, Качирского, Лебяжинского, Щербактинского районов, сельских регионов городов Аксу, Экибастуза.

В области внедрены ряд проектов Всемирной организации здравоохранения:

Проект «Здоровые города» внедрен решением акимов городов Павлодара, Аксу и Экибастуза.

В проект «Здоровые университеты» вошли 7 ВУЗов Павлодарской области. Учащиеся данных ВУЗов в 2003 году принимали участие в Республиканской студенческой эстафете «Здоровые университеты против наркотиков и ВИЧ/СПИДа». Впервые в 2006 году среди студенческой молодежи проведен конкурс «Мисс ЗОЖ». Повторный конкурс состоялся в мае текущего года.

В проекте «Больницы за здоровый образ жизни» участвуют ЛПО города Павлодара: областная инфекционная больница, больница скорой медицинской помощи, ПФ ОАО“ Медицинская служба транспорта”, городская больница №1 , г. Экибастуза: городская больница, родильный дом.

В проекте «Здоровые рабочие места» участвуют ОАО «Роса», ОАО «Казпочта», «Казахтелеком».

Проект «Школы, способствующие укреплению здоровья» расширен до 100 школ области.На международной конференции «Опыт внедрения и перспективы развития проекта ВОЗ «Школы, способствующие укреплению здоровья»- (2000 год)» пилотные школы области продемонстрировали результаты претворения в жизнь принципов укрепления здоровья школьников.

За 10 лет деятельности Центр проводит поиск, адаптацию и использование коммуникационных технологий. Функционирует библиотека, формирующая печатную и электронную информацию по вопросам ФЗОЖ. Поддерживаются Интернет ресурсы. В Центре работает минитипография, выпускающая ежегодно более 82900 экземпляров информационно-образовательных материалов по различным аспектам здорового образа жизни.

Ежегодно выходит в эфир 290 теле, 490 радио передач, публикуются более 700 материалов в печати через газеты и журналы в области и Республике. С 2000 года выпускается информацион-

ный вестник «Импульс».

В среднем по пропаганде здорового образа жизни проводится 183455 мероприятий в год.

Таким образом за 10 лет в целях реализации Послании Президента Республики Казахстан народу «Казахстан – 2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев», в части формирования здорового образа жизни проводилась планомерная, доступная для каждой категории населения профилактическая работа. В результате чего, достигнуто повышение информированности населения по различным аспектам ЗОЖ от 42% в 1999 году до 95-98 % в 2007 году; снижение табакокурения на 5%; употребление алкоголя 6%; снижение заболеваемости психическими и поведенческими расстройствами среди подростков на 30,3%, в том числе по поводу алкоголизма на 30,5%, наркомании 31,0%.

СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МЕДРАБОТНИКОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ж.А.Калматаева

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г.Алматы

Процесс формирования поведения в отношении своего здоровья, безусловно, включает в себя как минимум взаимодействие двух сторон: потребителей услуг – пациентов, и производителей услуг – медицинских работников. Не вызывает сомнения, что от уровня готовности производителей услуг участвовать в этом процессе будет зависеть его конечный результат.

Поэтому, в нашем исследовании одной из целевых групп стали медицинские работники: врачи, средний медицинский персонал, руководители подразделений медицинских организаций. К сожалению, в последнее десятилетие в Республике Казахстан официальная статистика заболеваемости среди медицинских работников не ведется. Запрос в профсоюз медработников РК о состоянии здоровья медработников страны не был удовлетворен, в связи с отсутствием данных. Полученные результаты дают интересную научно-практическую информацию, требующую осмысления.

В социологическом опросе приняли участие 472 медицинских работника из 5 регионов Казахстана. По мнению респондентов на момент социологического опроса, отличное здоровье имели 2,9% медработников, хорошее 23,6% респондентов, 66,3% оценили свое здоровье как удовлетворительное, по мнению 2,3% медработников имели плохое здоровье. При таком распределении, 53,9% респондентов выразили беспокойство о своем здоровье.

Почти все респонденты заявили, что заботятся о своем здоровье, из общего их числа всегда 17,1% респондентов, не всегда 76,2%. Основными причинами заботы о своем здоровье - «самое важное» большинство респондентов считают желание быть физически сильным(ой), красивым(ой), привлекательным(ой) (28,1%) и ухудшение здоровья (28,0%). В этой же степени важности вторую и третью позицию делят такие факторы, как воспитание (8,8%) и необходимость зарабатывать деньги (8,0%).Следует отметить, что последний фактор для 16,0% респондентов оценивается по степени значимости, как важный фактор. При этом, желание сохранить свое место работы не является для большинства респондентов стимулом для заботы о здоровье. Этот фактор стоит на последних ранговых местах.

По результатам опроса следует, что для 20,4% медработников основной причиной незаботы о здоровье является нехватка времени, у 18,5% не хватает силы воли и 14,1% респондентов считают, что не имеют достаточно материальных средств, чтобы заботиться о своем здоровье.

Установлено, что достаточно прилагают усилий для обеспечения себя правильным питанием 26,9% медработников и о том, что полагают недостаточно правильно питаются 56,0% респондентов. При этом, почти у трети медработников (37,5%) имеются заболевания, требующие соблюдения специальной диеты. Опрос показал, что из всех респондентов никогда не ограничивают себя в количестве еды 26,7% респондентов, никогда не избегают сладкого 28,8%, не ограничивают себя в мучных продуктах 27,3%, едят поздно 14,5%, не ограничивают свой рацион в острой еде 22,5% опрошенных. В итоге каждый пятый медработник (20,0%) ни в чем себя не ограничивает в отношении питания.

По результатам нашего социологического исследования 14,7% медработников на момент опроса употребляли табачные изделия, 13,7% курили раньше, 70,5% ответили, что не курят и никогда не курили.

В отношении употребления алкоголя получены следующие данные. Каждый день употребляют спиртные напитки 8,6% респондентов, с частотой 1-2 раза в неделю 35,6% медработников, 1-2 раза в месяц 32,4% опрошенных, 3-4 раза в год - 21,7%, и совсем не употребляют только 1,7% респондентов. По мнению 30,1% медработников люди употребляют табачные изделия, чтобы снять стресс и 38,5%, медработников причисляют алкоголь также к средству для снятия стресса. В дальнейшем

опросе выявлено, что 26,3% медработников ежедневно испытывают стрессы, по мнению 48,4% респондентов 1-4 раза в месяц ощущают на себе стрессовые ситуации и стресс, и только 6,5% медработников отрицают в их жизни влияния стресса. Логично было бы узнать, насколько стрессовые ситуации сказываются на общем фоне настроения респондентов.

Оказалось, что 7,2% респондентов считают, что находятся в депрессивном состоянии ежедневно или через 1-2 дня, почти половина медработников - 52,8% в таком состоянии находятся 1-4 раза в год, 22,5% отрицают у себя психологические нарушения и 15,7% не могут или им трудно определить точно свое состояние.

Изучение семейного положения выявило, что 56,8% респондентов замужем или женаты, 27,8% еще не в браке, 8,6% опрошенных разведены, 5,1% вдовы или вдовцы. Опрос показал, что 13,1% респондентов считают, что их жилищные условия ухудшают их здоровье, такое же воздействие на 15,8% медработников оказывают материальные условия, каждый десятый респондент (9,9%) отметил, что отношения в семье неблагоприятно воздействуют на их здоровье.

Социологический опрос показал, насколько медработники удовлетворены своим отдыхом. Оказалось, что 39,2% неудовлетворены ежедневным отдыхом, 18,5% не отдыхают и в конце недели, 12,2% респондентов ответили, что не получают удовольствие от отдыха даже во время отпуска. Больше половины респондентов – 68,4% не получают санаторно-курортное лечение на протяжении последних 5 лет.

Данные исследования свидетельствуют о том, что сами медработники не всегда придерживаются принципов здорового образа жизни.

Ежедневно спят одинаковое количество часов только 22,7% респондентов, совершают прогулки ежедневно 17,1% опрошенных, чередуют активный и пассивный отдых 13,5% медработников. Только 42,3% медработников не конфликтуют с окружающими людьми. Треть респондентов стремятся не вступать в конфликты, но не всегда это получается, и 8,8% опрошенных признались, что не предпринимают никаких попыток избежать конфликтных ситуаций.

На просьбу указать свои заболевания откликнулись только 56,8% респондентов, 14,5% отмечают у себя заболевания сердечно-сосудистой системы (АГ, ИБС, инфаркты, нарушения ритма), 17,1% имеют заболевания желудочно-кишечного тракта, из них 13,5% (гастриты, язвы), 3,6% (холецистит, ожирение); у 6,9% медработников в анамнезе заболевания дыхательных путей (бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма), 5,9% страдают заболеваниями опорно-двигательного аппарата, 5,2% имеют заболевания почек и органов малого таза.

В ходе исследования выявлено, что 33,1% медицинских работников не знают свои показатели гемоглобина, 16,2% не знают значения собственного артериального давления, 52,8% не смог указать показатели сахара в крови, 12,6% и 13,1% респондентов не указали свои весоростовые показатели. Из тех, кто указал значения гемоглобина, 2,7% респондентов имеют среднюю степень анемии, 12,8% имеют легкую степень анемии. Почти каждый пятый (21,1%) опрошенный медработник имел АД выше нормы, у каждого десятого (9,3%) показатели сахара в крови превышал 5,5 ммоль/л. По данным опроса следует, что медицинские работники относительно часто обращаются сами за медицинской помощью. Только 13,1% респондентов не обращались к своим коллегам по поводу своего здоровья. Остальные респонденты с различной частотой бывают на приеме у врачей: 1 раз в месяц посещают врача 4,8%, 1 раз в квартал 11,4%, 1 раз в полгода – 25,3%, реже, чем 1 раз в год – 17,7% респондентов. При этих данных, 26,3% медработников обращались по проблемам здоровья к народным целителям.

Таким образом, полученные результаты указывают на то, что большинство медицинских работников оценивают свое здоровье как удовлетворительное. При этом, основная часть респондентов отметили, что имеют заболевания, требующие лечения и соблюдения принципов здорового образа жизни. Однако реальное поведение медицинских работников не соответствует их представлениям заботе о здоровье. Со слов респондентов выявлена высокая распространенность влияния стресса и депрессивных состояний среди медработников, недостаточный отдых и зависимость от социально-бытовых условий. Такая ситуация обуславливает необходимость возобновления учета заболеваемости среди медработников, изучение причин их низкого уровня здоровья, рассмотрения возможности льготного обслуживания, лечения и реабилитации медицинских работников.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада Қазақстанның медициналық қызметкерлерінің арасында 472 адамға әлеуметтік сұрау жүргізілгендігі және денсаулық және денсаулықты қорғау мінез-құлықтарының нәтижесі келтірілді. Сұрау негізінде, көптеген медициналық қызметкерлер өз денсаулықтарын қанағаттанарлық деп көрсетуіне қарамастан аурушылықтың таралуының жоғары деңгейде екендігі және оны шыңдау үшін салауатты өмір сүру керектігі байқалды. Медициналық қызметкерлер арасында стресс және депрессиялық жағдайлардың көп болатындығы, демалудың жетіспеушілігі және оның әлеуметтік-тұрмыстық жағдайларға байланысты екендігі анықталды.

SUMMARY

In the article are given the results of the opinion poll of 472 health workers of Kazakhstan concerning the self-appraisal of health and health-promoting behavior. According to the data of interrogation despite the fact that the majority of medical workers evaluate their health as satisfactory, is observed the relatively high prevalence of the diseases, which require treatment and observance of the principles of healthy life style. Are revealed the high prevalence of the influence of stress and of depressions among the health workers, insufficiency of rest and dependence on the social-welfare conditions.

МОНИТОРИНГ РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННЫХ ЭФФЕКТОВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ

Б.В.Галич

НИИ радиационной медицины и экологии, г.Семей.

Среди населения, длительное время проживающего на радиационно-загрязненных территориях, прилегающих к Семипалатинскому ядерному полигону, установлено повышение уровня основных социально значимых соматических и онкологических заболеваний [1, 2]. Было показано, что эти эффекты формируют количественные и качественные показатели ускорения инволюционных процессов исследуемых лиц – преждевременное старение [3, 4]. Решение этой проблемы требует разработку и внедрения основных принципов радиационно-гигиенического и медико-демографического мониторинга за состоянием здоровья популяций, подвергавшихся воздействию радиационных и нерадиационных факторов риска.

Структурные блоки системы мониторинга формируются на основе комплекса ведущих, маркерных критериев, подлежащих учету и слежению, а также требующих коррекции и профилактики функциональных и органических патологических состояний, формирующих эффекты преждевременного старения в условиях радиоэкологического неблагополучия. В системе мониторинга на региональном уровне здоровья населения с эффектами преждевременного старения основными являются показатели заболеваемости и смертности, которые рассматриваются в качестве системообразующего блока, остальные параметры – как факторы, воздействующие на здоровье.

Целью мониторинга является определение степени воздействия различных эффективных эквивалентных и поглощенных доз облучения на организм лиц, проживающих на изучаемых территориях ВКО, расчеты соотношений величины дозы облучения и объемов онкологических и соматических эффектов, проведение мероприятий по минимизации этого воздействия с целью принятия своевременных мер по улучшению радиационно-экологической ситуации в исследуемых районах (в соответствии с рисунком 1).

Основные принципы предлагаемой модели мониторинга:

- наблюдению подвергается как условно здоровое население, так и лица с регистрируемыми функциональными и органическими нарушениями;

- проводится ранжирование наиболее чувствительных к радиационному воздействию систем организма человека;

- применяются простые эффективные и высокоинформативные методы и средства ранней диагностики заболеваний, ограничивающих продолжительность предстоящей жизни;

- учитываются антропогенные и техногенные, а также эндогенные нерадиационные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья исследуемых контингентов;

- проведение радиоэкологического мониторинга и расчета ежегодных дозовых нагрузок на население за счет внешнего и внутреннего облучения в результате проживания в зоне радиоактивного следа;

- используются современные технические средства, позволяющие оперативно и в полном объеме собирать, обрабатывать, пополнять, группировать и анализировать данные из различных источников медицинской, демографической и радиационно-гигиенической информации – создание компьютерных баз данных медико-дозиметрических регистров.

В этой связи основными направлениями организации мониторинга и последующей профилактики индуцированных радиацией болезней системы кровообращения, определяющих эффекты преждевременного старения, должны быть:

- совершенствование законодательно-нормативной базы Республики Казахстан, обеспечивающей постоянный радиоэкологический и медицинский контроль и охрану здоровья населения ВКО, вошедшего в группы высокого риска реализации постлучевых эффектов;

- проведение постоянного радиоэкологического контроля за содержанием долгоживущих радионуклидов в объектах внешней среды и продуктах питания местного производства с расчетом дозовых нагрузок на население;

- проведение радиационно-гигиенического и демографического мониторинга в районах ВКО, расположенных в зонах максимального, чрезвычайного и повышенного радиационного риска;

- подготовка специалистов по радиационной медицине и включение их в штатное расписание медицинских учреждений области, города и района;

- организация специального диспансерного наблюдения за группами лиц с установленными болезнями системы кровообращения, имеющими связь с радиационным воздействием, с проведением корригирующих и профилактических мероприятий, направленных, в первую очередь, на предотвращение их осложнений и инвалидизации;

- определение и ранжирование основных критериев связи прямого и опосредованного радиационного воздействия на органы и системы органов лиц, проживающих в районах, подвергавшихся загрязнению радионуклидами;

- оценка экономического ущерба от нарушений состояния здоровья экспонированного населения Восточно-Казахстанской области;

- научное обоснование, организация и внедрение методов целевых скрининговых обследований с применением современных инструментальных

и лабораторных методов ранней доклинической диагностики социально значимых соматических болезней;

- расширение инфраструктуры районных, городских и областных медицинских учреждений и создание современных условий для реабилитации и профилактики лиц с заболеваниями, связанными с радиационным воздействием, в том числе, с эффектами преждевременного старения;

- в целях социальной защиты населения, пострадавшего от испытаний ядерного оружия на Семипалатинском полигоне, необходимо продолжить работу по выплате компенсаций за причиненный ущерб здоровью путем установления причинной связи установленных онкологических и соматических заболеваний с радиационным воздействием в соответствующих межрегиональных советах.

Список литературы:

1. S.Bauer, B. Groshe, B.I.Gusev, L.M.Pivina, K.N.Apsalikov. Semipalatinsk historial cohort: causes of death in a study group from settlements adjacent to the Semipalatinsk nuclear test site //STUK-A.- 2003.-V. 187.- C. 55.

2. Б.И.Гусев, К.Н.Апсаликов, Б.В.Галич. Здоровье потомков лиц, подвергавшихся прямому облучению в результате испытаний ядерного оружия //Актуальные проблемы биологии, медицины и экологии.-2004.-Томск., №1.- С.371-373.

3. Ставицкий Р.В., Лебедев Л.А., Мехеечев А.В. Некоторые вопросы действия «малых» доз ионизирующего излучения //Мед. радиол. и радиац. безопасность. - 2003. -Т. 48, № 1. - С. 30–39.

4. Бычковская И.Б. Особые долговременные изменения клеток при воздействии радиации в малых дозах //Радиац. биология. Радиоэкология.–2002.– Т. 42,№ 1.–С. 20–35.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалда, ядролық қаруды тексеру нәтижесінде сәулеленуге ұшыраған Шығыс Қазақстан облысы тұрғындарының арасында ерте қартаюдың радиациялық эффектілердің радиациялық-гигиеналық және медико-демографиялық мониторингінің құрылу принциптермен негізгі бағыттары жазылды. Мониторингтің мақсаты болып, тұрғындардың өмір сүру ұзақтығын шектейтін онкологиялық және соматикалық паталогия мен радиацилық әсердің арасындағы байланысты белгілеу болды.

SUMMARY

In the paper we have presented the main directions and principles for radiation, hygienic, medical and demographic monitoring the premature aging effects in the population of East-Kazakhstan area due to nuclear weapon tests. Aim of monitoring is determination for relation between radiation exposure and pathologies restricted the life span; prophylactic

Рисунок 1. Схема проведения мониторинга радиационных эффектов преждевременного старения у населения ВКО

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОТНИКОВ ФЕРРОХРОМОВОГО ПРОИЗВОДСТВА ПО РЕЗУЛЬТАТАМ КОМПЛЕКСНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ТРУДЯЩИХСЯ

М.А.Камалиев, Н.М.Шумбалов, А.Т.Абенова Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д.Асфендиярова, Западно Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова

Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев в Стратегии «Казахстан – 2030» видит реализацию долгосрочного приоритета 4 «Здоровье, образование и благополучие граждан Казахстана» посредством стимулирования здорового образа жизни: «Мировой опыт показывает, что важнейший фактор, влияющий на здоровье населения страны, – это шаги государства по предотвращению заболеваний, с одной стороны, и стимулирование здорового образа жизни, с другой. Наша стратегия по борьбе с болезнями и укреплению здоровья в условиях отсутствия достаточных средств начнется с подготовки наших граждан к ведению здорового образа жизни» [1].

Непременным условием реализации стратегического приоритета «Здоровье, образование и благополучие граждан Республики Казахстан» Послания Президента страны народу «Казахстан-2030» в части сохранения здоровья населения является дальнейшее совершенствование профилактической направленности здравоохранения.

Современная концепция здравоохранения включает весь спектр услуг, включая защиту и укрепление здоровья, профилактику заболевания, диагностику, лечение, уход и реабилитацию. Соответственно, различные подходы в здравоохранении предполагают, что пациент выступает в различных ракурсах – от больного и нуждающегося в уходе человека до человека, самостоятельно или под руководством специалиста, занимающегося укреплением своего здоровья.

Забота о здоровье трудящихся всегда была в центре внимания, так как здоровье рабочих является основным фактором экономического развития страны.

Показатели здоровья населения Республики Казахстан продолжают сохранять негативные тенденции: снижаются темпы прироста населения и рождаемость, высок показатель общей смертности и инвалидизации населения. Обострилась ситуация по туберкулезу, вирусному гепатиту, по прежнему остается тревожной ситуация по болезням, передаваемым половым путем и СПИДу. Сердечно-сосудистые заболевания являются одной из самых главных причин смертности, вызывает озабоченность психическое состояние населения.

Политика в области здравоохранения обязательно должна быть соответственна с уровнем смертности и заболеваемости в каждой отдельной стране или местности. Изучив данные по этим показателям и выделив наиболее уязвимые территории, возможно спрогнозировать в каких областях затраты на профилактические мероприятия будут эффективными. Поскольку отрицательное влияние на состояние здравоохранения оказывает также экологические и социально-экономические факторы, необходимо, чтобы правительственные организации, отвечающие за экологии, жилищное строительство и занятость, разработали свои собственные программы в этой области.

Благотворное влияние труда на физическое и психическое здоровье человека проявляется в том случае, когда условия труда соответствует гигиеническим требованиям.

Здоровье – это величина, в пределах которой каждый человек или группа людей могут, с одной стороны, реализовать свои желания и удовлетворить свои потребности, а с другой стороны, изменить или справиться с окружающей средой. Здоровье, поэтому, рассматривается как источник повседневной жизни, а не как цель существования, оно представляет собой позитивную концепцию, заключающую в себе как социальные и личные ресурсы, так и физические возможности [2].

Здоровье следует рассматривать как общественное состояние и поэтому охрана здоровья рассматривается как важный принцип. Здоровье необходимое условие экономического развития нации, и следовательно, является не только личной собственностью людей, но и национальной собственностью или достоянием, поэтому ответственность в отношении здоровья лежит на государстве [3].

Здоровье человека определяется рядом факторов, включая генетическую предрасположенность, образ жизни, питание, социально-экономический статус, доступ к необходимой медико-санитарной помощи, а также окружающую среду. Постоянное наличие природных ресурсов окружающей среды – воздуха, воды, пищи и жилища, а также соответствующих климатических и социально-экономических условий являются необходимыми предпосылками для здоровья и выживания. Человечество подвергается влиянию множества факторов окружающей среды, оказывающие отрицательное воздействие на его здоровье. Эти отрицательные агенты окружающей среды могут появляться вследствие естественных причин или в результате человеческой деятельности.

Общепризнано, что почти 2/3 всех хронических заболеваний обусловлено курением, вредными привычками, нерациональным питанием, злоупотреблением алкоголем, наркотиками, малой физической активностью и психосоциальными факторами [4].

Здоровье трудящихся зависит от разнообразных факторов, и среди них существенную роль играет трудовая деятельность человека и условия, в которых она протекает.

По мере изменения и накопления факторов, влияющих на здоровье человека, развивалась и концепции укрепления здоровья и санитарного просвещения. И в настоящее время эти положения в полной мере не определены. Следует ожидать, что задачи укрепления здоровья будут развиваться и изменяться с учетом появления новых факторов, влияющих на здоровье подобно тем, которые возникли в результате появления и распространения компьютерной техники или загрязнения окружающей среды пестицидами.

В настоящее время все больше внимания уделяются укреплению здоровья, мотивации здорового образа жизни, распространению «моды на здоровье» [5].

Формулировка укрепления здоровья была дана на первой международной Конференции по данной проблеме (Оттава, 1986 г.): «Это процесс, дающий людям возможность более полно контролировать и улучшать свое здоровье. Чтобы достичь полного физического, умственного и социального благополучия, отдельно взятый человек или группа людей должны быть способны определить и реализовать свои стремления, удовлетворять свои потребности, изменить окружающую их среду или успешно преодолеть все трудности. Здоровье рассматривается как источник повседневной жизни, а не как самоцель существования и представляет собой положительную концепцию, объединяющую социальные и личные ресурсы, а также физические возможности». Данное определение предполагает улучшение здоровья и необходимых для достижения этого средств путем усиления контроля за этим процессом со стороны самих людей. Таким образом, укрепление здоровья выходит за пределы сферы деятельности сектора здравоохранения и охватывает не только понятие здорового образа жизни, но и благосостояния человека [6].

Поскольку производственная среда относится к числу немногих мест, позволяющих проводить систематическую работу среди взрослой части населения, причем такая работа может быть организована с достаточной эффективностью, последовательно и в течение длительного периода.

Опыт внедрения программ укрепления здоровья на рабочих местах Дании, США показывает их эффективность как в отношении улучшения показателей здоровья самих рабочих и повышения экономической эффективности предприятий в целом. [7, 8, 9].

Практическим решением профилактического направления были и остаются предварительные и периодические медицинские осмотры [10].

В связи с чем, нами определена заболеваемость работников феррохромового производства по результатам комплексных медицинских осмотров работающих на промышленном объекте Актюбинского завода ферросплавов в среднем за три года (2004-2006 годы).

Актюбинский завод ферросплавов филиал АЗФ АО ТНК «Казхром» является одним из крупнейших заводов СНГ.

Работники феррохромового производства при поступлении на работу, а также периодически в процессе работы подвергаются осмотру медицинской комиссией. В состав медицинской комиссии входят врачей основных специальности. Выявленные больные берутся на диспансерный учет и оздоравливаются. Все это ограничивает круг больных, отражается на частоте распространения хронических заболеваний среди рабочих.

Средний уровень заболеваемости, выявленной по данным медицинских осмотров, составил 418,5 случая на 1000 работников. При этом этот показатель была достоверно выше у женщин ($t=3,7$), чем у мужчин (491,5% и 394,6% соответственно). (Таблица 1.)

Нами установлена различная приоритетность классов заболеваний по полу. В структуре заболеваемости среди мужчин и женщин лидирующее первое и второе места занимают болезни глаза и его придатков и болезни органов дыхания. Третье место в общей структуре заболеваемости по результатам комплексных медицинских осмотров у мужчин занимают болезни уха и сосцевидного отростка, а у женщин болезни кожи и подкожной клетчатки. На четвертом месте по частоте выявляемости скрытой патологий находятся болезни мочеполовой системы – у мужчин, болезни уха и сосцевидного отростка – у женщин. На пятом лидирующем месте у мужчин работников – болезни кожи и подкожной клетчатки, у женщин – болезни мочеполовой системы.

В целом по заводу, в среднем за 3 года наблюдения в порядке лидирования классов заболеваний по результатам медицинских осмотров выступили: болезни глаза и его придатков; болезни органов дыхания; болезни уха и сосцевидного отростка; болезни мочеполовой системы и болезни кожи и подкожной клетчатки.

Таблица 1.
Уровень и структура заболеваемости работающих Актюбинского завода ферросплавов, выявленной при медицинских осмотрах по классам болезни (число случаев на 1000 осмотренных и в процентах к итогу) в среднем за 3 года

Класс болезни	В среднем за 3 года (2004-2006 гг.)					
	мужчины		женщины		Оба пола	
	На 1000 раб-х	%	На 1000 раб-х	%	На 1000 раб-х	%
I. Инфекционные и паразитарные болезни	0,7	0,1	-	-	0,5	0,1
II. Новообразования	-	-	4,2	0,9	1	0,2
III. Б-ни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма	-	-	8,5	1,7	2,1	0,5
IV. Эндокринные б-ни, расст-во питания и обмена веществ	-	-	2,1	0,4	0,5	0,1
VI. Болезни нервной системы	0,7	0,1	4,2	0,9	1,6	0,4
VII. Б-ни глаза и его придатков	215,7	54,7	360,2	73,2	251,3	60
VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка	46,5	11,8	23,3	4,7	40,7	9,8
IX. Болезни системы кровообращения	12,5	3,2	6,3	1,3	11	2,7
X. Болезни органов дыхания	58,2	14,8	29,7	6	51,2	12,3
XI. Б-ни органов пищеварения	3,5	0,9	4,2	0,9	3,6	0,9
XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки	16,6	4,2	25,4	5,2	18,8	4,5
XIII. Б-ни костно-суставной системы, мыщц и соед. ткани	8,3	2,1	-	-	6,3	1,5
XIV. Болезни мочеполовой системы	28,4	7,2	19,1	3,9	26,1	6,2
XVII. Врожденные пороки развития, деформации и хромосомные аномалии	3,5	0,9	-	-	2,6	0,6
XVIII. Симптомы, признаки, отклонения от нормы, не классиф в других разделах	-	-	4,2	0,9	1	0,2
ВСЕГО:	394,6	100	491,5	100	418,5	100

На изучаемом предприятии наиболее часто выявляемые нозологические формы представлены в таблице 2.

Таблица 2.
Наиболее часто выявляемые болезни при медицинских осмотрах работающих феррохромовом производстве (число случаев заболеваний на 1000 осмотренных) в среднем за 3 года

Наименование болезни	Число случаев на 1000 работающих		
	мужчины	женщины	Оба пола
Железодефицитная анемия	-	10,6	2,6
Аномалии рефракции	201,8	305,1	227,3
Болезни сосудистой и сетчатой оболочки	20,8	42,4	26,1
Катаракта	6,9	-	5,2
Воспаление среднего уха и мастоидит	41,6	23,3	37,1
Варикоцеле	9,7	-	7,3
Бронхит хронический	38,1	16,9	32,9
Аллергический ринит	6,2	6,3	6,3
Дерматиты и экземы	10,4	16,9	12
Приобретенная деформация носа	5,6	-	4,2
Смещение и перфорация носовой перегородки	9,7	-	7,3
Гиперплазия простаты	13,9	-	10,5
Камни почки и мочеточника	6,9	8,5	7,3

Уровень выявляемости среди женщин выше по следующим нозологическим формам: железодефицитная анемия, аномалии рефракции, болезни сосудистой и сетчатой оболочки, дерматиты и камни почки и мочеточника.

Среди мужчин преобладают выявление таких нозологических форм, как катаракта, воспаление среднего уха и мастоидит, варикоцеле, хронический бронхит, деформаций носа и смещения, перфорации носовой перегородки гиперплазия простаты.

Преобладание тех или иных заболеваний у лиц разного пола показывает проявления избирательного действия вредных факторов феррохромового производства.

Таким образом, уровень и структура заболеваемости по данным медицинского осмотра, имеющиеся различия в половом аспекте требует улучшения качества профилактических медосмотров, так как это позволит значительно снизить уровень заболеваемости.

Все мероприятия, реализуемые в масштабе всего населения и направленные на первичную профилактику, должны включать: 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).

Литература:

1. Назарбаев Н.А. Казахстан-2030. Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев. Послание Президента страны народу Казахстана. – Казахстанская правда. – 11 октября 1997 г. – С. 22.

2. WHO, Health Promotion Glossary (reprint of brochure prepared for the Conference Investment in Health)//Bonn, 17-19 December 1990. Copenhagen, WHO Regional office for Europe, 1990

3. Firkowska-Mankiewier A et al. Ideology-Politics-Health: a view from Poland//Health promotion International, 5(2):151-160.-1990.

4. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Турдалиева Б.С., Исина З.Б. Теория и практика организации здравоохранения. – Алматы, 2003, 64с.

5. Максимова Т.М., Белов В.Б., Роговина А.Г. Некоторые особенности образа жизни в группах с разными ценностными ориентациями/ Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. –Москва, 2004, №3, с. 8-11.

6. WHO. Ottawa charter for Health Promotion. An International Conference on Health Promotion// Ottawa, Ontario, Canada.-1986.

7. La Montage, A.Youngstrom, R.Lewiton, M.Stoddard, A. Mclennan, D. Wallace, L. Barbeau, E.Sorensen, G. (in revieu) «Assessing and intervention on OHS programs: effectiveness evaluation of the Wellworks-2 intervention in 15 manufacturing worksites», Occup. Environ. Medicine, Sorensen, G. Stoddard, A.&Hammond, S.1996

8. «Double jeopardy: job and personal risks for craft persons and laborers» American Journal of health Promotion, vol.10, pp.355-363

9. Sorensen, G., Stoddard, A. LaMontagne, A.D.Hunt, M.K.Emmons, K.Youngstrome, R.McLennan, D.&Cristiani, D.C. 2002 "A comprehensive worksite cancer prevention intervention: behavior change results from a randomized controlled trial in manufacturing worksites", Cancer causes and control, vol. 13, pp.493-502

10. Гарипова Л.Н., Писаренко К.Г. Организация периодических медосмотров промышленных рабочих // Медицина труда и промышленная экология.-2006. -№2. –С. 42-45

ТҰЖЫРЫМ

Профилактикалық бағыттың тәжірибелік шешімі осы уақытқа дейінгі және алдағы уақыттағы алдын ала және ылғида жүргізілетін медициналық тексеру болып қала бермек.

Осыған байланысты, біз Ақтөбе ферробалқыту зауытында үш жыл қатарынан феррохром өндірісінің жұмысшыларының арасында комплекстік медициналық тексеру жүргізіп, олардың аурушылықтарын анықтадық.

Бұл зауыт ТМД көлеміндегі ең үлкен зауыт болып есептеледі.

Осы зауытқа жұмыс істеуге келген адамдарды жұмысқа қабылдаудың алдында медициналық тексеру сараптамасын өткеннен кейін ғана қабылдайды. Егерде аурулар анықталған болса оларды диспансерлік тіркеуге алады және сауықтыру шараларын қолданады. Бұл шара аурулардың таралу шеңберін және созылмалы аурулардың таралу жиілігін азайтады.

SUMMARY

Preliminary and periodic medical examinations have been and remain a practical solution for preventive directions.

We determined a morbidity of workers of ferrochrome production by results of comprehensive medical examinations at industrial site of Aktobe Ferroalloy Plant in average of three year period (2004-2006).

Aktobe Ferroalloy Plant JSC Branch AZF TNC «Kazchrome» is one of the largest factories of CIS.

Employees of ferrochrome production are examined by medical commission when entering at work, as well as periodically during the work. Identified patients are taken to check records and go through treatment. All this activity limits the range of patients and affects the rates of chronic diseases among workers.

К ВОПРОСУ О РАСПРОСТРАНЕННОСТИ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СГОРАНИЯ У РАБОТНИКОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ж.А.Калматаева

Высшая школа общественного здравоохранения, г.Алматы

Профессиональная деятельность медицинского работника, независимо от вида и формы собственности организации, в которой он работает связана с моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества в целом. Постоянные стрессовые ситуации, в которых находится медицинский работник в процессе общения и взаимодействия с клиентом, а в дальнейшем лечения пациента, постоянное проникновение в суть его социально-медицинских проблем, личная незащищенность и другие морально-психологические факторы оказывают негативное воздействие на социально-психологический статус медицинского работника.

Медикам, вовлеченным в длительное напряженное общение с другими людьми по роду своей деятельности свойственен, как и другим специалистам системы «человек — человек», так называемый синдром «эмоционального выгорания» - СЭВ. Это связано также с тем, что в своей деятельности медицинский работник, помимо профессиональных знаний, умений и навыков, в значительной мере использует свою личность, являясь своего рода «эмоциональным донором».

Термин — «эмоциональное сгорание» был введен американским психиатром Х. Дж.Фрейденбергером в 1974 г. для характеристики психологического состояния здоровых людей, находящихся в интенсивном и тесном общении с клиентами, пациентами в эмоционально нагруженной атмосфере при оказании профессиональной помощи /1,2/. Первоначальные исследования этого явления носили в основном эпизодический и описательный характер/3/. Социальный психолог К.Maslac (1976 г.) определила это состояние как синдром физического и эмоционального истощения, включая развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к клиентам или пациентам.

Первоначально под данным синдромом подразумевалось состояние изнеможения с ощущением собственной бесполезности. Позже симптоматика данного состояния существенно расширилась за счет психосоматического компонента. Исследователи все больше связывали синдром с психосоматическим самочувствием, относя его к состояниям предболезни. В Международной классификации болезней (МКБ-Х) СЭВ отнесен к рубрике Z73 - “Стресс, связанный с трудностями поддержания нормального образа жизни”. Но, до сих пор не существует единой точки зрения на сущность психического выгорания и его структуру. Синдром “эмоционального выгорания” некоторые авторы (Е. Махер, К. Кондо) рассматривают как разновидность стресса, когда клиенты выступают в качестве стрессогенных факторов. Однако другие исследователи не отождествляют эффекты выгорания и профессиональные стрессы, рассматривая “эмоциональное выгорание” не как разновидность стресса, а как результат влияния комплекса стрессогенных факторов (С. Маслач, А. Г. Абрумова, В. В. Бойко). В. В. Бойко рассматривает “выгорание” как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия, приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального поведения. Выгорание отчасти функциональный стереотип, поскольку позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. В то же время могут возникать его дисфункциональные следствия, когда “выгорание” отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности./4/

На то, что данное явление актуально и значимо указывают данные научных исследований, проводимых среди различных специалистов социальных учреждений на протяжении последних десятилетий. Исследования посвящены изучению влияния различных социально-психологических факторов /5/, половозрастных и гендерных особенностей /1,6-8/, профессиональной деятельности /9/ на формирование синдрома эмоционального выгорания у специалистов различных служб. Также имеются данные обратного влияния СЭВ на физическое здоровье /10/.

В настоящее время проводятся много исследований, документально подтверждающих широко распространенную неудовлетворенность профессией и чувство сожаления в связи с выбором медицинской карьеры. При этом, одно из первых мест по риску возникновения СЭВ занимает профессия медицинской сестры /10/. Это же подтверждают данные итальянских исследователей, из которых следует, что 30% медицинских сестер подвержены сгоранию вызванным эмоциональным упадком, в сравнении с 18% врачей с подобным синдромом. /22/.

По данным российских исследователей, только 20-25% профессионалов, работающих в сфере психологической помощи, не испытывают синдрома эмоционального выгорания /11/.

В США проводились исследования среди врачей генетиков. Результатом этого исследования стала разработка шкалы сгорания среди генетиков, которая может быть использована для определения риска, уровня сгорания и в дальнейшем выработки стратегии для улучшения взаимоотношений среди врачей и пациентов /12/. Российские ученые установили взаимосвязь СЭС и психологических, соци-

альных факторов среди врачей стоматологов /13/.

В Японии исследования 3–х групп врачей скорой помощи проводились с учетом профессиональной нагрузки. В результате выявлено, что среди работников с высокой нагрузкой уровень сервиса является низким. На основании полученных данных разработаны рекомендации, заключающиеся в том, что каждый 4 день необходимо посвящать улучшению и сохранению своего здоровья и работе над качеством сервиса./14/.

Лонгитудинальное исследование факторов, влияющих на удовлетворенность работой, проведенное в 1994, 1998, 2004 годах среди врачей США выявило тенденцию к снижению количества медработников, довольных работой. По последним данным, у одной трети респондентов имеется признаки СЭВ /15/.

В Австрии 34% медработников реанимации в риске возникновения СЭВ, 6% имеют СЭВ (это те врачи, которые имеют меньше возможностей посещать тренинги и программы). Установлено, что нет заметной статистической разницы в зависимости от возраста, гендера, семейного статуса и стажем /16/.

Данные исследования, проведенного в Мексике, показывают, что 18,6% медработников среднего возраста находятся в состоянии депрессии (>10 баллов по шкале Бекка), 38,6% респондентов имели депрессию за последние 2 года, 26% медработников имеют признаки эмоционального сгорания. Установлено, что сгорание среди медработников связано с организационными и персональными составляющими. Основными факторами риска являются работа в ночную смену и отсутствие постоянного партнера в личных отношениях /18/.

О том, что психиатры находятся под большим риском эмоционального сгорания, чем другие медработники указывают работы, проведенные в Новой Зеландии. По их мнению, такое положение обусловлено такими факторами, как частое столкновение с явлениями насилия и суицида, ограниченные ресурсы, переполненные палаты, некомпетентные консультанты, неспособность к системным изменениям, конфликт между обязанностями работников и обязательствами перед пациентами, изолированность/19/. Почти 2/3 психиатров в Новой Зеландии находятся под риском сгорания в связи с эмоциональным упадком. Эти исследования еще раз подтверждают прямую корреляцию между сгоранием и уровнем удовлетворенности работой /21/.

Результатом одного из исследования во Франции стали данные о наличии синдрома сгорания среди 50% работников интенсивной помощи и 1/3 медицинских сестер, при этом факторы, влияющие на эти две группы разные. Для работников интенсивной помощи основными факторами являются большое количество рабочих часов, ночные смены, время с последнего отпуска, тогда как для медицинских сестер основными причинами стали организационные вопросы, как организация отдела (департамента) и характеристики связанные с end-of-life-related. Для предотвращения синдрома предлагается создание рабочих групп, разработка и внедрение коммуникативных стратегий, привитие умений управлять конфликтами/20/.

Канадские исследователи установили, что семейные врачи также находятся под риском высокого уровня сгорания. Классическое сгорание обусловлено большим количеством бумажной работы, долгим ожиданием специалистов и результатов анализов, чувством невостребованности, недостаточной поддержкой, ограничением за счет правил и регуляторов. Общими мерами для предотвращения являются правильное питание, провождение времени с семьей, периодическая оценка взаимоотношений пациентов и врачей, а также участие в обучающих программах /23/.

Подобные исследования стали предпосылками для разработки мер профилактики и лечения данного синдрома у медицинских работников. Эксперимент, проведенный в Италии среди 65 человек медработников продемонстрировал высокую эффективность лечения СЭВ творческой (художественной) терапией/24/.

Еще одним из способов предотвращения данной ситуации является формирование Балинтовских групп. Исследованные работники были участниками таких групп на протяжении от 3 до 5 лет. В подобных группах проходят обсуждения с акцентом не на клинический анализ ведения данного пациента, а на различные особенности и аспекты взаимоотношений врача с пациентом в рамках данного случая, их реакции на меняющиеся обстоятельства этой ситуации, что отличает балинтовские группы от традиционного клинического разбора, консилиума или супервизии. Для этого нужно, чтобы в групповых дискуссиях говорили не только о том, что думает, но и о том, что чувствует врач (эмоционально и телесно) во взаимоотношениях со своим пациентом, что доктор и пациент значат друг для друга, и что они друг для друга делают? 17/.

Изучение научных работ на предмет исследования СЭВ среди медработников Республики Казахстан показало, что на сегодняшний день в стране нет работ, посвященных изучению стрессоустойчивости в профессиональной деятельности медицинских работников, что свидетельствует о недостаточном внимании, уделяемом исследователями данной проблеме. Актуальность изучения СЭВ в мире, вызывает научный интерес и вопросы о масштабах и глубине развития рассматриваемого явления у медицинских специалистов в Казахстане. Недостаточная теоретическая база данного вопроса определила выбор одного из направлений нашего исследования: «Влияние различных факторов на формирование синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинского работника». Бесспорно, что знание проблемы развития СЭВ будет иметь важное значение для общественного здравоохранения Казахстана.

Разработка предложений и мер по предотвращению и снижению развития эмоциональной неудовлетворенности среди работников здравоохранения может оказать положительный эффект на профессиональную сторону жизни медицинских работников: увеличение компетенции, профессионального определения, чувства безопасности, формирование долгосрочности и удовлетворенности работой, что параллельно приведет к улучшению и сохранению собственного здоровья и здоровья пациентов.

Литература:

1. Фирсов М.В. Студенова Е.Г. Теория социальной работы: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений.– М.: Владос,2001.– 432с.

2. Brunt G. Burnout, http://www.corporatetraining.co.za.

3. Санькова М.И. «Синдром эмоционального сгорания» у социальных работников. Теоретический анализ понятия». Человек. Сообщество. Управление. № 2, 2002

4. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М.: Наука, 1996. – 154 с.

5. Мартынова Т.Н., Бусовикова О.П. «Исследование формирования синдрома эмоционального выгорания в профессиональной деятельности социальных работников» «Сибирская психология сегодня: Сборник научных трудов». - Вып. 2. - Кемерово: Кузбассвузиздат, 2003. - 410 с. ISBN 5-202-00661-6

6. Ogus E.D. Grenglass E.R.., Burke R.J. Work Stress and Depersonalization //Jornal of Social behavior and Personality. 1990. Vol.5 N5.P.387-398.

7. Gross G.R.., Larson S.J. Gender Differences in Occupational Stress among Correctional Officers// American Journal of Criminal Justice: 1994. Vol.18. N 2P. 219-234.

8. Орел В.Е. Феномен «выгорания » в зарубежной психологии: имперические исследования // Психологический журнал . 2001. Е. 22№ 1. С. 3-9.

9. Леонова А.Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса//Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы.–2001.– №11.– стр.2-16.

10. Павел Сидоров. Медицинская газета №43 – 8 июня 2005 г. Синдром эмоционального выгорания. http://medgazeta.rusmedserv.com/2005/43/article_1322.html

11. Умняшкина Светлана Владимировна. Синдром эмоционального выгорания как проблема самоактуализации личности (в сфере помогающих профессий) : Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 : Томск, 2001 162 с. РГБ ОД, 61:02-19/211-4

12. Geller G. What do clinicians derive from partnering with their patients? Patient Educ Couns. 2008 Aug;72(2):293-300.

13. Larentsova LI, Role of psychological and social factors in forming in doctors-stomatologists the syndrome of emotional burnout. Stomatologiia (Mosk). 2008;87(1):89-95.

14. Okamoto H. An occupational health study of emergency physicians in Japan: health assessment by immune variables (CD4, CD8, CD56, and NK cell activity) at the beginning of work. Occup Health. 2008 Mar;50(2):136-46.

15. Cydulka RK, Korte R. Career satisfaction in emergency medicine: the ABEM Longitudinal Study of Emergency Physicians. Ann Emerg Med. 2008 Jun;51(6):714-722.

16. Lederer W. Fully developed burnout and burnout risk in intensive care personnel at a university hospital. Anaesth Intensive Care. 2008 Mar;36(2):208-13.

17. Kjeldmand D.Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. Ann Fam Med. 2008 Mar-Apr;6(2):138-45.

18. Esquivel-Molina CG. Burnout syndrome in medical staff affiliated to a tertiary care hospital. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2007 Sep-Oct;45(5):427-36.

19. Kumar S. Burnout in psychiatrists. World Psychiatry. 2007 Oct;6(3):186-9.

20. Embriaco N. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. Curr Opin Crit Care. 2007 Oct;13(5):482-8.

21. Kumar S.Burnout and job satisfaction in New Zealand psychiatrists: a national study. Int J Soc Psychiatry. 2007 Jul;53(4):306-16.

22. Klersy C.Working Group on Burnout and Dialysis. Nephrol Dial Transplant. 2007 Aug;22(8):2283-90. Epub 2007 Apr .

23. Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? Can Fam Physician. 2008 Feb;54(2):234-5.

24. Italia S. Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. Psychooncology. 2007 Nov 9;17(7):676-680.

ТҰЖЫРЫМ

Дүниежүзіндегі медициналық қызметкерлердің арасындағы эмоцияға душар болу сидромын зерттеудің өзекті мәселе болумен қатар, бұл кәсіптік жұмыс істеуге және өз кәсібіне деген қызығушылықты төмендетумен қатар Қазақстан қауымдық денсаулық сақтау саласындағы ғылыми қызығушылықты тудырып сонымен қатар қазіргі уақытта маңызды мәселе болуда. Мақалада медициналық қызметкерлердің арасындағы эмоцияға душар болу синдромын зерттеудің қысқа көлемде шетелдік зерттеулер көрсетілген.

SUMMARY

The relevance of studying emotional burnout syndrome among health care professionals in the world as one of the reasons for decline in interest and quality of professional activity, initiates scientific interest and acquires significance for public health in Kazakhstan. The article provided a brief overview of international studies on emotional burnout among health care workers.

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ВОПРОСОВ БЕЗОПАСНОСТИ ТРУДА И РАБОЧЕГО МЕСТА МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

М.В.Баймагамбетова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

В Послании Президента страны к народу Казахстана Стратегия «Казахстан-2030» одним из 30 важнейших направлений определено здоровье и благополучие граждан нашей страны.

Правительство Республики Казахстан в своем Постановлении от 21.12.2007г. №1260 «Об утверждении программы «Здоровый образ жизни» на 2008 – 2016 годы» отмечает как один из аспектов программы внедрение проектов «Здоровые рабочие места», «Больницы, способствующие укреплению здоровья», что подчеркивает значение необходимости укрепления здоровья работающих и создания здоровых рабочих мест [1].

Государством предпринят ряд мер, направленных на обеспечение безопасности работников предприятий и их рабочих мест. Законом РК о Труде, нормативными актами Минтруда, МЗ РК рассматриваются определенные положения по устройству рабочих мест, требования к работникам, меры по обеспечению их безопасности, приводятся разъяснения к порядку выполнения своих рабочих обязанностей, направленных на обеспечение собственной безопасности. Отражены гарантии прав работников на безопасность и охрану труда в процессе трудовой деятельности, предусмотрены обязательные медосмотры работников, их обучение вопросам безопасности и охраны труда, права и обязанности работника, работодателя по вопросам безопасности и охраны труда, обеспечение безопасности рабочего места. Также рассмотрены вопросы разрешения споров, материальной ответственности, однако не указано о необходимости обеспечения здорового морального климата, что является одним из условий, влияющим на укрепление здоровья самого работающего и находящихся в его окружении (пациенты). Для работников, имеющих вредные условия труда, изданы нормативно-правовые акты, где затрагиваются вопросы психологической разгрузки, как например, приказ МЗРК от 15 мая 2007 года № 307 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил и норм» Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию и эксплуатации центров управления и организации воздушного движения гражданской авиации и условиям труда диспетчеров [2-14].

Предусмотрены правила по проведению аттестации работников и их рабочих мест на соответствие нормам безопасности, утверждены инструкции по безопасности и охране труда работодателем [4,5,6].

Приказ МЗРК №760 оговаривает действия медицинской сестры и последовательность проведения профилактических прививок детям только после осмотра врача и оформления разрешения на проведение иммунизации в медицинской документации в установленном порядке [7].

Рассматривая далее вопросы обеспечения безопасности работающего медицинского работника, его рабочего места, следует обратиться к вопросу предупреждения внутрибольничного инфицирования (ВБИ), в т.ч. ВИЧ инфекцией, гепатитами В и С.

Еще Минздравом СССР предусматривалась организация и проведение санитарно-гигиенических мероприятий по профилактике ВБИ в лечебно-профилактических учреждениях. [8]. Однако проблема ВБИ остается актуальной. ВОЗ показал, что в любой момент времени 1,4 миллиона человек в мире больны в результате приобретенных в больницах инфекций. В развивающихся странах такие инфекции приобретает от 5 % до 10 % пациентов, а в некоторых из них этот показатель достигает одной четверти всех пациентов. И наиболее действенным подходом к борьбе с ВБИ, является обеспечение мытья рук осмотром пациента [15]. Исследования, проведенные среди врачей и медицинских сестер, работающих в двух кантональных больницах Швейцарии, показали, что уровень соблюдения надлежащей практики возрос на 25 %, а предотвращение нозокомиальных инфекций во всех больницах Швейцарии составляет 17 000 в год. [16].

Профессиональная деятельность медицинских сестер связана с высоким риском заражения инфекционными заболеваниями, а так же заражением пациентов в любом медицинском учреждении. Поэтому главная задача — активная профилактика ВБИ.

Приказ КГСЭН №23 утверждает требования к санитарно-техническому, медицинскому, технологическому оборудованию, мебели, инвентарю; гигиенические требования к условиям труда и быта персонала больниц. Четко даны предписания по организации инфекционного контроля за ВБИ, поведению медицинских работников больниц при проведении медицинских процедур. Особо отмечено, что медицинским работникам запрещается надевать повторно колпачок на использованные иглы, сгибать и ломать их; проводить замену игл. Приводится информация по мерам безопасности на случай предупреждения заражения ВИЧ инфекцией [12].

Таким образом, предусмотрены все стороны деятельности мед.персонала и действия, направленные на обеспечение безопасности работающего, рабочего места и пациента. Однако, на практике значительная часть медицинских сестер при

проведении вышеуказанных процедур поступают с точностью до наоборот, что может повлечь за собой аварийную ситуацию и заражение ВИЧ инфекцией, гепатитами В и С и создать в последующем угрозу для безопасности других работников и пациентов.

Национальные протоколы лечения и профилактики ВИЧ инфекции, утвержденные МЗ РК в 2002г. подробно и доступно описывают возможности возникновения аварийных ситуаций заражения ВИЧ инфекцией в работе медицинских работников [9]. Однако не все медицинские работники старшего, среднего и младшего звена знают и соблюдают эти правила. Журнал регистрации аварийных ситуаций ведется не регулярно, а опросы младшего медицинского персонала зачастую указывают на незнание своих прав и действий в случае возникновения аварийных ситуаций.

Наиболее полно отражены требования к устройству рабочего места и деятельности персонала по обеспечению безопасности пациента бальнеотерапевтических кабинетов и отделений. [10] Приказом утверждены гигиенические требования к помещениям и зданию бальнеотерапевтических кабинетов и отделений; к медицинскому и обслуживающему персоналу, в т.ч. указано, что после каждой процедуры должно проводиться тщательное двукратное мытье рук в теплой проточной воде с мылом; персонал должен пользоваться индивидуальными полотенцами, сменяемыми ежедневно или салфеткой одноразового пользования и т.д.

В 2006г. КГСЭН РК утверждены санитарно-эпидемиологические правила и нормы условий работы и медицинского обеспечения при проведении инфекционного контроля за ВБИ в медицинских организациях РК [13]. Правила устанавливают требования к условиям работы и медицинского обеспечения при проведении инфекционного контроля за ВБИ. Для эффективной организации системы инфекционного контроля в каждой медицинской организации (стационаре) создается комиссия инфекционного контроля. Каждая мед. организация должна разработать свою программу ВБИ контроля и работать согласно этой программе. Координация деятельности в системе инфекционного контроля должна обеспечиваться первым руководителем мед.организации. Однако, Постановлением Коллегии КГСЭН РК от 13.04.2007г. отмечается, что созданные комиссии инфекционного контроля в ЛПО работают формально и не выполняют возложенных на них функций. Планы по инфекционному контролю в основном не имеют конкретного наполнения, отсутствуют сроки исполнения, не прописаны детальные меры по улучшению ситуации и в связи с этим имеют низкую эффективность по улучшению ситуаций в ЛПО. Пресс-служба МЗ РК отмечает, что в 2007 году в РК зарегистрирован рост заболеваемости ВБИ на 5% больше, чем в 2006г [17].

Защита прав и безопасность в Казахстане определяется рядом законодательно-нормативных актов [18-25]. Так, Гражданским кодексом обеспечивается защита прав потребителей средствами, предусмотренными Кодексом или иными законодательными актами. Более конкретно регламентируются права потребителей продукции в Законе РК «О защите прав потребителей». Любой потребитель имеет право на: надлежащее качество продукции (читай - медицинской услуги); полную и достоверную информацию о продукции (медицинской услуге); безопасность продукции (медицинской услуги); имеет право на «обращение в суд и другие уполномоченные государством органы»; на объединение в общественные организации потребителей и возмещение причиненного ущерба. Статьей 9 устанавливается право на надлежащее качество оказываемой услуги….

Таким образом, предусмотрено право потребителей, объединенных в общественные организации, на участие в разработке нормативных документов. Убытки, причиненные потребителю…. подлежат возмещению (контроль качества).

Однако, при практическом рассмотрении подготовки нормативных актов, касающихся качества оказания медицинской услуги, разработки стандартов (протоколов) диагностики и лечения и других нормативных документов, регламентирующих деятельность медицинских организаций, представители гражданского общества, как правило, не привлекаются, депутатами не обсуждаются.

Государством предусмотрена обязательность безопасности и ее обеспечение для всего народа Казахстана. Это нашло свое отражение в Законе РК «О национальной безопасности РК». Безопасность населения в Казахстане обеспечивается по вопросам ядерной безопасности, биологической безопасности, радиационной безопасности населения и др.

Правовые основы государственной системы обеспечения безопасности продукции, услуги, процессов в РК, установлены в Законе «О техническом регулировании». Настоящий Закон дает определение безопасности продукции и процессов (в т.ч. медицинской услуге), как отсутствию недопустимого риска, связанного с причинением вреда жизни, здоровью человека, окружающей среде, в том числе растительному и животному миру, с учетом сочетания вероятности реализации опасного фактора и степени тяжести его последствий.

Закон утверждает цель: «…обеспечение безопасности продукции, процессов для жизни и здоровья человека и окружающей среды, в том числе растительного и животного мира; обеспечение национальной безопасности; предупреждение действий, вводящих в заблуждение потребителей относительно безопасности и качества продукции, услуги….», определяет ответственность государственных органов, их должностных лиц, физических и юридических лиц за 1) безопасность

продукции, реализуемой на рынке; 2) нарушение требований, установленных техническими регламентами в соответствии с законами РК. Вред, причиненный жизни, здоровью или имуществу гражданина, либо имуществу юридического лица в результате несоответствия продукции требованиям, установленным техническими регламентами, подлежит возмещению в соответствии с гражданским законодательством РК [24].

Однако в Законе не указано на медицинскую услугу, как продукцию, реализуемую на рынке медицинских услуг. Данный аспект подразумевается в контексте, но не имеет реального отражения в документе.

Законом РК «Об охране здоровья граждан в РК» оговаривается защита прав пациентов, как комплекс организационных и практических мероприятий, направленных на обеспечение своевременного, качественного и доступного получения пациентами услуг медицинского характера, дается определение пациенту, как физическому лицу, являющемуся потребителем медицинских услуг [19].

Таким образом, в этом Законе впервые четко указывается, что пациент является потребителем услуг медицинского характера.

Основные принципы государственной политики в области охраны здоровья граждан складываются из ряда основных принципов, в т.ч.:

- солидарной ответственности … работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья;
- профилактической направленности медицинской помощи в деятельности системы здравоохранения;
- защиты прав пациентов.

В статье 6. Закона определяется ответственность работодателей за создание условий (в т.ч. рабочее место), обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья работников в соответствии с законодательством РК

Законом определено, что граждане РК имеют право на получение информации о состоянии своего здоровья и факторах, влияющих на здоровье. Граждане имеют право на получение необходимой информации от …. работодателей о методах профилактики и лечения, об уровне заболеваемости населения, о факторах, влияющих на их здоровье, включая состояние окружающей среды, условия труда, быта и отдыха. Граждане РК имеют право на возмещение вреда, причиненного их здоровью, в т.ч. возмещение морального и материального ущерба, причиненного их здоровью …. работодателями или иными лицами (в т.ч. медицинскими работниками).

Закон РК «О системе здравоохранения» приводит основные принципы и задачи государственной политики в отношении «…здоровья населения и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в т.ч., что здоровье населения относится к факторам обеспечения национальной безопасности и ответственность государственных органов за создание условий, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья граждан.

Все вышеперечисленное входит в проект ВОЗ «Здоровые рабочие места», реализация которого позволит каждому человеку почувствовать удовлетворенность от работы, повышение чувства собственного достоинства, снижение психоэмоциональных нагрузок, сохранение здоровья у себя и в семье [26].

Закон РК «О лекарственных средствах» наиболее полно регулирует общественные отношения в сфере безопасного обращения лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения, определяет основы обеспечения населения РК безопасной, эффективной и качественной лекарственной помощью [24].

Приказ МЗРК №582 рассматривает вопросы инфекционного контроля, безопасности пациентов и медицинского персонала, техники безопасности, прав пациентов и изучение уровня их удовлетворенности качеством медицинской помощи [25].

Обеспечение безопасности труда медицинского работника предусматривается законодательной базой РК, однако в ней не выделено значение ресурсного обеспечения медицинской организации, уровня штатной укомплектованности, систематического повышения квалификационной подготовленности работника, создания психоэмоционального и физического комфорта на рабочем месте, обеспеченность работника мерами личной безопасности.

В тоже время материалами МОТ и ВОЗ подчеркнуто, что создание подходящих рабочих условий и атмосферы путем правильной организации работы, сокращение напряженности; обеспечение безопасности здоровья рабочих службы здравоохранения повышает мотивацию к выполнению работы и снижает уровень “человеческого фактора” в возникновении нежелательных инцидентов [27, 28].

Таким образом, законодательно-нормативные акты в РК обеспечивая безопасность медицинских услуг, защиту прав пациента, предусматривая безопасность и охрану труда работников, действуют не в полной мере и не охватывают все стороны деятельности. Поскольку поднятие качества лечебно-профилактического обслуживания населения тесно связано с дальнейшим ростом использования принципов формирования здорового образа жизни, то при проектировании системы безопасности для здоровья человека, необходимо усилить мероприятия первичной профилактики: изучить причины и факторы риска, образования неблагоприятных обстоятельств возникновения заболеваний и патологических состояний, формирования условий и факторов здорового образа жизни пациентов, здорового развития личности, т.е. создать институт здоровья, направленный на охрану и воспроизводство здоровья здоровых людей.

Литература:

1. Постановление Правительства от 21.12.2007г. №1260 «Об утверждении программы «Здоровый образ жизни» на 2008 – 2016 годы»
2. Трудовой Кодекс РК от 15.05.2007г. №252-Ш ЗРК
3. Приказ МЗ РК от 15.05.2007г. №307 «Об утверждении санпин «Сан-эпид требования к содержанию и эксплуатации центров упр. и организации воздушного движения гражданской авиации и условиям труда диспетчеров»
4. Приказ МЗ РК от 12.03.2004г. N243 «Об утверждении Перечня вредных производственных факторов, профессий, при которых обязательны предварительные и периодические медицинские осмотры и Инструкции по проведению обязательных предварительных и периодических мед. осмотров работников, подвергающихся воздействию вредных, опасных и неблагоприятных производственных факторов»
5. Приказ Мин.труда и соц.защиты населения РК от 23.08.2007г. №203-п «Об утверждении Правил проведения обязательной периодической аттестации производ.объектов по условиям труда производ.объектов, цехов, участков, рабочих мест в целях определения состояния безопасности, вредности, тяжести, напряженности выполняемых на них работ, гиг. труда и определения соответствия условий производ.среды нормативам в области безопасности и охраны труда»
6. Приказ Мин.труда и соц.защиты населения РК от 16.07.2007г. №157-п «Об утверждении Правил разработки и утверждения инструкции по безопасности и охране труда работодателем»
7. Приказ МЗРК от 17.10.2003г. №760 «О дальнейшем совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи детскому населению в РК»
8. МЗ СССР 29.08.1988г. «Тип.инструкция по охране труда для перс.опер. блоков»
9. Национальные протоколы лечения и профилактики ВИЧ инфекции
10. Приказ КГСЭН РК от 11.07.2002 №26 «Об утверждении Санпин "Сан-гиг. и противоэпид. требования к устройству и эксплуатации отделений (кабинетов) бальнеотерапевтических процедур»
11. Приказ КГСЭН РК от 2.07.1997г. «Санитарные правила устройства и содержания лечебно-профилактических учреждений №3.01.042.97
12. Приказ КГСЭН РК от 24.06.2002г. № 23 «Об утверждении санпин «Требования к устройству и содержанию больничных организаций и организаций ОМД»
13. Приказ КГСЭН РК №349 «Сан-эпид требования к условиям работы и мед.обеспечения при проведении инфекционного контроля за ВБИ в МО РК»
14. Приказ МЗ РК от 25.07.2003г. №568 «Об утверждении санпин «Сан-эпид требования к устройству, содержанию и организации работы детских оздоровительных организаций».
15. ВОЗ Информационный бюллетень №1, 2006
16. Agnès Leotsakos- 10.11.2006г. Женева
17. Пресс-служба МЗ РК от 14.12.2007г.
18. Гражданский кодекс РК
19. Закон РК «Об охране здоровья граждан в РК» от 19.05.1997г. № 111-1.
20. Закон Каз.ССР «О защите прав потребителей» от 5.06.1991г.
21. Закон РК «О национальной безопасности Республики Казахстан».
22. Закон РК «О системе здравоохранения» от 4.06.2003г. №430-II
23. Закон РК «О техническом регулировании» от 09.11.2004 года №603-11
24. Закон РК от 13.01.2004г. №522-II «О лекарственных средствах»
25. Приказ МЗРК от 28.09.2007 г. №582 «Об утверждении стандартов аккредитации для медицинских организаций, оказывающих ВСМП»
26. Аканов А.А., Германюк Т.А., Аимбетова Г.Е. и др. Проект ВОЗ «Здоровые рабочие места» для внедрения в Казахстане, Алматы 2003, 54 с.
27. ХусбергВ. Цена риска/Охрана труда и соц. страхование/ №3, 2008. – с.3-6.
28. Regional guidelines for development of healthy workplaces, WHO regional office for the western pacific, 1999

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада Қазақстан Республикасындағы қызметкерлер мен пациенттердің жұмыстары мен еңбек орындарындағы қауіпсіздікті қадағалайтын заңдық-нормалық базасын анализдеу көрсетілген. Мақала иесі, нормалық құжаттар болған күнде де, медициналық көмектердің қауіпсіздігін қамтамасыз етуді регламенттейтін, қызметкерлер мен пациенттердің жұмыстары мен еңбек орындарындағы қауіпсіздігін қамтамасыз ететін жағдайлар толығымен және жан-жақты жеткілікті қолға алынбағандығын айтып отыр.

SUMMARY

The article provides an analysis of legislative and regulatory base for occupational safety and workplace of health-care workers and patients in the Republic of Kazakhstan. The author stresses that despite the fact that a number of regulations to ensure the safety of health care, patient rights protection, providing security and safety of employees exists, it does not operate in full and does not cover all of the functions of health care professionals to ensure the safety of their self, their work location and patient safety.

ЕСІРТКІНІҢ МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДА ТАРАЛУ СЕБЕПТЕРІН ЖАН-ЖАҚТЫ ЗЕРТТЕУДІҢ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ

Г.У.Абдреева, М.Ж.Темірбеков, М.А.Бөлешев, Ф.С.Байзақова

Оңтүстік Қазақстан облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы, Шымкент қаласы.

Есірткіге салыну қазіргі заманның шешуді қажет ететін әлеуметтік-медициналық мәселелерінің бірі болып табылады. Наркомания кеселінің таралуы соңғы он жыл ішінде мектеп жасындағы балалар арасында белең ала бастағандығы байқалады. Сондықтан ауыл жастары арасындағы наркоманияға көзқарасты социологиялық тұрғыда зерттеу, осы кеселге профилактикалық шараларды одан ары жетілдіруге ықпалын тигізетіндігі айтпаса да түсінікті болады. Оңтүстік Қазақстан облысының Қазығұрт ауданындағы мектеп жасындағы балалар мен жасөспірімдер арасында жүргізілген социологиялық зерттеу осы шаралардың бастапқы көрінісі деп қарастырамыз.

Социологиялық зерттеу жұмысы тікелей интервью алу арқылы жүзеге асырылады, сондықтан интервью алу арқылы жүзеге асырылды. Интервью жүргізуге арналған сұрақнама 30 сұрақтан түзілген. Сұрақнамаға тартылған мектеп оқушылары жастары бойынша төмендегідей болып жіктелген.

Респонденттердің жастары және жыныстары бойынша таралуы (абс және %)

Жастық топтар (жыл)	Жыныстық топтар					
	Ер балалар		Қыздар		барлығы	
	абс	%	абс	%	абс	%
7 – 9	29	32,9	26	31,3	55	32,2
10 – 12	31	35,2	28	33,7	59	34,5
13 - 15	28	31,9	29	35,0	57	33,3
Жалпы саны	88	100,0	83	100,0	171	100,0

Сұрақнама қорытындысы бойынша оқушылардың есірткі туралы деректі негізінен теледидардан (58%) және ата-анасының әңгімесінен естігендігі байқалады. Мектеп қабырғасында есірткі туралы тәрбиелік жұмыстардың аса көп жүргізілмейтіндігі байқалады (14%). Алайда, сұрақнамаға қатысқан 171 респонденттің бірдебірі есірткіні қабылдамайтыны анықталып отыр. Мектеп жасындағы оқушылардың 4 % есірткіні қайдан табуға болатындығын анық біледі. Респонденттердің 1%-ында есірткіге салынған таныстары бар болып шықты.

Есірткі заттарды қолдануға бейім тұлғалар ретінде оқушылар қаңғыбастарды және қылмыскерлерді баса көрсетті. (75%). Респонденттердің 38% есірткі заттарды қолдануға алып келетін себеп ретінде «қызық үшін» деген жауапты таңдаған. Өскен орта мен басқа адамдардың ықпалын желеу еткендердің үлес салмағы 18%, спирттік ішімдіктердің әсерінен және ересек болып көріну үшін деген жауапты респонденттер 11% берген.

Жастар арасында нашақорлыққа қарсы күресті ұйымдастырудың тиімді жолы ретінде есірткінің қауіптілігі туралы ақпаратты таратуды (47%) және құқық қорғау органдарының жастарды қадағалауын (30%) күшейту қажеттілігін баса айтқандардың үлес салмағы жоғары болып шықты.

Мектепте тәрбие сағаты жүйелі түрде өткізіледі деп оқушылардың 56% ғана атап өткен. Ал, тәрбие сағатына мектеп әкімшілігі мүшелерінің, оның ішінде психолог маманның қатысуы туралы оңды жауап бергендердің үлес салмағы жалпы респонденттердің 47% құрады. Ал, оларды тәрбие сағатына мүлде қатыспайды деп сұрақнамаға қатысқандардың 28% атап өткен.

Тәрбие сағатының тақырыбына қанағаттанбайтындардың үлес салмағы 34% жетеді. Олардың ішінде, осы сағаттың тақырыбы бірыңғай, жаттанды сондықтан қызықты емес және тәрбиелік маңызы жоқ деп есептейтіндер де аз емес (22%).

Мектеп оқушыларының 30% психолог маманның жеке жұмыс жүргізуімен қамтылмаған.

Респонденттердің басым бөлігі қиын жағдайға тап болғанда ата-анасы (49%) мен достарының (36,2%) көмегіне жүгінетін болып шықты. Ал, психолог маманы бұл жағдайларды шешуге қатыспайды деп шешуге болады. Психологтардың жұмысына қанағаттанғандардың үлес салмағы аса жоғары емес (58%). Мектепте психологтардың жұмыс істейтіндігін білмейтіндер де (2%) бар болып шықты.

Нашақорлықты қоғамға зиянсыз деп санайтындардың қатар саны да аз емес (7%). Респонденттердің жыныстық қатынасқа деген көзқарастары әртүрлі болып шықты. Олардың 5% жыныстық қатынастың ерте басталуын құптайды, ал 21% - адамдардың өздері шешуі тиіс деп есептейді.

Нашақорлар, жезөкшелер және нашақорлар ВИЧ – инфекциясын жұқтыруға бейім топтарға

жатқызатындардың үлес салмағы 77% құрайды. Алайда, осы топқа аты аталған тұлғаларды жатқыза алмағандар саны да аз емес (23%).

Нашақорлыққа қарсы күресте ақпарат құралдарының үгіт-насихат жұмысы тиімді деп есептейтіндердің үлес салмағы 43% жетеді, сурет байқауларын өткізу қажет деп есептейтіндердің үлес салмағы 22% жетсе, «Теңбе-тең» шарт бойынша сөзсайыс өткізуді қолдайтындардың үлес салмағы 12% құрады.

Зиянды әдеттердің алдын алуда дәрігер (32%) мен ата-ананың (30%) көмегіне жүгінуді дұрыс санайтындар басым. Бұл жұмыста сынып жетекшісінің (7%), психологтың (17%) көмегін артық деп санайтындар аса көп емес. Респонденттердің аз бөлігі (11%) осы жерде достардың көмегі қажет деп санайды.

Есірткіге ұрынуға алып келетін ең жиі себеп отбасындағы ұрыс-керіс деп есептейтіндердің үлес салмағы (27%) айтарлықтай. Есірткі бас ауруын қойдыратын емдік шара деп есептейтіндер де кездеседі (5%). Алайда, есірткіге алып келетін негізгі себептерді дұрыс атай алмағандардың үлес салмағы басым.

Есірткіге салынбаудың ең басты шарасы ретінде мектептегі және отбасындағы арақатынастың жақсы болуы деп атап көрсеткендер (63%) басым. Есірткіге ұрынбаудың жолы ретінде ұрыс-керістен аулақ жүру және ешкіммен де қатынаспау деп есептейтіндер де аз емес (18%).

Егер жанындағы досы есірткіге ұрынса, оны дәрігерге ұсынатындар мен ата-анасына хабарлайтындар (20%) саны да жеткілікті. Мұғаліміне және психологқа осы сырды ашатындардың үлес салмағы аса жоғары емес (4% және 14%).

Респонденттердің айтарлықтай бөлігі (26%) нашақорлық мәселесі мен профилактикасын белсенді ұйымдастыру үшін наркологтарды тарту керек деп есептейді, 30% психологтармен жұмыс істегенді қалайды, 17% наркомания туралы бейнефильмдерді тамашалау керек дейді, 9% мектеп аумағындағы күзетті күшейтуді ұсынады.

Респонденттердің 78% нарколог маманымен кеңес жүргізгісі келетіндігін атап өтсе, олардың 21% қарсы болып шықты.

Нашақорларды қылмыскер деп танитындардың үлес салмағы 27% жетсе, ауру деп есептейтіндер 23% құрады. Олардың 34% нашақорларды есірткіге тәуелді адамдар деп көрсетіп отыр.

Мектепте спорттық ойындар дұрыс жолға қойылған деп есептейтіндердің үлес салмағы 90% жетеді. Алайда оқушылардың 10% осы жарыстардан тыс қалған.

Респонденттердің темекі және насыбайға салынғандары да аз емес (11%). Бос уақытын достарымен өткізетіндер (32%) мен теледидар көретіндердің (25%) үлес салмағы жоғары, ал оны спортпен шұғылдануға пайдаланатындар бар болғаны 16 % құрады.

Мектептерде бос уақытында баратын қосымша үйірмелері (85%) жеткілікті дамыған.

Алайда, салауатты өмірді қалыптастыру үшін спорт үйірмелерін көбейтуде. Қолдайтындар саны 67% жетеді, шығармашылық жұмыспен айналысуды қалайтындар да аз емес (15%). Алынған социологиялық деректер төмендегідей қорытындылар жасауға алып келді.

Қазығұрт ауданы мектептерінде оқитын оқушылар арасында нашақорлық туралы мәлімет жеткіліксіз деңгейде таралған. Оған негізгі себеп, мектеп мұғалімдері мен психологтардың және медицина мекемесінің нарколог мамандарының сапасыз жұмыстары болып отыр. Қазығұрт ауданы мектептерінде оқушылардың нашақорлыққа ұрынуына алып келетін себептер кеңінен таралған. Бірақ, оқушылар арасында қалыптасқан есірткі дертіне деген қорқыныш бұл індеттің таралуын тежеп отыр. Есірткіге қарсы жастар арасында тұрақты түсінік және оның профилактикасы туралы анық білім қалыптастыруды жедел қолға алу қажет. Себебі есірткіге салынудың жеке белгілері нақты қылаң бере бастағаны анықталып отыр.

Қолданылған әдебиеттер тізімі

1. Лукашев А.М. Результаты опроса населения формировании здорового образа жизни // Проблемы социальной гигиены и история медицины.

РЕЗЮМЕ

В научной статье освящены проблемы наркомании среди сельских школьников, которые изучены с применением социологического метода полученные результаты показали, что в школьных учреждениях Казыгуртского района ЮКО существуют множества неблагоприятных факторов риска по развитию наркомании. Рекомендуется усилить санитарно-гигиеническую пропаганду против наркомании путем активизации взаимодействия школьных учителей психологов а также наркологов медицинских учреждении района.

SUMMARY

In a scientific article drug problems among rural school students are given. The issue was studied with the use of sociological methods. The results showed that in schools of Kazygurtskiy rayon South Kazakhstan oblast, there were multiple adverse risk factors for drug addiction development. It is recommended to improve sanitary-hygienic propaganda against drug abuse by enhancing the interaction of school psychologists, teachers and narcologists of rayon health care facilities.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ Г. АЛМАТЫ

Ш.Е.Каржаубаева, Л.Н.Шумилина, И.А.Корнева

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, Студенческая поликлиника, г.Алматы

Молодежь – это наше будущее, именно молодым жить и работать в условиях современных технологий, способствовать повышению рейтинга Казахстана, как конкурентоспособного государства, вступающего в число 50 экономически развитых стран.

Сегодня молодежь выделяется в особую социально-демографическую группу населения, как социально уязвимая категория граждан. Социальная значимость здоровья подростков и молодежи обусловлена тем, что она представляет собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный и культурный резерв общества.

Охрана собственного здоровья – это непосредственная обязанность каждого цивилизованного человека, и какой бы совершенной не была медицина, она не может избавить нас от всех болезней. С раннего возраста необходимо вести активный образ жизни, закаливаться, заниматься спортом, правильно питаться, соблюдать правила личной гигиены, отказаться от курения, употребления спиртных напитков и наркотиков, жить в гармонии с природой. Все это является важными аспектами здорового образа жизни.

К сожалению, за последнее десятилетие отмечены негативные сдвиги в состоянии здоровья, как среди подростков, так и среди молодежи, что наносит большой социальный и экономический ущерб государству. По данным ВОЗ, 70% преждевременных смертей среди взрослых связаны с моделями поведения, которые формируются в подростковом и молодом возрасте. Именно подростки и молодежь остро нуждаются в чувстве защищенности и безопасности для благополучного развития и возможности экспериментировать, раздвигая рамки своей жизни.

Международный и национальный опыт показывает, что подростки и молодые люди не склонны обращаться в обычные ЛПО по вопросам сохранения и укрепления репродуктивного и психосоциального здоровья, а исследования, проведенные в Казахстане (ЮКФ АДЖ, ЮНИСЕФ, 2005; AFEW 2006) обнаруживают высокий уровень потребностей подростков и молодежи в данных услугах.

Наиболее эффективно специфические медико-социальные проблемы подростков и молодежи решаются в специально созданных Молодежных центрах здоровья (МЦЗ). Один из них организован на базе студенческой поликлиники г. Алматы на основании Приказа МЗ РК «О внедрении услуг, дружественных к молодежи» от 19 октября 2006 года № 491 и Приказа ДЗ г.Алматы «Об определении пилотных объектов для клиник, дружественных к молодежи» от 14 июля 2006г. № 471. В центре получают различные виды медицинских услуг 92 тысячи молодых людей и 4 тысячи подростков.

Специалисты поликлиники и МЦЗ призваны оказывать студенческой молодежи комплексную медико–психолого-социальную помощь по проблемам сохранения и укрепления здоровья, формирования и мотивации здорового образа жизни, поведенческих факторов риска на принципах Добровольности, Доступности, Доброжелательности и Доверия. В деятельности центра преобладает профилактическая направленность. В структуру МЦЗ входит руководитель – терапевт, дерматовенеролог, гинеколог, уролог, психолог, социальный работник, тренер подготовки волонтеров для проведения бесед, дебатов, тренингов по наиболее актуальным проблемам руководствуясь принципом «Равный-Равному».

В своей работе врачи используют Алгоритмы (протоколы) действия по пропаганде здорового образа жизни и факторов риска социально-значимых заболеваний. Распространяют информационно-образовательный материал, проводят мини сессии, направленные на безопасное поведение молодежи, участвуют в широкомасштабных акциях: фестиваль здоровья, президентские тесты, месячники и декадники, международные дни здоровья, борьбы со СПИД и туберкулезом, дни семьи, отказа от курения и алкоголя.

Услуги, предоставляемые специалистами МЦЗ, доступны и ориентированы на студенческую молодежь, оказываются в приемлемой форме, их можно получить в нужное время, они предоставляются бесплатно или по доступной цене и рассчитаны на любых пациентов, независимо от их пола, этнической принадлежности, вероисповедания и социального статуса. Сотрудники центра дружественны к молодежи и являются высоко квалифицированными специалистами, обладающими необходимыми профессиональными знаниями, навыками и умениями общаться с молодыми людьми, без критики и назиданий.

Особое внимание при оказании услуг студенческой молодежи уделяется основным аспектам здорового образа жизни, сохранению и укреплению репродуктивного и психосоциального здоровья, мотивации к ведению здорового стиля жизни.

Важный элемент здорового образа жизни – личная гигиена. Она включает в себя рациональный суточный режим учебы, труда и отдыха, уход за телом, гигиену одежды и обуви. При правильном и строгом соблюдении режима дня вырабатывается четкий ритм функционирования организма, а это, в свою очередь, создает наилучшие условия для учебы, работы и восстановления сил студентов.

Закаливание организма – одно из важнейших правил здорового образа жизни и основное средство профилактики простудных заболеваний. Статистика показывает, что закаленный человек в несколько раз реже болеет простудными заболеваниями.

Оптимальный двигательный режим – важнейшее условие здорового образа жизни человека в условиях преобладания малоподвижного образа жизни и гиподинамии современного общества. Его основу составляют систематические занятия физическими упражнениями и спортом. При этом физическая культура и спорт выступают как важнейшее средство воспитания. Физическая нагрузка студентов во время занятий спортом контролируется врачами поликлиники.

Рациональное питание, кроме употребления разнообразных продуктов, фруктов и овощей, предполагает также соблюдение закона равновесия получаемой и расходуемой энергии, нарушение которых опасно для здоровья. Если организм получает энергии больше, чем расходует, он накапливает жиры. Сейчас многие жители планеты, включая молодежь и детей, имеют лишний вес – ожирение, что в итоге приводит к атеросклерозу, ишемической болезни сердца, гипертонии, сахарному диабету и целому ряду других болезней цивилизации. Организация питания студентов в процессе обучения сегодня, как никогда актуальна и своевременна.

Особое внимание следует уделять сну – основному и ничем не заменимому виду отдыха. Постоянное недосыпание, особенно в период сдачи экзаменов, многочасовое просиживание за компьютером опасно тем, что может вызвать истощение нервной системы, ослабление защитных сил организма, снижение работоспособности и усвоения материала, ухудшение зрения и общего самочувствия, снижение иммунитета. Все это на фоне рискованного поведения молодежи, пристрастия к табакокурению и алкоголю, неблагоприятной экологической обстановки может привести к заболеваниям сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, легких, в том числе, туберкулеза, ИППП, ВИЧ/СПИДа.

Таким образом, для эффективного оздоровления и профилактики болезней необходимо формировать и широко пропагандировать ведение здорового образа жизни, личную ответственность за свое здоровье, в первую очередь, среди подростков и молодежи, поскольку здоровый стиль жизни обеспечит их организму надежный щит против многих заболеваний. И все это возможно с успехом осуществлять на базе МЦЗ.

Здоровый и духовно развитый человек счастлив – он отлично себя чувствует, получает удовольствие от жизни, учебы и труда, стремится к самоусовершенствованию, достигая неувядающей молодости духа, внутренней красоты и активного долголетия.

Литература:

1. «Молодежные центры здоровья в Казахстане» - (методические рекомендации), МЗ РК, НЦПФЗОЖ, Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) в РК, Алматы 2006.

2. «Внедрение молодежных центров в Казахстане» - материалы обучающего семинара в г. Караганда 14-15 июля 2008 г., Каржаубаева Ш.Е.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И РЕСУРСНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БИОГЕОХИМИЧЕСКОЙ ПРОВИНЦИИ

Б.Д.Саурбаева

Южно-Казахстанская государственная медицинская академия, г.Шымкент

Анализ деятельности здравоохранения биогеохимической провинции осуществлён на основе принципа системного подхода к объекту исследования. Исходя из этого, здравоохранение биогеохимической провинции, в данном случае г.г. Тараз и Каратау, Таласского, Жамбылского и Байзакского районов Жамбылской области нами приняты как система, а другие районы Жамбылской области, не входившие в биогеохимическую провинцию (контрольные районы) – подсистемой. Все они взаимодействуют друг с другом, а также с вышестоящей – областной системой здравоохранения, выступающей как суперсистема. Роль управляющего органа системы исполняет областной департамент здравоохранения. Сама же система здравоохранения представлена сетью амбулатор-

но-поликлинических учреждений, стационарами, их загруженностью и обеспеченностью ресурсами на момент анализа.

Для управления представленной системой здравоохранения необходим постоянный обмен информацией между управляющим органом и функциональными подразделениями системы, что осуществляется с помощью «обратной связи», которая позволяет своевременно координировать работу как составляющих (подсистемные объекты), так и всю систему здравоохранения в целом.

Вместе с тем, в условиях дефицита бюджетного финансирования всей системы здравоохранения возникает потребность в определении проблем и целей, и на этой основе выделение приоритетных направлений в деятельности системы здравоохранения, что возможно не только на основе анализа состояния здоровья населения биогеохимической провинции, но и на результатах исследования деятельности здравоохранения провинции и обеспеченности его ресурсами.

Для характеристики деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений биогеохимической провинции нами были использованы следующие данные: число всех посещений к врачам на одного жителя в год, выполнение плана охвата взрослого населения профилактическими осмотрами, результаты профилактических медицинских осмотров в зависимости от вида профосмотра и контингента населения, численность больных в зависимости от заболевания и сравнительная характеристика общей, первичной заболеваемости и численности лиц, состоящих на диспансерном учете. Как показал анализ числа всех посещений к врачам на одного жителя в год биогеохимической провинции и контрольных базовых районов Жамбылской области за 1998–2007 годы, общее число посещений к врачам в год, имеет общую тенденцию к повышению.

Особенностями деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений биогеохимической провинции являются:

- рост общего числа посещений к врачам все специальностей в течение года;
- рост охвата населения профилактическими осмотрами;
- повышение выявляемости числа лиц с онкозаболеваниями, с предраковыми патологиями, с глаукомой, хроническими заболеваниями среди подростков и снижение выявляемости больных туберкулезом;
- снижение численности лиц, состоящих на диспансерном учете;
- сохранение удельного веса среди диспансерных больных с онкологическими заболеваниями, ишемической болезнью сердца, с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, с сахарным диабетом, с заболеваниями органа зрения, хроническими гастритами и с язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки как в 1998 году, так и 2007 году;
- при росте общей и первичной заболеваемости населения снижение контингента, требующего диспансерного наблюдения.

В условиях острой необходимости реформирования системы здравоохранения, осуществляемого на фоне дефицита бюджетного финансирования, особенно актуально стоят вопросы финансового обеспечения деятельности лечебно–профилактических учреждений.

Для анализа финансового обеспечения лечебно–профилактических учреждений биохимической провинции нами использованы официальные данные планово–экономического отдела городского управления здравоохранения акимата городов Тараз и Каратау, а также районов Жамбылской области, характеризующие план ассигнований по бюджету, кассовые расходы на обеспечение медицинской помощи, фактические расходы с учетом поступлений из всех источников финансирования, расчет средней стоимости одного койко-дня пребывания больного в стационаре, расчет средней стоимости одного посещения больного амбулаторно-поликлинического учреждения и расходы на одного жителя в год по системе здравоохранения. Фактические расходы на здравоохранение биогео¬химической провинции из расчета на одного жителя в год с учетом всех источников финансирования и статей расходов по данным 1998 -2007 годы.

Как показал анализ фактических расходов по сравнению с госбюджетными, плановыми поступлениями, объемы фактических расходов на здравоохранение биогеохимической провинции превышают госбюджетные

Следует отметить, что темпы роста стоимости одного койко-дня в различные годы были не одинаковы, особенно после введения свободных рыночных цен с конца 1992 года, начала 1993 года практически на все товары, услуги и материалы, как в основной группе, так и в контрольной отмечается рост стоимости одного посещения в поликлинику. При этом в биогеохимической провинции рост стоимости посещения в поликлинику составил за исследуемые годы 3,9 раза, в контрольном районе 4,0 раза.

Таким образом, анализ ресурсного обеспечения системы здравоохранения биогеохимической провинции по сравнению с контрольными районами Жамбылской области выявил следующие особенности:

- общий рост обеспеченности врачами по всем городам и районам биогеохимической провинции, а также по контрольным районам Жамбылской области, при этом, темпы роста обеспеченности врачами опережают темпы роста обеспеченности средним медицинским персоналом;
- общее повышение обеспеченности койками населения биогеохимической провинции и контрольных районов;
- рост общих объемов финансирования системы здравоохранения биогеохимической провин-

ции более чем в 24 раза, на фоне инфляционных процессов и значительный рост в контрольных районах;

- наличие дополнительных источников финансирования обусловили значительный рост фактических расходов на медицинскую помощь в биогеохимической провинции по сравнению с госбюджетными поступлениями, чем в контрольных районах Жамбылской области.

- общий рост стоимости одного койко-дня в лечебно– профилактических учреждениях и посещения в поликлинику.

ИЗМЕНЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРНОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ

Г.Б.Исакова

Институт физиологии человека и животных ЦБИ КН МОН РК, г.Алматы

Введение

Физическая нагрузка относится к факторам, которые оказывают сильное модулирующее влияние на тепловое состояние организма. Известно, что при мышечной работе резко возрастает эндогенное теплообразование за счет увеличения метаболизма в активно функционирующей скелетной мускулатуре и других органах, обеспечивающих ее работоспособность. Нужно отметить, что механизмы включения дополнительной теплоотдачи закономерно запаздывают в начале работы, а в дальнейшем не обеспечивают полной компенсации возросшей теплопродукции и температура тела повышается. Считается, что повышение уровня температуры ядра тела при мышечной работе является активно регулируемым процессом. Поскольку новый уровень температуры сохраняется постоянным при значительных изменениях температуры окружающей среды, его поддержание обеспечивается соответствующей регуляцией теплоотдачи [1-3]. В связи с этим, изучение изменений кожной температурной чувствительности на отдельных участках поверхности тела отражающей состояние афферентного звена системы терморегуляции при мышечной работе, представляется необходимой и важной задачей для понимания механизмов, обеспечивающих поддержание рабочей гипертермии.

Материалы и методы.

Для велоэргометрических исследований мы использовали протокол - одноступенчатая нагрузка, исходя из величины должного основного обмена (ДОО) с заданной мощностью 100 Ватт при скорости педалирования 60 оборотов в минуту. При этом использовалась компьютерная программа анализа «Поли-Спектр» на приборе «Поли–Спектр-12» и эргонометр Seca cardiotest 100 (Модель 545).

Работа проводилась с целью изучения состояния температурной чувствительности рецепторов кожи человека до-, в момент-, и после дозированной физической нагрузки. Для оценки общих энерготрат и показателей кардиореспираторной системы использовалась компьютерная программа анализа «Поли-Спектр», то есть помимо таких антропометрических показателей, как рост и вес, определялись – индекс массы тела (ИМТ), максимальное потребление кислорода (МПК), должный основной обмен (ДОО), число метаболических единиц, число сердечных сокращений (ЧСС) – максимальное, субмаксимальное, достигнутое.

Под нашим наблюдением находилось 35 здоровых молодых людей в возрасте 16-30 лет (юноши и мужчины).

Обследование проводили в специально оборудованной комнате, позволяющей поддерживать необходимую температуру среды 20-22°С. Испытуемые находились в легкой, не стесняющей движения одежде в кресле велоэргометра. Для определения температурных порогов ощущений на коже использовали термостимулятор площадью поверхности термода 4 мм². Прибор позволял проводить охлаждение и нагрев рабочей поверхности.

После 30 минутной экспозиции в состоянии покоя определяли артериальное давление, ЧСС, тепловые, холодовые пороги термоощущений, температуру кожи в месте определения чувствительности и температуру кожи за ухом (заушную температуру). Эти исследования проводились в двух зонах кожи, находящихся на левой верхней конечности (первая зона – на наружной поверхности плеча, на расстоянии десяти сантиметров от плечевого сустава, вторая зона – на тыльной поверхности предплечья, на расстоянии десяти сантиметров от локтевого сгиба). Далее задавали физическую нагрузку мощностью 100 Вт в течение пяти минут. Полный комплекс измерений проводили сразу после нагрузки, а затем на 7-й, 12-й, 25-й, 35-й минутах восстановительного периода и дополнительно на 40-й минуте повторно измеряли температуру кожи за ухом.

Результаты, полученные из исходных записей во всех сериях обследований после предварительной обработки, вводили в базу данных персонального компьютера и обрабатывали с помощью электронных таблиц Microsoft Excel XP. Обычно

определялись средние значения и среднеквадратические отклонения для оценки генеральной средней всей популяции, n-34. Результаты приведены в виде M ± m, где M - среднее арифметическое, а m - средняя ошибка среднего арифметического, при уровне надежности P = 0,95.

На гистограммах приведены средние значения показателей и их ошибки (M ± m).

Результаты и обсуждение

Следует отметить, что несмотря на довольно значительные изменения температурных порогов кожной чувствительности под влиянием дозированной физической нагрузки для группы обследованных лиц, однозначных изменений вышеперечисленных исследований выявить не удалось. Как в исходном состоянии, так и при реакциях на нагрузку присутствовали выраженные индивидуальные различия, что следует объяснить разным физическим развитием обследуемых, проявлявшемся прежде всего в разном развитии мышечного каркаса.

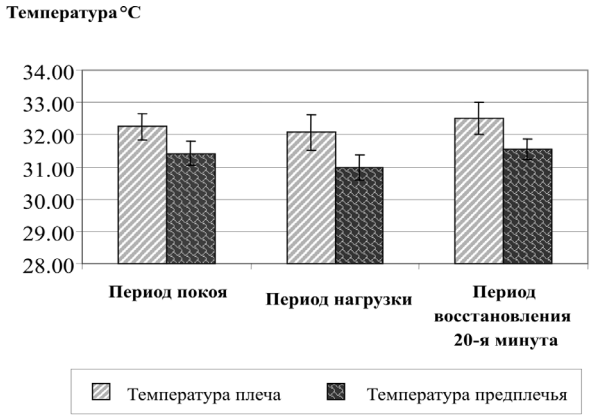


Рисунок 1 . Пример изменения температуры кожи плеча и предплечья у мужчин при проведении велоэргометрической пробы

Температура кожи плеча была (рис.1) изначально выше, чем температура кожи предплечья в тех зонах, в которых были проведены измерения. Но в целом, наблюдается схожая тенденция как на плече, так и на предплечье. То есть температура кожи в исследуемых зонах в период сразу после нагрузки заметно снижается и спустя двадцать минут восстановительного периода (учитывая, что испытуемые в большинстве своем отмечали потливость) не возвращается к исходным значениям, а продолжает повышаться далее. В частных случаях (табл.1) измерения в периоде восстановления были продлены нами до 35 минут, это относится ко всем параметрам, которые мы исследовали, а температуру кожи за ухом измеряли в течение 40 минут после нагрузки. И, как уже отмечалось выше, этого времени было не достаточно для возвращения температурных порогов, хотя бы приблизительно до исходных параметров.

В наших экспериментах сравнение исходных величин температурных порогов на исследованных участках кожной поверхности плеча и предплечья показывает, что термочувствительность наиболее высока на плече.

Заушная температура, представленная на рисунке 2, достигает своего максимума в период нагрузки – 35,2°С, затем выходит на уровень 35,0 – 35,1°С в период восстановления на 12-й и 20-й минутах, на 30-й минуте температура кожи за ухом снижается до 34,9°С, так и не возвращаясь к исходной величине в состоянии покоя – 34,4°С.

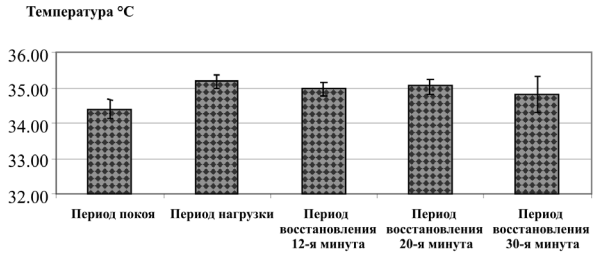


Рисунок 2 . Пример изменения температуры кожи за ухом (заушная температура) у мужчин при проведении велоэргометрической пробы

Это можно объяснить тем, что механизмы включения дополнительной теплоотдачи закономерно запаздывают в начале работы, а в дальнейшем не обеспечивают полной компенсации возросшей теплопродукции, и температура тела повышается [2,3].

При изучении механизмов рабочей гипертермии важное значение имеет анализ теплового состояния в начальном периоде выполнения физической работы, когда усиливается деятельность мышечной, дыхательной и сердечно-сосудистой систем. При этом, как показано в ряде исследований [4,5], температура «ядра» тела временно понижается, что является примером нарушения в работе системы терморегуляции. По мнению некоторых авторов [4], это снижение связано с притоком более холодной крови от периферии тела к «ядру.

На рисунке 3, в период покоя порог восприятия тепла на плече регистрируется в среднем на уровне 41,4°С, в период нагрузки на уровне 41,2°С, в период восстановления на 12-й минуте порог восприятия повышается до 41,3°С с последующим резким изменением температурной чувствительности на 20-й минуте восстановительного периода до 42,6°С, с последующим понижением его значения до 42,1°С на 30-й минуте.

Динамика изменения порогов восприятия тепла на предплечье во время проведения велоэргометрической пробы, в целом, отражает общую тенденцию изменения исследованных параметров, как и на плече. Тепловой порог в период покоя регистрировался на уровне 41,3°С, в период нагрузки он опускается до 40,8°С, на 12-й минуте восстановительного периода фиксируется на уровне 41,0°С, к 20-й минуте порог восприятия тепла повышается до 42,3°С и сохраняется на этом же уровне и на 30-й минуте восстановительного периода.

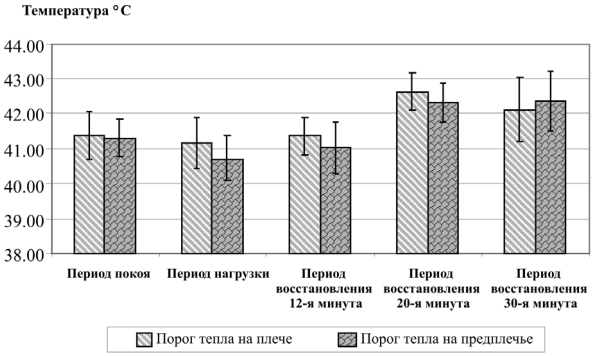


Рисунок 3 . Пример изменения порога восприятия тепла на плече и предплечье у мужчин при проведении велоэргометрической пробы

Следует заметить, что при определении теплового порога на кожной поверхности плеча и предплечья, термочувствительность наиболее выражена на плече.

Порог восприятия холода на плече во время дозированной физической нагрузки (рис.4) в исходном периоде составляет 29,6°С, в период нагрузки он снижается до 29,5°С. Во время восстановительного периода на 12-й минуте порог увеличивается до 30,0°С и продолжает незначительно повышаться к 20-й минуте до 30,1°С.

Порог восприятия холода на предплечье составляет в период покоя 29,4°С, во время нагрузки он снижается до 28,9°С. В период восстановления на 12-й минуте отмечается выраженный подъем температурного порога до 30,8°С. На 20-й минуте восстановительного периода наблюдается дальнейшая динамика повышения холодового порога до 31,0 – 31,1°С.

Как видно из полученных результатов, наблюдается схожая тенденция изменения температуры ядра тела, кожи и порогов восприятия холода и тепла в периоде покоя, нагрузки, восстановления. Оба этих показателя идут параллельно друг другу, несколько снижаясь в начале нагрузки.

В период после нагрузки показатели повышаются с дальнейшей тенденцией к постепенному снижению в периоде восстановления (рис. 2 и 4) к 30-й минуте. В некоторых случаях мы фиксировали, что и сорока минут недостаточно, чтобы организм вернулся к примерным исходным температурным величинам.

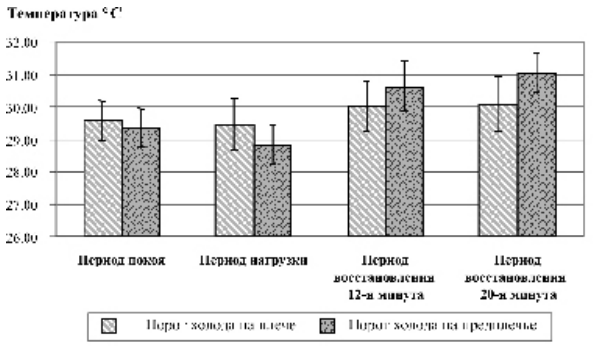


Рисунок 4 . Пример изменения порога холода на плече и предплечье у мужчин при проведении велоэргометрической пробы

Выводы

1. Дозированная физическая нагрузка меняет значение температуры кожи за ухом, которая отражает температуру ядра.

2. При различном функциональном состоянии организма (состояние покоя, дозированная физическая работа, период восстановления) регистрируется определенный уровень функционального состояния температурных рецепторов кожи.

3. Прекращение физической нагрузки не вызывает быстрого восстановления температуры кожи за ухом и температурных порогов. Это свидетельствует о сложных восстановительных процессах, происходящих в системах регуляции температуры тела.

4. Исходя из наших и литературных данных, уровень активности температурных рецепторов кожи человека зависит от функционального состояния таких важнейших систем организма, как эндокринная, нервная и сердечно-сосудистая, определяющих уровень клеточного, органного и системного метаболизма.

Список литературы

1 Nielsen B. Exercise and temperature regulation / Contributions to thermal physiology, Szelenyi Z., Szelenyi M. (eds.), 1980. – V. 32. – P. 538.

2 Якименко М.А., Ткаченко Е.Я., Диверт В.Э. Регуляция температуры тела при физической нагрузке // Физиол. чел. – 1990. – Т. 16, № 1. – С. 156.

3 Диверт В.Э, Ткаченко Е.Я, Симонова Т.Г, Якименко М.А. О механизме снижения тимпанической температуры в начале мышечной работы // Физиол. чел. – 1992. – Т. 18, № 2. – С. 102.

4 Wenger C.B., Stephenson L.A., Durkin M.A. Effect of nerve block on response of forearm blood flow to local temperature // J. Appl. Physiol. – 1986. – V. 61. – P. 230.

5 Cabanac M., Massonet B., Belaiche R. Preferred skin temperature as a function of internal and mean skin temperature // J. Appl. Physiol. – 1972. – V. 33, N 6. – P. 699.

ТҰЖЫРЫМ

Велоэргометриялық үлгілерді пайдалана отырып, организмнің әртүрлі функционалдық күйіне байланысты (тыныштық күйде, белгіленген физикалық жұмыс кезінде, қалыпқа келу кезінде) құлақтың артындағы, иық және шынтақ алдындағы тері температурасының суықты және жылуды қабылдау жиілігі және тері рецепторларының температураға сезімталдығы зерттелді.

SUMMARY

The temperature of sensitiveness of skin receptors, thresholds of perception of heat and cold is investigational on a shoulder and forearm, temperature of skin after an ear at the different functional state of organism with the use of veloergometrik test. The certain level of the functional state of temperature of receptors of skin and temperature under auriculus is thus registered.

ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ И ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЖЕЛУДОЧНО КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПОДРОСТКОВ

К.С.Казбекова, Б.Куанышева, О.Ж.Ташимбетова

Клиника Международного Казахско-Турецкого университета им.Х.А.Ясави, г.Шымкент

Целью исследования было изучить взаимосвязь питания и физической активности подростков на заболеваемость желудочно кишечного тракта, выявленных в результате профосмотров школах, расположенных в районе обслуживания поликлиники клиники Международного казахско-турецкого университета им. Х.А. Ясави (МКТУ).

Материал и методы. Профилактические осмотры проведены в десяти школах, общая численность которых составила 4220 подростков.Нами были проанализированы результаты 350 амбулаторных карт, (что составляет 8,2% от общего числа осмотренных подростков) с выявленными заболеваниями желудочно кишечного тракта. Возраст от15 до18 лет. Оценивались такие показатели как возраст, пол, национальность, характер, питания и физическая активность.

По результатам анализа видно, что наиболее распространенными заболеваниями среди подростков являются хронический гастрит (37,1%), хронический холецистит (34,2%), Дискинезии ЖВП (13,1%), хронический панкреатит (9,7%). На долю таких серьезных заболеваний как гепатиты приходится (2,2%), язвенная болезнь 12-перстной кишки – (1,7%), ГЭРБ – (1,4%).

Из приведенных данных видно, что девочки болеют намного чаще юношей. По национальному составу болеют чаще девушки казахской национальности.

В результате опроса подростков выявлены следующие факторы риска:

1. Нерегулярное питание – утром в спешке не успевают позавтракать.
2. Высокая нагрузка в школе в результате перегруженности.
3. Несбалансированное питание, употребление в пищу продуктов и напитков состоящих из красителей, заменителей, разрыхлителей, углекислого газа, увлечение “быстрой едой”.
4. Гиподинамия.
5. Теле и компьютеромания (по несколько часов в сутки> 3-х часов)
6. Недостаточное употребление свежих фруктов и овощей .

Просмотрами теле- передач и играми на компьютерах более 3-х часов в день увлекаются 85-90% опрошенных подростков. Спортом занимаются всего 5%.

Выводы :

1. Распространенность желудочно-кишечных заболеваний среди подростков обусловлена характером питания и низкой физической активностью.
2. Вызывает тревогу распространенное увлечение компьютерными играми, едой и напитками широко рекламируемыми с теле- экранов, и низкий процент подростков занимающихся спортом.
3. Для оздоровления населения, в т.ч. подростков необходимо внедрение здорового образа жизни и здорового питания на государственном уровне

ҚАРҚЫНДЫ ДЕНЕ ҚОЗҒАЛЫСЫ – ДҰРЫС ҚОҒАМДЫҚ ӨМІРДІҢ КЕПІЛІ

Т.С.Хайдарова , Р.Н.Нурмуханбетова.

ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.

Қоғамдық денсаулық сақтау жұмысы қоғам ішіндегі адамдардың денсаулығын қадағалайтын денсаулық сақтау ұйымы. Бұл ұйымның атқаратын жұмысы да артатын міндеті де шексіз зор.

Егерде, адам жақсы өмір сүруі үшін керекті әлеуметтікті қамтитын барлық жағдайды толығымен қарастыратын болсақ, соның медициналық қызметке жататыны жүз пайыздың жиырма пайызы ғана болса, сонда сексен пайызы медициналық емес жағдайлар болып келеді. Солай дегенімізбен де, қоғамның өміріне керекті барлық жағдайлар бір-бірімен тығыз байланысты, сондықтан адам денсаулығының жақсы болып камфортты жағдаймен өмір сүруі үшін экономикалық, саяси, әлеуметтік, медициналық, экологиялық және басқа да салалар тығыз байланысты жұмыс істеген кезде ғана адамның денсаулығы жақсарып, табиғи өсу артып, өлім саны азайып, адамдардың өмір сүру жасы ұзаратынына күмән жоқ. Сонымен қатар халқымыздың денсаулығы мемлекеттік саясаттың негізгі мақсаты және де саяси тұрақтылықтың негізі болып есептелінеді.

Өмірдің алғашқы бастамасы, сәби шыр етіп дүниеге келген кезде алғашқы тыныс алуы. Осы алғашқы тыныс алғаннан бастап таза және құрамы керекті заттардан тұратын пайдалы ауамен ты-

ныс алса, ең алғашқы тамақтанғаннан бастап тек табиғи тамақтармен тамақтанса, материалдық және моральдық жағдайы жеткілікті болып тұрса, әрине ондай сәбидің денінің сау болып өсуі сөзсіз. Денінің сау болып өсуі дене мүшесінің, ой-қабілетінің жетік болуына әсерін тигізеді. Ондай адам тек қоғамға пайдасы бар істер істейді және адамдарға да жағымды жағдай тудырады. Сонымен қатар аурудың алдын алу шаралары, алғашқы дәрігерлік және санитарлық көмектер, мамандандырылған медицина қызметі, медицина ғылымы, медицина білім жүйесі және бүкіл көсіптік қызметтің барысында ұдайы медициналық көмек сұраған адамға күн демей, түн демей медициналық қызмет көрсетіп, қол ұшын беру денсаулық сақтау ісінің болашағының кепілі.

Қоғамның тазалығы мен адамның денсаулығының дұрыс болуы үшін денені шынықтыру мәселелері аз міндет атқармайды. Денені дұрыс шынықтыру және ылғида қимыл үстінде болуы – денсаулықтың және жүйкенің жақсы болуының шынайы кепілі. Мысалы дененің аз қозғалуы жағынан Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жылдық есебінде Европа аймағындағы мемлекеттерде жыл сайын 600 000 адамның өлімінің себебі болып жатқанын анықтаған (2007 ж.). Егерде денені қарқынды қозғау және дене шынықтырумен айналысу көптеген аурулардың алдын алады. Мысалы: жүрек-қантамырлар, инсулинге бағынышты болдыратын сусамыр, кейбір қатерлі ісік, қан-қысымының көтерілуі, сүйек-бұлшық ет және жүйке ауруларының болмауына себеп болар еді.

Дене мүшесінің қарқынды қозғалыста болуы қазіргі кездегі тек Европа елдерінде ғана емес бүкіл дүниежүзі мемлекеттерінде белес алып отырған қалыптан тыс салмақ қосу және семіру ауруының алдын алатын, қоғамдық денсаулық сақтау саласының глобальдық мәселелерінің шешімін табатын іс болар еді.

Адамдардың дене мүшелерінің аз қозғалыста болуының ең басты себебі әрине қалалардың көбеюі, адамдардың көп қабатты үйде тұрып, ішінде барлық жағдайы бар пәтерлерде тұруы және транспорттардың көбеюі, жаяу жүруді азайтты, отын тасып от жақпайды, су тасымайды, қорада мал ұстамайды, мал бақпайды, атқа мінбейді деген сияқты көп қозғалатын және көп қозғалатын жағдайларды ысырып тастады. Сонымен адамдар жатып ішер арам тамаққа айналып бара жатыр дегенді де білдіреді. Бірақта біз оны ойлағымыз келмейді және оны қате деп те түсінеміз. Егерде тереңірек ойлансақ солай болып барамыз дер едік. Аурудың тууының басты себебі осы аз қозғалудың себебі екенінде күмән жоқ екенін білеміз, бірақ жағдайы жасалынған көп қабатты пәтерлерде тұрудан ешкімде қашпайды. Сондықтан бұл урбанизация мәселесі болып қалады.

Қоғамдық өмір сүруде, тоқырау уақытының зардабынан, еліміздегі барлық әлеуметтік экономикалық салаларында екпінді қарқынмен нарықтық өзгерістерден сүрінбей өткен кезде, қазіргі уақыттағы дүниежүзілік кризистен халқымыздың денсаулығына еш зиянды әсерін сездірмей аман-есен өтіп кетер деген ойдамыз. Ол үшін жатып алмай, дене мүшелерді қозғап, өз денсаулығы үшін қарқынды қозғалыста жұмыс жасау керек.

Жоғарыда аталынған мәселелерді, қоғамдық денсаулық сақтау саласының атқаратын қызметтерін теңізге теңесек соның бір тамшысы ғана деуге болады.

Литература:

1. Физическая активность и здоровья в Европе. 2007 г., 40 стр.

2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе. 2002 г. 156 стр.

3. Основы общей и спортивной гигиены. 1972 г. 373 стр.

ПУТИ ДАЛЬНЕЙШЕГО РАЗВИТИЯ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК

На современном этапе реформирования здравоохранения в совершенствовании первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) ключевая роль принадлежит развитию профилактической деятельности [1]. Проведение профилактики традиционными методами (санитарно-просветительная работа) является необходимыми, но эффективность таких мероприятий низкая.

При проведении научных исследований (2007 год) сотрудниками НЦПФЗОЖ МЗ РК по анализу организационных аспектов труда врачей на уровне первичной медицинской помощи выявлено отсутствие регламентации профилактической работы медицинских работников, включая нормативы профилактики и ФЗОЖ, системы мониторинга и стимулирования профилактического труда. Причем, это в равной степени относится как для медицинских сестер, так и для врачей. На профилактическую деятельность уделяется 9,3% рабочего времени у терапевтических и 9,7% - у педиатрических медсестер; на санитарное просвещение – 2,4% и 0,3% (соответственно). При этом следует отметить, что деятельность медработников не всегда проводится с учетом всех аспектов, присущих отдельному пациенту/клиенту общественной группе и населению (физических, психических, духовных, культурных и социальных).

Низкую эффективность профилактической деятельности можно объяснить неукомплектованностью врачебными кадрами и средним медицинским персоналом, а также недостаточным уровнем управленческих знаний и навыков руководителей АПО и участковых врачей. К примеру, только 7,5% главных врачей и их заместителей смогли полно определить задачи поликлиник в профилактике заболеваний и диспансеризации, особое внимание в анкете уделялось вопросам выявления групп риска, ФЗОЖ и своевременного проведения оздоровительных мероприятий.

Основной причиной малой эффективности профилактических вмешательств является загруженность врачей поликлиник на приеме, преобладание лечебных функций над профилактическими, отсутствие мотивации на проведение профилактических мер и отсутствие заинтересованности врачей в конечных результатах, обусловленной низкой оплатой труда, не адекватной трудоемкости и напряженности труда врачей.

Также причиной слабой активности ЛПО в ФЗОЖ населения определена их слабая материально-техническая обеспеченность: нет средств на приобретение видеоматериалов, современной видеотехники.

Таким образом, требуется изменение организационных и управленческих подходов при реализации профилактического направления в системе здравоохранения. Среди факторов, определяющих здоровье человека основными являются поведенческие факторы риска развития заболеваний, поэтому формирование здорового образа жизни населения, следует расценивать как основной инструмент усиления профилактической деятельности врачей ПМСП [2].

На наш взгляд для оптимизации профилактической направленности в здравоохранении необходимо решение следующих задач:

- максимальная интенсификация деятельности врача путем предоставления ему свободы выбора форм организации своего труда.
- освобождение от видов деятельности, не требующих врачебной компетенции.

Реализация реформы первичной медицинской помощи должна значительно повысить качество и эффективность медицинских услуг на догоспитальном этапе, в т.ч. на дому, и неотложной медицинской помощи, оказываемой поликлиниками, улучшить преемственность оказания медицинской помощи на всех уровнях, снизить потребность в госпитализации.

В этих целях необходимо:

- ускорить внедрение общеврачебной практики (частных врачей общей практики или группы врачей общей практики);
- изменить принцип финансирования – на принцип финансирования на душу населения с полным выделением средств врачам общеврачебной практики, которые будут заинтересованы в профилактике заболеваний и в ФЗОЖ, как это происходит за рубежом.
- внедрить на догоспитальном этапе систему мониторинга за состоянием здоровья населения, потребностью в медико-социальной помощи и лекарственном обеспечении;

Закрепляя эти структурно-функциональные перспективы, в настоящее время целесообразно смещение структуры общих расходов между стационаром и поликлиникой от соотношения 80 и 20 к соотношению 60 и 40. Некоторые называют трудно выполнимое в настоящих условиях соотношение 50 и 50, хотя за рубежом есть такие примеры. При выделении затрат на амбулаторную помощь в размере 40 % от общих расходов врач общей практики может взять на себя работу, равную по оплате 20 % всех расходов против 6-8 % участкового врача-терапевта в прошлом. Уже было сказано, что один из ключевых вопросов проведения реформы здравоохранения - это реформа первичной медицинской помощи, т.е. поэтапный переход к ее организации по принципу

врача общей практики и семейного врача.

Основное направление реформы - это структурная перестройка отрасли в условиях рыночной экономики и внедрение медицинского страхования с обязательным сохранением общедоступной медицинской и лекарственной помощи всем гражданам. Естественно, эта структурная перестройка отрасли предполагает, в первую очередь, преобразование первичной медико-социальной помощи.

Одновременно в зависимости от потребности поэтапно должны меняться объемы и структура медицинских услуг, оказываемых узкими специалистами. Их деятельность должна быть направлена преимущественно на обеспечение консультаций, оказание высокотехнологичных медицинских услуг, увеличение объемов и качества профилактической помощи населению.

Следует иметь в виду, что стратегическая задача перераспределения объемов помощи в пользу амбулаторно-поликлинического звена может быть решена при наличии экономического базиса, целенаправленной подготовки врачебного и среднего медицинского персонала.

Таким образом, из изложенного следует, что необходимость проведения реформ в здравоохранении очевидна. Однако, они должны носить обоснованный характер, причем главными критериями оценки выбранного направления должны быть удовлетворенность пациентов и врачей.

Литература:

1. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения РК (2005-2010 гг).

2. Вялков А.И., Полесский В.А., Мартынчик С.А. Мониторинг и комплексная оценка эффективности программы интегрированной профилактики артериальной гипертонии на региональном уровне. // Ж.Проблемы управления здравоохранением.-2007.-№1(32).-С.5-13.

ИНДИКАЦИЯ РАДИАЦИОННЫХ ЭФФЕКТОВ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ, СВЯЗАННЫХ С ФОРМИРОВАНИЕМ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Б.В.Галич

НИИ радиационной медицины и экологии, г.Семей.

На основании результатов скринингового, амбулаторного и стационарного обследования населения Восточно-Казахстанской области с различными эффективными эквивалентными дозами облучения было проведено определение качественных маркеров преждевременного старения. Установлено снижение среднего возраста лиц с дозами облучения свыше 250 мЗв, при диагностировании болезней системы кровообращения и их осложнений. Также среди экспонированных радиацией лиц достоверно более высоким оказался процент инвалидизации больных, перенесших инфаркт миокарда и инсульт.

Введение

За последние десятилетия проведены масштабные исследования по проблемам влияния радиационного и нерадиационных факторов риска на состояние различных систем и функций организма человека [1, 2]. Одним из важных вопросов в этой области является установление модифицирующего влияния ионизирующей радиации на ускорение естественных инволюционных процессов у экспонированных радиацией лиц и их потомков, обусловленных ростом уровня болезней системы крово-обращения (БСК) и их осложнений [3].

Материалы и методы.

Материалами исследования послужили первичные медицинские документы по амбулаторному, скрининговому и стационарному обследованию населения пяти районов ВКО с различными эффективными эквивалентными и поглощенными дозами облучения. Эффективные эквивалентные дозы облучения (ЭЭД) лиц 1-й основной группы составили 250 > мЗв; для лиц 2-й основной группы – 150-249 мЗв. Контрольная группа была сформирована из населения Кокпектинского района ВКО. Проанализировано 8656 медицинских документов лиц 1-й основной группы, 7329 – 2-й основной группы и 6346 – контрольной группы за период с 1970 по 2007 гг.

Результаты и обсуждение.

За весь период исследования среди экспонированных мужчин и женщин 1-й и 2-й основных групп регистрировались дополнительные к спонтанным (показатели контрольной группы) случаи БСК. За весь период исследования ежегодный прирост индуцированных радиацией БСК среди мужчин составлял 145,7 случаев на 1000 населения в год, среди женщин – 102,6 случаев.

К качественным маркерам преждевременного старения исследуемых групп населения было отнесено достоверное снижение среднего возраста мужчин и женщин с установленными нозологическими формами БСК, а также сокращение среднего возраста в отдельных возрастных стратах. Средний возраст мужчин и женщин 1-й основной группы на момент установления диагноза на всем протяжении исследования был достоверно ниже, чем в контроле, в среднем на 3,2-3,8 лет для муж-

чин и 3,0-3,4 лет для женщин (таблица 1). Средний возраст мужчин и женщин 1-й основной группы при диагностике АГ и ИБС на 4,0-8,2 лет был ниже, чем в контроле; среди мужчин 1-й основной группы с инфарктом миокарда на 8,2, а женщин – на 6,6 лет ниже, чем в контроле, геморрагическим инсультом – на 7,4; 7,5 лет соответственно. Число лиц с рецидивами инфаркта миокарда среди мужчин 1-й основной группы на 10,1 %, а среди женщин – на 13,5 %; мужчин 2-й основной группы – на 6,7 %, женщин – на 9,7 % было выше, чем в контроле. Та же динамика наблюдалась и при анализе рецидивов геморрагического и ишемического инсульта. Процент инвалидизации больных после инфаркта миокарда и инсультов среди мужчин 1-й основной группы на 15,3 %, среди женщин – на 17,1 % был выше, чем в контроле.

Таким образом, проведенное исследование по оценке маркеров преждевременного старения позволило установить снижение среднего возраста лиц с дозами облучения свыше 250 мЗв, при диагностировании БСК и их осложнений. Также среди экспонированных радиацией лиц достоверно более высоким оказался процент инвалидизации после инфаркта миокарда и инсульта.

Список литературы

1 Тахауов Р.М., Карпов А.Б., Гончарова Н.В., Фрейдин М.Б., Долгополов Ю.В Основные подходы к оценке влияния радиационного фактора на организм человека // Бюллетень Сибирской медицины. - 2005.-С.88-99.

2 Ильин Л.А. Радиационная медицина. М.: Издат, 2001.- 432 с.

3 Булдаков Л. А. Медицинские последствия радиационных аварий для населения //Мед. радиол. и радиац. безопасность. -2002.- Т. 47, № 2.- С.7-17.

Таблица 1. Распределение количественных и качественных маркеров радиационных эффектов преждевременного старения среди исследуемых лиц

Основные количественные и качественные маркеры радиаци-онных эффектов преждевременного старения	Группы исследования					
	1-я основная группа		2-я основная группа		Контрольная группа	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Средний возраст лиц с первично диагностированной АГ (лет)	37,9 1,6*	37,1 1,3*	41,9 1,8	42,9 1,9	43,9 1,4	45,1 1,5
Средний возраст лиц с первично диагностированной ИБС (лет)	40,8 1,2*	41,9 1,3*	42,1 1,3	41,9 1,4	46,1 1,5	46,9 1,5
Средний возраст лиц с впервые диагностированным инфарктом миокарда (лет)	48,9 1,4*	51,2 1,8*	52,9 2,1	54,6 2,2	57,1 2,1	57,8 2,2
Средний возраст лиц с впервые диагностированным геморрагическим инсультом (лет)	51,5 1,8*	55,7 1,9*	57,2 2,1	58,9 2,2	62,1 2,2	63,2 2,3
Средний возраст лиц с впервые диагностированным ишемическим инсультом (лет)	51,2 2,1*	56,1 2,2	56,3 2,3	59,2 2,5	57,9 2,2	60,8 2,3
Кол-во рецидивов инфаркта миокарда, %	44,7 1,3*	45,8 1,4*	41,3 1,3*	44,1 1,9	34,6 1,5	32.3 1,1
Кол-во рецидивов геморрагического инсульта, %	51,8 2,1*	51,6 2,4*	49,4 1,6*	49,9 1,7*	40,2 1,4	35,9 1,2
Кол-во рецидивов ишемического инсульта, %	39,2 1,3*	41,3 1,4*	40,2 1,4*	41,9 1,5*	30,2 1,1	32,9 1,2
Процент инвалидизации больных с инфарктом миокарда и инсультом, %	55,8 2,2*	57,9 2,5*	41,3 1,8	40,8 1,9	40,5 1,6	40,8 1,7
* - указанные значения имеют достоверные различия с показателями контрольной группы (P<0,05)						

ТҰЖЫРЫМ

Түрлі эффективті эквивалентті және қабылданған сәулелену мөлшерлері бар Шығыс Қазақстан облысының 5 аудандардың тұрғындарын скринингтік, амбулаторлық және стационарлық нәтижелердің негізінде, ерте қартаюдың сапалы маркерлердің анықталуы жүргізілді. Зерттеу, қан айналым жүйесі ауруларын диагностикалау және олардың асқыну кезінде, 250мЗв жоғары сәулелену мөлшері бар адамдардың орташа жасының төменделуін белгілеуге мүмкіндік берді. Сонымен қатар, радиациямен экспонирленген адамдарың арасында миокард инфаркті және инсульт болған аурулардың мүгедек болу пайызы анық жоғары болды.

SUMMARY

We have studied the qualitative markers for premature aging on the base of screening, ambulance and clinic examination in the inhabitants of five districts of East-Kazakhstan area exposed to ionizing radiation with different effective equivalent doses. It was determined reduction for the average age in the persons with doses exceeding 250 mSv at the time of diagnosis the cardiovascular diseases and their complications. The percentage of disability after infracts of myocardium and stroke was also significant higher for the population exposed to radiation in comparison with unexposed population.

СОСТОЯНИЕ ФОСФОРНО-КАЛЬЦИЕВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

А.М.Шепетов

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д.Асфендиярова, Республиканская детская клиническая больница «Аксай», г.Алматы

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, фосфорно-кальциевый обмен, гиперпаратиреоидизм, гемодиализ, аллотрансплантация почки.

При поражении почек, прежде всего при хронической почечной недостаточности (ХПН), когда имеет место прогрессирующее уменьшение массы действующих нефронов и снижается продукция активного метаболита витамина Д в почках, развивается так называемая ренальная болезнь кости (остеодистрофия), сопровождающаяся гиперпаратиреоидизмом, гипокальциемией, гиперфосфатемией. Контроль, профилактика и лечение этих состояний являются одним из важных разделов лечения терминальной ХПН, так как мало корригируются диализом /1/. Гиперфосфатемия и гиперкальциемия, развивающиеся у больных на диализе приводят к кальцификации сосудов и мягких тканей, увеличивают риск смертности от кардиоваскулярной патологии. Лечение кардиоваскулярных осложнений у больных с терминальной ХПН – одна из трудных терапевтических проблем /1, 2/. Изучение состояния фосфорно-кальциевого обмена у детей с ХПН должно иметь особую важность в связи с возрастными особенностями растущего организма. Однако этот вопрос до настоящего времени недостаточно освещен в литературе /3/.

Диагностика ренальной остеодистрофии требует проведения ряда исследований. Предполагают, что при хронической болезни почек (ХБП) очень рано может возникнуть подавление синтеза активного метаболита витамина Д (кальцитриол) в почках, когда еще отсутствуют изменения в уровнях Са, Р, паратгормона (ПТГ) в крови. Известно, что у детей и подростков даже при нормальной функции почек возможен дефицит запасов нативного витамина Д, из-за недостаточного поступления с пищей, или недостаточного образования под действием УФ-лучей /4/. Некоторые авторы предлагают определять уровень витамина Д и восполнять дефицит его в ранние стадии ХБП, хотя другие не поддерживают раннюю коррекцию препаратами холекальциферола /5/.

Снижение синтеза активного метаболита витамина Д приводит к нарушению абсорбции Са в кишечнике и развивающаяся гипокальциемия стимулирует секрецию паратгормона (ПТГ).

Целью нашего исследования явилось изучение показателей фосфорно-кальциевого обмена, включая маркеры формирования кости у детей, находящихся на лечении гемодиализом (ГД) и после аллотрансплантации почки (АТП).

Материалы и методы исследования

Всего обследованы 22 пациента с ХПН. В первую группу включены 15 детей с терминальной стадией ХПН, находящихся на лечении ГД в отделении экстракорпоральной детоксикации РДКБ «Аксай», среди них 8 (53,3%) девочек и 7 (46,7%) мальчиков в возрасте от 2 до 17 лет (средний возраст 13,80±3,73 лет). Продолжительность лечения ГД в среднем была 12,60±8,77 мес. Всем детям проводили бикарбонатный ГД с использованием капиллярных диализаторов Fresenius Polysulfone 3 раза в неделю с продолжительностью сеанса не менее 4 часов. Концентрация кальция в диализирующем растворе составляла 1,75 ммоль/л.

Вторая группа включала детей (4 мальчика и 3 девочки) в возрасте от 12 до 18 лет (средний возраст 15,71±2,14 лет) после АТП. Из 7 детей только 2 была пересажена трупные почки, а остальные почечные трансплантаты получили от живых доноров. Средняя продолжительность послеоперационного периода составила 22,71±18,78 мес. У всех детей функция почечного трансплантата была удовлетворительная и получали трехкомпонентную иммуносупрессивную терапию (циклоспорин А, преднизолон и микофенолат мофетил).

В контрольную группу вошли 8 девочек и 6 мальчиков в возрасте от 4 до 15 лет (средний возраст 10,93±3,36 лет) с сохраненной функцией почек (104,36±2,83 мл/мин) без поражения почек и других органов.

Исследования крови проводили до проведения коррекции фосфорно-кальциевого обмена (в начале ГД). В сыворотке крови, взятой утром натощак определяли уровни кальция, фосфора и кальциево-фосфорное произведение (СахР). Интактный ПТГ и остеокальцин (ОК) исследовали иммуноферментным методом на анализаторе «ASYS EXPERT 96». Активность общей щелочной фосфатазы (ОЩФ) определяли унифицированным методом.

Статистическая обработка данных была проведена при помощи «Statistica 6,0» и представляла собой вычисление среднего арифметического (М) и стандартного отклонения (SD). Достоверными считались различия показателей при $p<0,001$.

Результаты исследования и обсуждение

У детей с терминальной ХПН, находившихся на ГД, к началу и в первые месяцы проведения ГД отмечалась достоверная гипокальциемия по сравнению с контролем (1,99±0,03 и 2,33±0,02 соответственно, таблица 1).

Таблица 1
Показатели фосфорно-кальциевого обмена у детей на ГД

Показатели	Б-е в начале ГД (n=15), X±SD	Пределы колебаний	Контр. группа (n=14), X±SD	Пределы колебаний	p
Кальций, ммоль/л	1,99±0,03	1,75 – 2,2	2,33±0,02	2,18 – 2,50	p<0,001
Фосфор, ммоль/л	1,92±0,15	1,21 – 2,9	1,16±0,05	0,85 – 1,42	p<0,001
Ca x P, ммоль2/л2	3,80±0,29	2,43 – 5,50	2,70±0,12	1,95 – 3,32	p<0,001
ОЩФ, нмоль/с.л	1720,00±374,81	535 – 5217,7	538,57±40,88	299 – 755	p<0,01
иПТГ, пг/мл	1105,00±182,86	230 – 2110	24,81±3,00	8,9 – 42,2	p<0,001
Остеокальцин, нг/мл	187,30±15,00	72 – 244,20	101,58±12,64	16 – 178	p<0,001

Уровень фосфора, наоборот, выше нормы у 64,28 % к началу ГД, по мере проведения ГД его уровень еще больше повышается. В результате произведение CaxP выше, чем в контроле уже в начале ГД, при дальнейшем проведении ГД он еще больше повышается. Также выявлена высокая активность ОЩФ и повышение уровня ОК, свидетельствующие о значительном нарушении минерального обмена костей. У значительного большинства больных (84,6%) установлен гиперпаратиреоидизм с достоверным повышением уровня и ПТГ (таблица 1).

У больных, получивших почечные трансплантаты, отмечается улучшение показателей фосфорно-кальциевого обмена. Они, хотя остаются несколько измененными, но приблизились к показателям у здоровых детей (таблица 2). Показатели кальция и ОК, т.е. показатели формирования костей нормализовались, фосфор остается повышенным у 33,3%. ОЩФ у 66,7% норма, и-ПТГ – лучше, но умеренно повышен (158,25±46,22 пг/мл).

Таблица 2
Показатели фосфорно-кальциевого обмена у детей после АТП

Показатели	Б-е после АТП (n=7), X±SD	Пределы колебаний	Контр. группа (n=14), X±SD	Пределы колебаний	p
Кальций, ммоль/л	2,16±0,04	2,10 – 2,30	2,33±0,02	2,18 – 2,50	p<0,001
Фосфор, ммоль/л	1,39±0,13	1,0 – 1,8	1,16±0,05	0,85 – 1,42	p>0,05
Ca x P, ммоль2/л2	3,02±0,27	2,10 – 3,87	2,70±0,12	1,95 – 3,32	p>0,05
ОЩФ, нмоль/с.л	815,63±198,51	371,8 – 1546	538,57±40,88	299 – 755	p>0,05
иПТГ, пг/мл	158,25±46,22	28 – 242	24,81±3,00	8,9 – 42,2	p<0,01
Остеокальцин, нг/мл	103,05±27,00	26 – 200	101,58±12,64	16 – 178	p>0,1

Таким образом, у всех больных детей с терминальной ХПН выявили гиперпаратиреоидизм, он превышал данные у больных после АТП в 10 раз, показатели контрольной группы в 40 раз. Показатель костного формирования (ОК) также был выше у больных на ГД, что свидетельствует о высоком обмене кости. При отсутствии медикаментозной коррекции нарушения фосфорно-кальциевого обмена сохраняются, несмотря на проведение адекватного ГД (12 часов в неделю) с максимально допустимым уровнем кальция в диализате и после пересадки почки.

Литература:

1. Daly C. Is early chronic kidney disease an important risk factor for cardiovascular disease? Nephrol Dial Transplant (2007) 22 [Suppl 9]: ix19-ix25.

2. Steddon S., Ashman N., Chesser A., Cunningham J. O. Oxford handbook of nephrology and hypertension. Oxford university press 2006; p. 171.

3. Wesseling K., Bakkaloglu S., Salusky I. Chronic kidney disease mineral and bone disorder in children Pediatr Nephrol (2008) 23: 195-207.

4. Gordon C.M., DePeter K.C., Feldman H.A., Grace E., Emans S.J., (2004). Prevalence of vitamin D deficiency among healthy adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 158: 531-537.

5. National Kidney Foundation (2005) K/DOQI clinical practice guidelines for bone metabolism and disease in children with chronic kidney disease. Am J Kidney Dis [4 Suppl 1]: S1-121.

ТҰЖЫРЫМ

Гемодиализбен емделіп жатқан терминальды бүйрек жетіспеушілігі бар балалардың және бүйрек аллотрансплантациясынан кейін, сүйектің қалыптасу маркерін қоса, фосфор-кальций алмасуын зерттедік. Терминальды созылмалы бүйрек жетіспеушілігімен науқас барлық балаларда гиперпаратиреоидизм анықталды. Ол бүйрек аллотрансплантациясынан кейінгі науқастар мәліметінен 10 есе, бақылау тобындағы көрсеткіштерінен 40 есе асып түсті. Сүйектің қалыптасуы – остеокальцин көрсеткіштері де гемодиализде жүрген науқастарда жоғары болды, бұл сүйектің жоғары алмасуын көрсетеді. Дәрі қолданбаған кезде, диализатта кальций жоғары деңгейімен адекватты гемодиализ жасауға қарамастан (аптада 12 сағат) және бүйрек трансплантациясынан кейін фосфор-кальций ал-

масу бұзылысы сақталады.

SUMMARY

We have studied the phosphorus and calcium metabolism including the bone formation markers in children with end-stage renal disease on hemodialysis and after kidney allotransplantation. Hyperparathyreoidism was established in all children with end-stage renal disease, which indicators were 10-fold higher than in patients after kidney allotransplantation and 40-fold higher than in controls. Bone formation marker – osteocalcin was higher in patients on hemodialysis and reflected high bone turnover. In the absence of medical correction disorders of phosphorus and calcium metabolism persist even in adequate hemodialysis (12 hours per week) with maximally allowed calcium concentration in dialysate and after kidney allotransplantation.

ВЛИЯНИЕ МАСЛЯНОГО ЭКСТРАКТА КОРНЕЙ ДЕВЯСИЛА НА ЭРАДИКАЦИЮ HELICOBACTER PYLORI ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Р.С.Кузденбаева, Х.И.Кудабаева, Г.Н.Чуканова, Л.Е.Давыдова

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова, г.Актобе

Актуальность. Сахарный диабет (СД) относится к первоочередным проблемам, стоящим перед медицинской наукой и здравоохранением практически всех стран мира, при котором поражаются все, без исключения, органы и системы, в том числе и нередки изменения со стороны желудочно – кишечного тракта /1, 2/. В настоящее время также известно, что Helicobacter pylori (HP) является одной из наиболее распространённых хронических инфекций у человека /3,4/. Однако при лечении HP - ассоциированных заболеваний следует учитывать необходимость не только эрадикации HP инфекции, но и восстановления биоценоза слизистой желудка, и других основных звеньев защитных механизмов организма – функции слизеобразования, эпителиального барьера, иммунной защиты.

В этом плане большой интерес представляют биологически активные добавки, как средства, обладающие многосторонним действием. В Казахстане разработан ряд биологических активных препаратов с использованием местнопроизрастающих растений /5/. На кафедре фармакологии Западно-Казахстанской государственной медицинской академии имени Марата Оспанова разработана биологически активная добавка масляный экстракт корней девясила.

Цель исследования. Оценить возможности масляного экстракта корней девясила в составе комплексной эрадикационной терапии хронического хеликобактерного гастрита (ХХГ) у больных СД 2 типа.

Материалы и методы. Для реализации настоящего исследования отобрано 83 больных СД 2 типа, страдающих ХХГ в эндокринологическом отделении МЦ ЗКГМА. Формирование групп больных для проведения эрадикационной терапии в ходе исследования проводилось с целью поиска оптимальной схемы лечения.. Учитывая высокую частоту атрофических процессов СОЖ у больных СД и снижение кислотообразования, мы сочли возможным отступить от классических Маастрихстких рекомендаций. Во 2 группе было решено отказаться от назначения антисекреторных препаратов (омепразола) и заменить его денолом в схемах эрадикации HP.

В зависимости от характера проводимой терапии больные с ХХГ были распределены на 4 подгруппы: 1а – стандартная терапия на основе омепразола + масляный экстракт девясила; 1б - стандартная терапия на основе омепразола без масляного экстракта девясила; 2а - стандартная терапия на основе де-нола+ масляный экстракт девясила; 2б - стандартная терапия на основе денола без масляного экстракта девясила. Для оценки возможностей масляного экстракта девясила больные были объединены на группы А (1а; 2а) и Б (1б;2б). Контроль лечения проводился через 4 недели от начала лечения. Рецидив инфекции HP оценивался через 6 месяцев.

Результаты исследования.

Как видно из представленных данных, достоверно лучшие результаты в эрадикации HP инфекции достигнуты в группе А (с добавлением масляного экстракта девясила) по сравнению с группой Б ($p<0,05$; $t=2,54$). Разница в показателях внутри 1 группы была достоверной, лучшие результаты были получены при дополнении к стандартной терапии на основе омепразола масляного экстракта девясила ($p<0,05$; $t=2,10$). Внутри 2 группы достоверных различий обнаружено не было. Разницы в результатах эрадикации HP инфекции внутри групп А и Б так же не было выявлено.

Через 6 месяцев после завершения эрадикационной терапии нами проведен анализ реци-

дивов НР инфекции. Контрольное исследование проводилось с помощью дыхательного уреазного теста (Хелик - тест). Проведению теста подверглись 64 из 83 больных с НР – ассоциированным ХГ в группе больных диабетом. Из исследования выпали 19 больных в связи с различными причинами: отказ от дальнейшего обследования, отсутствие больных, развитие сопутствующих заболеваний, которые не позволили провести исследование.

Таблица. Результаты комплексного лечения с добавлением масляного экстракта корней девясила у больных СД 2 типа (%)

	Группа А (п=43)		Группа Б (п=40)		p
	1а (п=20)	2а (п=23)	1б (п=22)	2б (п=18)	
Эрадикация НР инфекции	95,0±4,6	91,3±5,3	72,7±8,7	72,2±9,5	p1а-1б<0,05; t=2,10 p2а-2б>0,05; t=1,58 p1а-2а>0,05; t=0,48 p1б-2б>0,05; t=0,02
Всего:	93,0±3,8		72,5±6,06		pА-Б<0,05; t=2,54
Примечание – p –достоверность различий по критерию Стьюдента (t)					

При контрольном исследовании через 6 месяцев выявлено, что рецидив НР инфекции произошел во всех группах. В группе больных, получавших терапию на основе омепразола, рецидив НР инфекции выявлен у 11 из 33 больных (33,3%), во 2 группе (терапия на основе де-нола) – у 8 из 31 больных (25,8%). При анализе рецидивов в зависимости от наличия в схеме эрадикации НР масляного экстракта девясила у больных диабетом, частота обнаружения НР была приблизительно одинаковой. Достоверной разницы в частоте рецидива НР инфекции не обнаружено.

Выводы. Таким образом, комплексная терапия с включением масляного экстракта корней девясила дает достоверно лучшие результаты эрадикации НР инфекции, не зависимо от вида стандартной терапии, когда в качестве базисного препарата использовался омепразол или де-нол.

Литература:

1. ADA. «Standarts of Medical Care for Patiens with Diabetes Mellitus (Position Statement)» – Diabetes Care.- 1999. – Vol. 32-41

2. Базарбекова Р.Б. Стратегия лечения сахарного диабета 2 типа // Вестник эндокринологии. - -Вестник эндокринологии, 2008.-№ 3(11).- С. 12-17.

3. Исаков В.А., Доморадский И.В. Хеликобактериоз.-Москва, 2003.- 411 с.

4. Аруин Л.И., Григорьев П.Я., Исаков В.А., Яковенко Э.П. Хронический гастрит. – Амстердам, 1993. – 362с.

5. Кузденбаева Р.С., Алдиярова Н.Т., Чуканова Г.Н. Перспективы применения масляных экстрактов на основе местного лекарственного растительного сырья для оздоровления населения, проживающего в экологически неблагоприятных регионах // Здоровье и болезнь. – 2005. - №3. - С. 68-73.

ТҰЖЫРЫМ

II типті қант диабетімен созылмалы гастрит бар 83 науқастың НР эрадикациясы нәтижесіне қараныз тамыры майлы сығындысының әсері зерттелді.

SUMMARY

Studying of influence of an oil extract of roots of elacampane on results of eradication of Helicobacter pylori at a chronic gastritis at 83 patients with diabetes is spent.

ВЛИЯНИЕ МАСЛЯНОГО ЭКСТРАКТА КОРНЕЙ ДЕВЯСИЛА В СОСТАВЕ ЭРАДИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА КОМПЕНСАЦИЮ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА

Х.И.Кудабаева, Г.Н.Чуканова

Западно-Казахстанская государственная медицинская академия им. М.Оспанова, г.Актобе

Актуальность. Определение показателей гликемии является необходимым при любом виде вмешательств у больных сахарным диабетом (СД), поскольку это одна из конечных целей лечения больных диабетом. Другой целью является, как известно, уменьшение и замедление развития осложнений СД /1/.

В настоящее время арсенал пероральных эффективных антидиабетических средств весьма ограничен и включает в основном лекарственные формы самого инсулина, акарбозу, препараты сульфанилмочевины и бигуанидов /2/, и в этом отношении использование пищевой добавки на основе инулина расширяет возможности лекарственной диабетологии. С давних времен при лечении СД использовались растительные средства.

Девясил богат инулином (приблизительно 44%). Фруктоза, образующаяся при его гидролизе, усваивается по инсулиннезависимому механизму, что помогает оптимизации углеводного обмена, исключительно при гипоксии и СД. Свойство инулина участвовать в регуляции уровня глюкозы делает возможным его применение в лечении СД 2 типа (3, 4).

Цель исследования. Задачей нашего исследования явилась оценка гипогликемического действия масляного экстракта корней девясила (МЭД) у больных СД 2 типа в составе эрадикационной терапии хронического гастрита.

Материалы и методы исследования. Для реализации настоящего исследования отобрано 83 больных СД 2 типа, страдающих хеликобактерным гастритом в эндокринологическом отделении ЦКМ ЗКГМА. В связи с этим больные были распределены на 2 группы, сопоставимые по возрасту, полу, длительности и тяжести диабета по наличию НР инфекции и компенсации диабета. Группу А составили больные диабетом, получавшие МЭД в составе эрадикационной терапии (43 больных), и группу Б – больные не получавшие МЭД (40 больных).

До начала лечения все пациенты были обучены в «Школе диабета», где были даны рекомендации по питанию, дозированным физическим нагрузкам, осведомлены о симптомах гипогликемии.

Результаты исследования. На момент первичного обследования показатели гликемии в капиллярной крови находились в пределах неудовлетворительного качества контроля у 30 (85,7%) больных группы А, у 19 (57,6%) из группы Б. У оставшейся части больных уровень базальной и постпрандиальной гликемии был несколько ниже и соответствовал удовлетворительному качеству контроля диабета (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели углеводного обмена у больных сахарным диабетом 2 типа

Концентрация глюкозы в плазме	Больные сахарным диабетом 2 типа (n=83)	
	Группа А (n = 43)	Группа Б (n=40)
Концентрация глюкозы натощак (ммоль/л)	11,4 ± 0,48	10,4 ± 0,22
Концентрация глюкозы через 2 часа после приема пищи (ммоль/л)	14,4 ± 0,66	13,0 ± 0,47
НвА1с (%)	12,9± 0,31	11,7±0,40

У больных группы А, начавших лечение МЭД, через неделю отмечалось снижение показателей гликемии и в дальнейшие сроки наблюдения уровень гликемии постоянно улучшался. Разница показателей исходной и конечной гликемии натощак в среднем составляла 3,8 ммоль/л. Тенденция к снижению гликемии натощак имела постепенно нарастающий характер: в первую неделю – на 12,8 %, через 2 недели –21,9%, через 3 недели – на 25,4%, через 4 недели – на 33,3%.

При сравнении исходных и конечных показателей постпрандиальной гликемии показало, что различия составили 5,1 ммоль/л со следующими темпами снижения: через 1 неделю лечения снижение в среднем достигло 19,4%, через 2 недели – 27,8%, через 3 недели – 31,3% и конце наблюдения – 35,4%. Таким образом, более интенсивное снижение отмечалось в последнюю неделю. Хороший и удовлетворительный гликемический контроль в группе А был достигнут у 84% больных. Эти данные представлены в таблице 2.

Таблица 2 - Влияние масляного экстракта масла девясила на показатели гликемии у больных сахарным диабетом 2 типа

Группа А										
Сроки	натощак	Mp	mp	t	p	После еды	Mp	mp	t	p
Исходно	11,4					14,4				
Через 1 неделю	10,0	1,3	0,3	4,3	<0,001	11,6	2,7	0,6	4,5	<0,001

Через 2 недели	8,9	2,4	0,5	4,8	<0,001	10,4	3,9	0,6	6,5	<0,001
Через 3 недели	8,5	2,7	0,6	4,5	<0,001	9,9	5,0	0,6	8,3	<0,001
Через 4 недели	7,6	3,6	0,6	6,0	<0,001	9,3	5,1	0,6	8,5	<0,001
Группа Б										
Сроки	натощак	Mp	mp	t	p	После еды	Mp	mp	t	p
Исходно	10,4					13,0				
Через 1 неделю	10,0	0,4	0,6	0,8	>0,05	12,6	0,6	0,5	1,2	>0,05
Через 2 недели	9,9	0,5	0,3	1,23	>0,05	11,2	1,8	0,6	1,6	>0,05
Через 3 недели	9,8	0,6	0,6	1,35	>0,05	10,9	2,1	0,5	2,2	<0,05
Через 4 недели	9,6	0,8	0,6	1,98	<0,05	10,6	2,4	0,3	2,8	<0,005

У больных группы Б разница между исходным и конечными показателями тощаковой гликемии составляла в среднем 0,8 ммоль/л. Уровень тощаковой гликемии через неделю снизился на 3,8%, через 2 недели - на 4,8%, через 3 недели – 5,7%, через 4 недели – 7,6%

Разница исходных и конечных результатов постпрандиальной гликемии в этой группе больных в среднем составила 2,4 ммоль/л.

Итак, проведенное нами исследование в течение 4 недель использования МЭД в комплексном лечении у больных сахарным диабетом дало положительные результаты. У больных находившихся на комплексном лечении в сочетании с МЭД отмечалось статистически достоверное снижение гликемии, особенно постпрандиальной.

Полученные результаты приводят к выводу, МЭД в комплексном лечении эффективно снижает постпрандиальную гликемию у больных СД 2 типа. Как известно, на фоне сахароснижающей терапии возможны гипогликемические состояния, которые могут привести к декомпенсации диабета и снизить качество жизни больных. Необходимо отметить, что при комплексном использовании масляного экстракта корней девясила в группе Б гипогликемические состояния не наблюдались.

При анализе влияния МЭД на углеводный обмен в зависимости от получаемой сахароснижающей терапии, выявлено, что достоверное снижение уровня глюкозы крови наблюдалось в группе больных принимавших ССП или находившихся только на диетотерапии. У больных, принимавших инсулинотерапию, достоверного снижения уровня глюкозы мы не наблюдали. Вероятно, это связано со стадией развития СД 2 типа. В инсулинпотребной фазе, когда происходит истощение или гибель в – клеток поджелудочной железы и больные нуждаются только в заместительной терапии препаратами инсулина.

Выводы. Результаты исследований показали, что включение в комплексную терапию МЭД, в силу богатого содержания биологически активных соединений (инулина), способствует снижению концентрации глюкозы как натощак, так и через 2 часа после еды.

Литература:

1. ADA. «Standarts of Medical Care for Patiens with Diabetes Mellitus (Position Statement)» – Diabetes Care.- 1999. – Vol. 32-41

2. Базарбекова Р.Б. Стратегия лечения сахарного диабета 2 типа // Вестник эндокринологии. - 2008.-№ 3(11).- С. 12-17.

3. Кузденбаева Р.С., Алдиярова Н.Т., Чуканова Г.Н. Перспективы применения масляных экстрактов на основе местного лекарственного растительного сырья для оздоровления населения, проживающего в экологически неблагоприятных регионах // Здоровье и болезнь. – 2005. - №3. - С. 68-73.

4. Анисимова О.В. Принципы подбора БАД при сахарном диабете //Российские аптеки. - 2007- № 15.

ТҰЖЫРЫМ

II типті қант диабетімен біріккен созылмалы гастриті бар 83 наукасқа қарандыз тамыры майлы сығындысымен құрама тағайындалған эрадикациялық диабет компенсациясына әсері зерттелді.

SUMMARY

Studying of influence of an oil extract of roots of elacampane in eradication therapy structure of a chronic gastritis associated with Helicobacter pylori on indemnification of diabetes at 83 patients with diabetes is spent.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОГО РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО АФТОЗНОГО СТОМАТИТА

А.А.Зайнелова

КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Введение

Рецидивирующие афты полости рта часто встречающаяся патология слизистой полости рта в практике врача-стоматолога. По данным современных авторов это заболевание встречается в 20-60% у взрослого населения /1,2,3,4/. Рецидивирующий характер заболевания, утяжеление клинических форм, обилие диагностических ошибок придает актуальность данной теме.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 76 больных рецидивирующими афтами полости рта. Все они обратились с целью консультации и лечения на кафедру терапевтической стоматологии КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова.

Обследование больных рецидивирующими афтами полости рта позволило выявить некоторые особенности в их проявлении.

Результаты исследования

Жалобы больных были характерными для ХРАС. Центральное место среди жалоб были боль в области пораженных участков слизистой оболочки, усиливающуюся при приеме пищи, особенно острой и горячей, и разговоре. Кроме того, достаточно часто больных беспокоили чувство жжения во рту (92,5%), усиленная саливация (93,3%). В трети случаев, больные отмечали чувство распирания, жжения слизистой оболочки перед появлением элементов поражения. Также больных беспокоил неприятный запах изо рта, связанный с недостаточным соблюдением гигиены полости рта при наличии высыпаний в полости рта. В случае самолечения, отягощения течения заболевания, к основным жалобам присоединялись и характерные для симптоматического гингивита (появление зуда десны, распирания, кровоточивости при чистке зубов).

Наряду с локальным поражением слизистой оболочки полости рта отмечалась общая реакция организма, проявляющаяся в увеличении и болезненности регионарных лимфатических узлов у 43,3% больных, и повышении температуры тела у 36,6% - субфебрильных значений (37,4±0,3С°). Все это приводило к снижению качества жизни больных и даже к потере трудоспособности (70% случаев).

Нужно отметить, что общие жалобы больных рецидивирующих афтами полости рта в основном были характерны для заболеваний системы пищеварения (92,0%) .

Жалобы, характерные для заболеваний желудочно-кишечного тракта, вызывали особый интерес. Так как на основе этих данных можно предполагать характер патологического процесса в ЖКТ, степень его тяжести.

Длительность заболевания, изученная при сборе анамнеза, колебалась от нескольких дней до 18 лет.

Самый большой процент составила группа обследованных больных с давностью заболевания от 1-4 лет (37,5%).

При анализе половой принадлежности больных было выявлено, что подавляющее большинство обследованных пациентов – женщины (68,8%). Это объясняется большей обеспокоенностью своим здоровьем, а также меньшей социальной занятостью женщин. Мужчины обращались с целью лечения в основном при тяжелой степени заболевания.

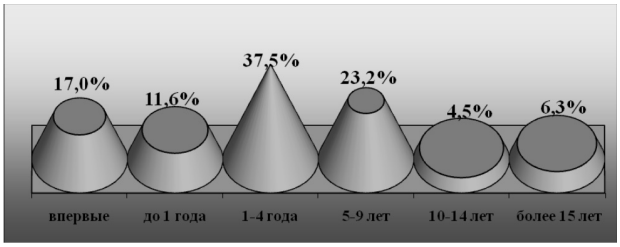


Рисунок 1- Давность заболевания ХРАС

Из 76 пациентов, обратившихся на кафедру, которым впоследствии был поставлен диагноз рецидивирующие афты полости рта, 13 (17,0%) больных обратились с целью лечения впервые. Из них в 9 (69,3%) случаях симптомы заболевания появились в первый раз. 63 (83,0%) пациента проходили обследование и лечение врачами-стоматологами ранее.

Проведенный нами анализ позволил выявить наиболее часто допускаемые ошибки в диагностике рецидивирующих афт полости рта.

Только 8 (12,7%)пациентов были направлены с диагнозом, соответствующим реальному. 55 (87,3%) обследованных нами пациентов лечились без диагноза или с ошибочным.

Таблица 1 - Распространенность диагностических ошибок

Диагноз	Распространенность	
	Абс	%
Без диагноза	38	69,1
Герпетический стоматит	11	20,0
Язвенно-некротический стоматит	4	7,3
Медикаментозный стоматит	2	3,6
Всего	55	100

При изучении стоматологического статуса были выявлены следующие особенности. Наибо-

лее распространенной группой был кариес и его осложнения, причем обращал на себя внимание тот факт, что с отягощением течения ХРАС процент кариозных зубов возрастал (так, при легкой степени он составил – 83,7%, при средней – 92,5%, при тяжелой – 96,6%).

Второй по распространенности была группа заболеваний пародонта. Как отмечалось ранее даже при отсутствии воспалительных явлений в пародонте, симптомы катарального гингивита появлялись при развитии очередного рецидива заболевания. Это связано с отсутствием или недостаточной чисткой зубов, со снижением аппетита или затрудненным приемом пищи (естественное самоочищение полости рта). Процент случаев заболеваний пародонта колебался от 62,8% в легкой группе, 77,5% в средней группе, до 93,1% в группе с тяжелой степенью ХРАС.

Анализ локализации элементов поражения у обследованных пациентов позволил выявить некоторые особенности. В 72,3% наблюдений афты локализовались в пределах одной области. Самый большой процент составили пациенты с поражением слизистой оболочки языка – 23,3%, затем следовала нижняя губа (16,1%), щека (9,8%). При множественном поражении у 9 пациентов афты локализовались в пределах двух анатомических областей, у 3 – в пределах трех, у 1 – в пределах четырех.

При объективном обследовании клиническая форма ХРАС определялась согласно классификации Банченко Г.В. (1983 г.). Согласно данной классификации выделяют 6 форм ХРАС: фибринозная, некротическая, рубцующаяся, деформирующая, гландулярная и лихеноидная. У большинства пациентов выявлена фибринозная и некротическая формы. Остальные встречались в единичных случаях (рисунок 2).

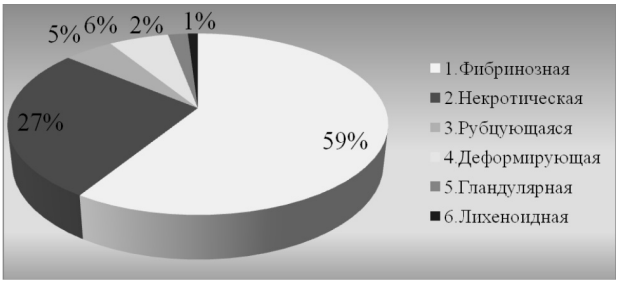


Рисунок 2. Распространенность клинических форм ХРАС

Анализ жалоб, анамнеза заболевания и жизни, данных объективного исследования позволил судить о разной степени поражения – легкой, средней, тяжелой. Критериями разделения обследованных на степени служили: количество и характер афтозных элементов, длительность заболевания, количество рецидивов и продолжительность ремиссии, наличие симптомов интоксикации.

Таблица 2 – Критерии распределения больных ХРАС по степени тяжести

Признаки	Легкая степень	Средняя степень	Тяжелая степень
Размер афт	до 0,5 см в диаметре	крупные афты, склонные к изъязвлению до 1 см в диаметре	Множественные афты, чаще в стадии язвы, более 1 см в диаметре
Количество рецидивов в год	до 5 раз в год	от 5 до 10 в год	От 10 и более, возможно перманентное течение
Давность заболевания	не превышает 3 лет	От 3 до 7 лет	более 7 лет
Длительность рецидива	7-10 дней	10 – 25 дней	25 и более дней
Общая симптоматика	Отсутствие признаков общей интоксикации Иногда жалобы на неприятные ощущения в кишечнике.	Головная боль, повышение температуры тела, нарушение аппетита и сна. Неприятные ощущения и дискомфорт в кишечнике, нарушение режима дефекации, иногда запоры.	Болезненные ощущения в области кишечника, нарушение режима дефекации, запоры. Симптомы интоксикации, повышенная возбудимость и раздражительность больных.

Распределение больных рецидивирующими афтами полости рта по степени тяжести очень важно при лечении данного заболевания. Так как это дает возможность учитывать анамнестические данные, субъективные ощущения, объективные показатели заболевания. В конечном итоге такая характеристика помогает составить план лечения индивидуально для каждого больного.

Литература:

1. Сулейменова Д.М. Обоснование к применению тагансорбента при лечении хронического рецидивирующего афтозного стоматита: Автореф. дис. канд. - Алматы, 2004г. – 28с.

2. Bucci P, Carile F, Sangianantoni A, D'Angio F, Santarelli A, Lo Muzio L. Oral aphthous ulcers and dental enamel defects in children with coeliac disease. – Acta Paediatr., 2006 - №95(8). – p.1023.

3. Каспина А.И., Русак М.К., Дрожжина В.А., Гордеева В.А. Краткая характеристика основных заболеваний слизистой оболочки рта (в таблицах). – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2005. – 32с.

4. Луцкая И.К. Руководство по стоматологии. Изд. 2-е дополнен. и переработанное. – Ростов на Дону: Феникс, 2002. – 544с.

ТҰЖЫРЫМ

Бағдарламада стоматологиядағы созылмалы қайталамалы афталардың клиникалық көріністері туралы мағлұматтар берілген. Науқастарды шағымдардың зерттеуінің, анамнездің деректерінің, клиникалық зерттеунің негізінде күрделігі бойынша топтарға бөлінді, ол әрбір науқасқа өзіне сай емдеуін құрастыруға көмектеседі.

SUMMARY

The data of recurrent aphthous stomatitis`s clinical manifestation features are shown in article. The analysis of complaints, of data of anamnesis, of clinical examination permitted to divide this patients into groups of severity. This will help to draw up a scheme particularly for each patient.

КАРДИОМИОПАТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

А.М.Нугманова

Научный центр педиатрии и детской хирургии, Республиканская детская клиническая больница «Аксай», г.Алматы

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, гипертрофия левого желудочка, хроническая сердечная недостаточность, эхокардиография.

В последние десятилетия значительно возрос интерес к кардиомиопатиям. Частота кардиомиопатий прогрессивно возрастает как среди взрослых, так и среди детей и подростков. Это, вероятно, можно объяснить не только истинным возрастанием числа подобных заболеваний, но и, с одной стороны, широким внедрением высокоинформативных инструментальных методов исследования сердца, прежде всего эходоплеркардиографии, а с другой стороны – унификацией и упорядочением представлений о кардиомиопатиях как о нозологической единице. Кардиомиопатиии – заболевания преимущественно сердечной мышцы, часто характеризующиеся неясной этиологией, хроническим прогредиентным течением, и в конечном счете, кардиомегалией, прогрессирующей сердечной недостаточностью, аритмическим, тромбоэмболическим синдромом, нередко заканчивающиеся внезапной сердечной смертью [1].

По данным регистра Российского диализного общества, в структуре летальности больных, находящихся на лечении гемодиализом за 2000-2005гг. преобладала кардиоваскулярная патология (44,4% всех летальных исходов). В структуре кардиоваскулярной летальности доминировали сердечная недостаточность, нарушение мозгового кровообращения и внезапная смерть (17,0; 10,8 и 3,7% соответственно) [2].

Кардиоваскулярные заболевания являются важной причиной смертности у детей с ХПН, 46 % всех осложнений у больных на ГД и у детей на ПАПД (Rizzoni et al., 1990). Такие типичные для взрослых заболевания, как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца и бактериальный эндокардит, редко встречаются в детском возрасте, но сердечная недостаточность и перикардит - довольно частое явление у детей с уремией. Как правило, застойная сердечная недостаточность осложняет течение ХПН после того, как креатинин сыворотки достигает 450 мкмоль/л, и выявляется у 24 % детей на диализе (Coren A. et al., 1993). Кардиомегалию находят почти у 2/3 детей на гемодиализе.

Следует отметить, что у пациентов с ХПН, помимо ускоренного атерогенеза, имеют место факторы, отрицательно влияющие на сердце, приводящие к кардиомегалии и сердечной недостаточности и вызывающие симптомокомплекс «уремическая кардиомиопатия» [3]. У детей реже, чем у взрослых, выявляют изменения на ЭКГ, однако исследования показали, что они не столь необычны для детей. Признаки гипертрофии левого желудочка имеются у 1/3 детей (Morris et al., 1993). По мнению авторов, по ЭКГ трудно определить степень гипертрофии левого желудочка, и необходимо выполнение Эхо-КГ. Довольно типично наличие шумов в сердце, которые могут имитировать врожденные заболевания сердца. Эти шумы, по-видимому, обусловлены сочетанием артериальной гипертонии, тяжелой анемии и гипергидратации [4].

По мнению многих авторов у больных ХПН, получающих хронический гемодиализ (ХГД) с течением времени наступает хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Для определения взаимосвязи формирования ХСН с длительностью проводимой диализной терапии проведен анализ данных эхокардиографического (ЭхоКГ) исследование сердца у 23 детей с ХПН. Учитывались признаки ХСН: гипертензия, тахикардия, изменения на ЭКГ, кардиомиопатия, рентгенологически подтверждённая кардиомегалия, признаки гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) и снижение сократительной способности миокарда (СМ) на ЭхоКГ (табл. 1).

Таблица 1
Признаки ХСН в зависимости от причин ХПН и длительности Г

Причина ХПН	КТИ (%)	Сокр. миокарда,(%)	ГЛЖ (%)	ХСН (%)
ВПР	56,9±2,2	29,8±1,4	6 (46%)	6 (46%)
До диализа	46,9±0,5	35,2±1,4	-	-
ГД 1 год	60,0±3,0	27,3±4,0	1 (33%)	1 (33%)
ГД 2 года и >	62,1±1,9	27,5±1,2	5 (83%)	5 (83%)
ХГН	58,0±1,4	32,2±1,2	4 (40%)	4 (40%)
До диализа	58,1±1,5	34,2±2,0	-	-
ГД 1 год	54,7±1,8	33,6±1,7	-	-
ГД 2 года и >	59,8±2,3	30,7±1,7	4 (80%)	4 (80%)

По данным таблицы отмечается следующее: у детей с ХПН, явившейся следствием ВПР в додиализной стадии сердце имело нормальные размеры (КТИ=46,9±0,5 %), с началом гемодиализа, в течение первого года отмечается значительная кардиомегалия (КТИ=60,0±3,0 %) и в последующие годы степень кардиомегалии быстро прогрессирует (62,1±1,9 %). Более выражено снижение сократительной способности миокарда при ХПН, развившейся на фоне ВПР (если в додиализный период составляла 35,2±1,4%, то через 2 года и более от начала диализной терапии уже снижается до 27,5±1,2 %). В результате этих изменений в 83% наступает ГЛЖ с формированием кардиомиопатии, проявлениями ХСН у детей, находящихся на ХГД.

При анализе сроков наступления ХСН при ХПН на фоне ХГН в додиализный период имела место умеренная кардиомегалия, вычисленная как кардиоторакальный индекс (КТИ), который равнялся 58,0±1,4 % при сохранной сократительной способности миокарда (32,2±1,2%), на данном этапе ГЛЖ и ХСН отсутствовали. В течение первого года проводимой диализной терапии отмечается небольшой регресс кардиомегалии (КТИ=54,7±1,8%), что можно связать с коррекцией АД, ультрафильтрацией на гемодиализе, но при этом сократительная способность миокарда прогрессивно снижается (33,6±1,7%). Через 2 года и более от начала хронического гемодиализа выявлены прогрессирование кардиомегалии (КТИ=59,8±2,3%), снижение СМ до 30,7±1,7% и ГЛЖ с формированием ХСН в 80%.

Таким образом, выявлено, что кардиомиопатия с признаками ГЛЖ и формирование ХСН мало зависят от причин, что приводят к ХПН (при ХГН КТИ=58,03±1,4%, СМ=32,2±1,2% и ХСН наступает в 40% случаев, а при ВПР – КТИ=56,9±2,2%, СМ=29,8±1,4% и в 46% формируется ХСН). Выраженные изменения со стороны сердца с развитием кардиомиопатии, ГЛЖ и ХСН наступают у детей, длительное время получающих терапию гемодиализом.

Литература:

1. Мутафьян О.А. Кардиомиопатии у детей и подростков. – СПб.: «Издательство Диалект», 2003. – 272с.

2. Бикбов Б.Т., Томилина Н.А, Нефрология и диализ, т.9 №1. 2007. с. 56-57.

3. US renal data system: USRDS 1999 annual data report National Institute of health, National Institute of diabetes and digestive and kidney disease. Bethesda, MD. 1999.

4. Коношкова Р.Л. Ишемические изменения миокарда у больных с ХПН, получающих терапию гемодиализом //Нефрология. – 2000. - №3. – С.18-23.

ТҰЖЫРЫМ

Созылмалы жүрек жеткілісіздігің дамуы мен емдеу ұзақтығы арасындағы байланысты анықтау мақсатымен 23 баланың ЭхоКГ-ның зерттеу мәліметтеріне анализ жүргізілді. Анықталғаны, сол қарынша гипертрофиясымен көрінетін кардиомиопатия және созылмалы жүрек жеткіліксіздігінің дамуы созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінің себебіне байланысы аз. Балаларда кардиомиопатияның дамуымен жүрек жағынан айқын өзгерістер, сол қарынша гипертрофиясы және жүрек жеткіліксіздігі узақ уақыт гемодиализ емін алушыларда дамиды.

SUMMARY

The data of echocardiography examinations of 23 children on dialysis were analyzed to determine correlations between CHF development and the duration of dialysis. It was revealed that cardiomyopathy with LVH and CHF forming are less dependent on the reasons that cause CKF. Severe cardiac abnormalities like cardiomyopathy, LVH and CHF onset in children who take the hemodialysis over the long time.

ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РАХИТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Р.Н.Закиева, Р.Ж.Муракаева

КГП «Городская поликлиника №2», г.Павлодар

Рахит – заболевание детей первых лет жизни, в основе которых лежит дефицит витамина Д и проявляется изменениям костной, мышечной и нервной системы.

Первичный витамин –Д – дефицитный рахит развивается в результате недостаточного солнечного облучения и при недостаточном поступлении витамина Д с пищей.

Риску развития рахита в наибольшей степени подвержены дети, находящиеся на искусственном вскармливании неадаптированными смесями.

Рахит относят группе заболеваний обменного характер, в основе которого лежит нарушения фосфорно – кальциевого и углеводного обмена магния, селена, меди, цинка; нарушения процессов перекисного окисления липидов, метаболизма белка; недостатки витамина Д.

Классификация рахита

По периоду: начальный, разгара, репарации, остаточных явлений;

По степени тяжести: легкий, средней тяжести, тяжелый;

По течению: острый, подострый.

Начальный период рахита у доношенных детей характеризуется появлением беспокойства, пугливости, нарушениям сна, вздрагивания, красным дермографизмом, потливостью, облысениям затылка.

Симптомы появляются в возрасте 1-4 месяца. Продолжительность начального периода рахита от 1,5 недель до 7 месяцев.

Период разгара рахита проявляется в первую очередь изменениями со стороны костной системы. Появляется краниотабес, изменение конфигурации черепа (уплощенный затылок, лобные, теменные бугры и др.) со стороны грудной клетки; четки, «куринная» или «килевидная» грудь, гаррисонова борозда. В области метафизов появляются «рахитические браслеты», а на фалангах пальцев – «нити жемчуга». Искривление позвоночника происходит по типу кифоза, лордоза и сколиоза. Ноги чаще искривляются о-образно, реже х-образно. Также отмечается позднее закрытие большого родничка, нарушение прорезывания зубов. Симптомы остеомаляции (размягчение кости) характерны для острого течения рахита. Подострое течение рахита характеризуется симптомами остеоидной гиперплазии (преобладает в настоящее время), мышечная гипотония – частое проявление при рахите. Отмечается вялость и дряблость мышц, разболтанность суставов, «лягушачий живот».

При выраженном рахите, кроме перечисленных симптомов происходит поражение нервной системы, характерны задержка психомоторного развития, гиперестезии.

При рахите I степени выявляются начальные признаки рахита, или легкие поражения костной системы.

При рахите II степени характерны более выраженные изменения со стороны костной, мышечной и нервной системы. Появляются изменения со стороны внутренних органов (часто увеличение печени и селезенки).

При рахите III степени встречаются более выраженные изменения со стороны костной, мышечной и нервной системы, значительные изменения со стороны внутренних органов, анемия.

Под наблюдением находилось 62 ребенка, из них родившихся в осенне-зимний период - 41.

Факторы, предрасполагающие к развитию заболевания	Количество детей	Профилактика и лечение АкваДетрином
- недоношенные	3	С 7-10 дня – по 2 капли(1000 МЕ)в сутки
- с крупным весом более 4-х кг	3	500 МЕ с 4-х недель
- бурная прибавка в весе в течение первых 3-х месяцев жизни	7	500 МЕ с 4-х недель
- раннее искусственное вскармливание	5	Смесь «Нестежен-1» (содержание вит.Д 300 МЕ) по 1 капле через день
- с перинатальной энцефалопатией	11	500 МЕ с 4-х недель
- частые ОРВИ (до 6 месяцев)	1	500 МЕ с 4-х недель

У 21 ребенка родившихся в осенне - зимний период, наблюдались начальные проявления рахита в виде потливости, лунообразного облысения затылка, нарушения сна, вздрагивания при ярком свете, появления запоров, мышечной гипотонии.

Анализ причин возникновения начального проявления рахита:

Причины возникновения рахита	Количество детей	%
экстрагенитальная патология	5	23,8%
дефицит питания во время беременности и лактации	5	23,8%
не соблюдение режима дня	3	14,3%
недостаточное пребывание на свежем воздухе с ребенком	3	14,3 %
осложненные роды	2	9,5%
неблагополучные социально-экономические условия	1	4,7%
возраст матери младше 17 лет и старше 35 лет	2	9,5%

Из выше указанной таблицы следует, что основными факторами риска, предрасполагающими к развитию рахита по нашим данным являются:

1. экстрагенитальная патология
2. дефицит питания во время беременности и лактации
3. несоблюдение режима дня

Дети, находящиеся под наблюдением получали АкваДетрим в лечебной дозе ежедневно по 4 капле (2000 МЕ) в течение 6 недель. После получения лечебной дозы прошли выше перечисленные начальные проявления рахита, затем назначалась профилактическая доза 500 МЕ в сутки.

Остальные дети получали специфическую профилактику рахита с возраста 3-х недель. Ее проводили водным раствором витамина Д3 в суточной дозе 500-1500МЕ (по 1-3 капли в день) на протяжении 6-18 месяцев.

Детям из группы риска по рахиту витамин Д назначали в осенне-зимне-весенний период в дозе 1000 МЕ в течение года.

У недоношенных детей специфическую профилактику рахита начинали с 10-14 дня жизни в дозе 5000-1000 МЕ в сутки ежедневно, круглосуточно.

При недоношенности 2-ой степени витамин Д назначали в дозе 1000-2000 МЕ ежедневно в течение года, исключая летний период. Дети, получавшие такие дозы витамина Д находились под наблюдением.

Детям с малым размером родничка специфическая профилактика рахита проводилась с 3-4 месяцев под контролем размеров большого родничка и окружности головы.

Таким образом, назначение детям, находящиеся под наблюдением, АкваДетрима в лечебной дозе ежедневно по 4 капле (2000 МЕ) в течение 6 недель и профилактической дозы 500 МЕ в сутки способствовали исчезновению ранних проявлений рахита.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ПРОФИЛАКТИКУ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ

М.В.Баймагамбетова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

В наши дни основополагающий принцип врачевания “не навреди” все чаще вступает в противоречие с тревожными сигналами о неблагоприятных исходах лечения, случаями оказания ненадлежащей медицинской помощи, ухудшением здоровья и инвалидизацией пациентов в результате контакта с системой здравоохранения.

Комиссия по качеству медицинской помощи установила (США, 2000), что на любом этапе процесса оказания медицинской помощи неизбежно имеются уязвимые (для безопасности пациентов) места: побочное действие лекарств и их сочетаний; риск, сопряженный с использованием медицинской техники; некачественная и бракованная продукция, поступающая в систему здравоохранения; человеческий фактор; скрытые системные недостатки. Нежелательное событие может наступить в результате проблем с медицинской практикой, продуктами, процедурами или системами [1].

Растущая обеспокоенность этой проблемой привела к тому, что на 55 сессии Всемирной Ассамблеи здравоохранения было принято решение уделять как можно более пристальное внимание проблеме безопасности больных и создавать и укреплять научно обоснованные системы, необходимые для повышения безопасности и качества медико-санитарной помощи, включая мониторинг лекарственных средств, медицинского оборудования и технологии. А в 2005 году была разработана программа действий Всемирного Альянса за безопасность пациентов, созданного под эгидой ВОЗ (Женева, ВОЗ, 2005) и первым Глобальным вызовом явился лозунг «Чистота – залог безопасности пациентов» [2].

Бремя болезней, вызываемых внутрибольничной инфекцией, ежегодно охватывает во всем мире более 1,4 млн. человек. От 5% до 10% пациентов приобретают одну или более инфекции, проходя лечение в хорошо оборудованных современных клиниках в развитых странах. Каждый год в клиниках США регистрируется около 1,7 миллиона случаев нозокомиальных инфекций и 99000 смертельных случаев связанных с ними [3, 4].

В развивающихся странах процент пациентов, получивших инфекцию во время лечения, превышает 25%. Небезопасное переливание крови ежегодно вызывает 16 млн. случаев заражения гепатитом В, 5 млн. случаев заражения гепатитом С и 160.000 случаев приобретения ВИЧ-инфекции [4].

Нозокомиальная инфекция ведет к ухудшению прогноза больных, увеличивает длительность госпитализации и стоимость лечения, снижает эффективность антибактериальной терапии, способствуют распространению в стационаре резистентных штаммов. Медицинские организации представляют собой идеальное место для передачи инфекционных заболеваний. Это связано с тем, что обычные медицинские процедуры сопряжены с риском внесения микроорганизмов в организм человека и могут служить причиной возникновения инфекции; с тем, что медицинские услуги предоставляются большому числу пациентов в условиях ограниченного физического пространства, и часто – в течение весьма непродолжительного времени; с тем, что в силу своих профессиональных обязанностей медицинские работники и иной персонал учреждения постоянно находятся в ежедневном контакте с потенциально инфицированными материалами; и, наконец, с тем, что многие из пациентов, обращающихся за медицинской помощью, имеют ослабленное здоровье и подвержены риску инфицирования, или являются источником инфекции [5]. Так, среди медицинского персонала отделений реабилитации недоношенных детей и интенсивной терапии (г.Омск) преобладали инфекционные заболевания (свыше 75%), в отделении реанимации — инфекционные (51,3%). Отмечалось затяжное течение болезни в 72,7% инфекционных заболеваний (кроме ОРВИ) и 44,9% внутрибольничных инфекций. Авторами установлено наличие источников инфекции среди персонала, что во многом определяется условиями труда. Доказана необходимость выработки комплекса мер по защите труда медицинского персонала учреждений данного профиля от негативного влияния производственных факторов [6].

В этой связи признание важности предупреждения внутрибольничной инфекции имеет глобальное значение для здравоохранения всех стран, в т.ч. и Республики Казахстан. Программа развития здравоохранения РК отвечает современным представлениям о принципах деятельности по охране здоровья населения, предусматривает реализацию комплекса тактических и стратегических мер, направленных на создание эффективной системы управления качеством медицинской помощи. В стране созданы комитеты эпиднадзора при медицинских организациях, разработана система их отчетности, повысился учет случаев внутрибольничных инфекций, однако проверка их деятельности выявила в работе отдельных комитетов недостатки [7]. Осуществление мер профилактики инфекций должно являться предметом постоянной заботы медицинских работников при предоставлении медицинских услуг. Появление в стационарах своих эпидемиологов приведет к снижению уровня ВБИ, однако проблемы плохо развитой микробиологической базы, отсутствие квалифицированных помощников, большое количество общегигиенических проблем, требующих

незамедлительного решения, отодвигают его на определенное время.

К практическим мерам по профилактике инфекций относятся:

- обеспечение безопасного рабочего места медицинского работника, оборудованного всем необходимым инвентарем;
- профилактика инфекций после проведения процедур, в том числе, для предотвращения инфицирования хирургических ран и профилактики воспалительных заболеваний;
- профилактика инфекций среди медицинского и не медицинского персонала медицинского учреждения;
- предотвращение распространения инфекционных агентов, характеризующихся устойчивым сопротивлением к лечению антибиотиками;
- обеспечение населения высококачественными и безопасными медицинскими услугами (наличие современной материально-технической базы, подготовленного, квалифицированного персонала), что способствует более активному обращению населения за медицинской помощью;
- мероприятия по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, восстановлению здоровья послужат снижению расходов на медицинское обслуживание (профилактика инфекций обходится дешевле, чем лечение инфекционных заболеваний);
- особое внимание к профилактике инфицирования ВИЧ и вирусом гепатитов В и С.

Пациенты подвергаются риску развития инфекции после проведения процедуры при не соблюдении медицинским работником правил асептики и антисептики. [8].

Медицинский и немедицинский персонал медицинской организации подвергается значительному риску инфицирования, поскольку в своей повседневной практике они имеют дело с потенциально инфицированным биологическим материалом. Технический персонал, занимающийся обработкой инструментов и иных предметов, обработкой и уборкой операционных помещений и процедурных кабинетов, а также удалением медицинских отходов подвергаются особому риску. Условия труда этой категории работников представляют собой серьезную проблему, так как данный персонал не обладает достаточными знаниями и навыками, в связи, с чем может не осознавать реально существующего риска инфекции. Поскольку все сотрудники медицинского учреждения могут подвергаться риску, каждый работник должен участвовать в реализации профилактических мер.

Следовательно, повышение безопасности медицинской помощи возможно только через изменение культуры профессиональной деятельности, т.е. обеспечение безопасности работника и его рабочего места.

Стандартные меры предосторожности представляют собой свод рекомендаций для медицинских учреждений, с целью сведения к минимуму риска контакта пациентов и работников медицинских учреждений с инфицированными материалами. Действия медицинского работника, основывающиеся на предположении о том, что все пациенты могут быть потенциально инфицированными, способствуют обеспечению большей безопасности, по сравнению с выборочным применением стандартных мер предосторожности по отношению лишь к некоторым пациентам.

Результаты исследований показывают, что мытье рук является одним из наиболее эффективных способов профилактики инфекций в медицинском учреждении. По данным ВОЗ правильная гигиена рук у медицинского персонала производится лишь в 40% случаях. Проведение кампании по гигиене рук среди врачей и медицинских сестер, работающих в двух кантональных больницах Швейцарии увеличил показатель соблюдения надлежащей практики на 25 %. На основе результатов проведенного исследования было подсчитано, что ежегодно во всех больницах Швейцарии, достигших аналогичных показателей, может быть предотвращено 17 000 нозокомиальных инфекций [9].

Таким образом, обеспечение безопасности труда медицинского работника путем правильной организации работы, сокращения напряженности; обеспечение безопасности здоровья работников службы здравоохранения; современное ресурсное обеспечение медицинской организации, штатная укомплектованность, систематическое повышение уровня квалификационной подготовленности работника, соблюдение санитарно-гигиенических требований к рабочему месту, обеспечение работника мерами личной безопасности, предоставление достоверной информации о внутрибольничной инфекции; использование стратегий и руководящих принципов ВОЗ по борьбе с внутрибольничными инфекциями, в частности в вопросах гигиены рук, безопасности крови, безопасности инъекций и иммунизации, безопасности клинических процедур ведет к повышению безопасности медицинской помощи, повышает мотивацию к выполнению работы и снижает уровень “человеческого фактора” в возникновении нежелательных инцидентов (Рекомендации по безопасности пациентов) [10].

Литература:

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To Err is Human. Washington

(DC): National Academy Press, 1999.

2. World Alliance for Patient Safety [веб-сайт]. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2005 г. по состоянию на 15 декабря 2005 г.).

3. Statement by Denise Cardo Director, Division of Healthcare Quality Promotion, CDC March 29, 2006

4. Информационный бюллетень №1 WHO

5. МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЖУРНАЛ МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКИ 6`2005, стр5-8

6. Далматов В.В., Турчанинов Д.В., Стасенко В.Л., Николаев С.В., Обухова Т.М., Ширинский В.А.,

Бекетова В.И. - Состояние здоровья медицинского персонала стационара второго этапа выхаживания новорожденных детей, Эпидемиология и инфекционные болезни №1 2005

7. Пресс-служб МЗРК от 14.12.2007г

8. ГОСТ 25375-82 «Методы, средства и режимы стерилизации и дезинфекции изделий медицинского назначения», ОСТ 42-21-85 "Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения. Методы, средства и режимы"

9. Agnès Leotsakos- 10.11.2006г. Женева/ Благодаря чистоте рук медицинская помощь станет более безопасной для половины мирового населения

10. Всемирная Организация Здравоохранения, 2006

ТҰЖЫРЫМ

Медицина қызметкерлерінің жұмыс жағдайлары емдеу-профилактикалық көмектің сапасына және аурухана ішілік инфекциялардың болуы әсер беру және бермеуіне анализ жасалды. Ауруxана ішіндегі инфекцияның шығуы пациенттердің аурушылығын және аурудан сауығуына кері әсері болатыны көрсетілді. Аурудың профилактикасы сапалы жүйе болуы үшін, денсаулықты шыңдауға және қалпына келтіруге бағытталған тактикалық және стратегиялық шараларды жасау және енгізу керектігі анықталды және ол медициналық көмек көрсету ақысын төмендетеді және медициналық көмектің сапасын қадағалауды жақсартады.

SUMMARY

Analysis of the impact of working conditions for health care workers to providing quality treatment and preventive care and the level of intrahospital infections was made. A negative effect of intrahospital infections to morbidity and patients' curability was shown. The necessity to develop and implement a set of tactical and strategic measures aimed at creating an effective system of disease prevention, rehabilitation and health promotion was proved, which will reduce medical costs and improving quality management of medical care.

КОНЦЕПЦИЯ РЕСПУБЛИКАНСКОГО МЕСЯЧНИКА, ПОСВЯЩЕННОГО ВСЕМИРНОМУ ДНЮ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ- 2009 г.

Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова

Национальный Центр формирования здорового образа жизни, г.Алматы

Ежегодно во всем мире 24 марта проводится Всемирный День борьбы с туберкулезом с целью привлечь внимание всего общества к глобальным проблемам туберкулеза. В Казахстане проведение этого дня стало традиционным и неотъемлемой частью реализации программы «Здоровый образ жизни» с разработкой Концепции, плана мероприятий, выбора целевых групп и партнеров по проведению, ожидаемых результатов и подведении итогов. Акцент делается на проведении широкомасштабной кампании, ключевым событием которой будет месячник, приуроченный к этому Всемирному дню. В мероприятиях, помимо службы ЗОЖ, активно вовлечены специалисты Научного центра проблем туберкулеза, ПМСП разного уровня, международные и неправительственные организации при поддержке местных органов власти и средств массовой информации.

Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости туберкулезом в РК.

По данным Агентства РК по статистике и статистического обзора по туберкулёзу в республике Казахстан (2008г) в 2007 году зарегистрировано 19 572 новых случаев туберкулёза, из них 16 294 – туберкулёза легких. Удельный вес больных с бактериовыделением среди больных с туберкулёзом органов дыхания в 2007г. составил 32,9%.

Заболеваемость туберкулезом контактных лиц в 2007 году значительно выросла: у взрослых в 2.2 раза, подростков - в 2 раза, детей- в 2.7 раза. Самый высокий уровень заболеваемости контактных лиц регистрируется среди подростков и составляет 1.7%, что чётко коррелирует с увеличением резервуара туберкулёзной инфекции среди взрослых и недостаточными профилактическими мероприятиями.

В целом, начиная с 2002 года, регистрируется снижение заболеваемости с 165.1 на 100 тыс. населения, до 126.4 на 100 тыс. населения в 2007 году. Наблюдаются положительные сдвиги в основных эпидемиологических показателях. С 2003 г. отмечается тенденция к снижению смертности. Вместе с тем отмечается рост лекарственных устойчивых форм туберкулеза, что делает эпид.ситуацию ещё более напряженной.

По данным ВОЗ Казахстан относится к одним из 22 стран с высоким бременем туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью.

Борьба с туберкулезом в Казахстане возведена в ранг основных направлений деятельности органов здравоохранения с акцентом на ПМСП. Это находит свое отражение в нормативно-правовых актах и созвучно с выступлениями Президента РК Назарбаева Н.А, которым определены приоритеты на ближайшее время: сердечно-сосудистые за-

болевания, ВИЧ/СПИД, младенческая и материнская смертность, туберкулез.

Туберкулез, как особо опасное инфекционное заболевание, был и остается важнейшей социальной и медицинской проблемой республики. Распространение болезни усугубляется неблагоприятными социальными условиями жизни, миграционными процессами, недостаточной санитарно-гигиенической грамотностью и низкой медицинской активностью населения.

Цель проводимой кампании:

Повышение уровня санитарной грамотности и медицинской активности населения в вопросах профилактики туберкулёза.

Целевые группы:

-взрослое население (женщины репродуктивного возраста)

- студенты ВУЗов,ССУЗов.

Задачи:

- акцентировать внимание специалистов ПМСП на раннем своевременном выявлении больных туберкулезом и методах профилактики;

- проводить санитарно-просветительную работу среди населения о первых признаках туберкулеза и методах его профилактики;

-способствовать выработке мотивации у населения формирования здорового образа жизни и снижению факторов рискованного поведения.

Время проведения месячника: 24февраля- 24 марта 2009 года.

Послание: «Защитим себя от туберкулеза».

Участники акции:

Областные, городские и районные центры ЗОЖ;

Организации ПМСП;

Студенческие поликлиники;

Женские консультации и родовспомогательные учреждения;

Тубдиспансеры;

Санитарно- эпидемиологическая служба;

Молодёжные центры здоровья;

СМИ;

Проекты ВОЗ (Здоровые университеты, здоровые рабочие места, школы, способствующие укреплению здоровья, здоровые больницы, здоровые города);

Медицинские работники ВУЗов и ССУЗов,педагоги.

Партнеры:

Научный Центр проблем туберкулеза, Санитарно-эпидемическая служба, Проект ХОУП, ЮСАИД, Проект Здрав. плюс, Департаменты образования.

Акцентировать внимание специалистов формирования ЗОЖ и ПМСП на особенностях течения и профилактики туберкулеза у студентов и женщин репродуктивного возраста.

Нацелить специалистов формирования ЗОЖ и ПМСП на создание у студенческой молодёжи базы знаний о туберкулезе, как о инфекционном процессе и социальном значении туберкулеза, формировать потребность в здоровом образе жизни, формировать потребность в здоровом образе жизни.

Укреплять связь с педагогами, медицинскими работниками школ и родителями для активной поддержки и участия в санитарно-просветительской работе и укрепления здоровья школьников, формирования навыков ЗОЖ.

Укреплять связь с преподавателями, медицинскими работниками ВУЗ и ССУЗ для активной поддержки и участия в санитарно-просветительской работе и укрепления здоровья студентов, формирования навыков ЗОЖ.

Координировать действия преподавателей, семьи, общественности в вопросах по формированию у студентов ответственности за своё здоровье и здоровье окружающих.

Ожидаемые результаты:

Повысится уровень информированности населения в вопросах профилактики туберкулеза, первых признаках туберкулеза, что позволит снизить число «заразных форм туберкулеза.

Повысится число обращений в ЛПО с первыми признаками туберкулеза.

Специалисты ПМСП мобилизуют свои усилия по проведению непрерывной и устойчивой работы с различными группами населения с использованием СМИ.

Широкомасштабная кампания позволит оказать позитивные изменения качественных показателей, характеризующих эпид.ситуацию по туберкулезу.

Примерный план проведения месячника, посвященного Всемирному дню борьбы с туберкулёзом.

1. Изучение эпидемиологической ситуации по заболеваемости туберкулезом в регионе;
2. Создание рабочей группы по проведению месячника;
3. Составление плана и утверждение его на уровне департамента здравоохранения;
4. Поиск партнеров по реализации программ профилактики туберкулёза;
5. Проведение обучающего тренинга для специалистов ПМСП, педагогов, мед.работников учебных заведений, учащихся и студентов;
6. Проведение обучающих семинаров для специалистов ЗОЖ;
7. Позитивное освещение месячника и проблем туберкулёза в средствах массовой информации;
8. Проведение пресс-конференции и круг-

лых столов;

9. В течение месячника организовать проведение конкурсов, викторин, вопросов и ответов, дебатов, дискуссионных клубов, вечеров, шествий и других мероприятий;

10. В День борьбы с туберкулезом организовать широкомасштабные акции, спортивные соревнования, театрализованные представления и другие массовые мероприятия;

11. Распространение аудиоролика, видеоролика, информационно-образовательного материала, используя веб-сайт;

12. Разработка, тиражирование и отправка ИОМ по районам области;

13. Обеспечение проката видеороликов региональных телеканалах не менее 3 раз в сутки в течение проведения месячника, проката аудироликов на радиоканалах, в местах скопления людей (на базарах, вокзалах, аэропортах, в магазинах, общежитиях, в женских консультациях и др.).

14. В ВУЗах, Ссузах проведение консультаций специалистов.

15. В День борьбы с туберкулезом организовать широкомасштабные акции, спортивные соревнования и другие массовые мероприятия;

16. Привлечение государственных, общественных, коммерческих организаций, известных деятелей культуры, науки, спорта для проведения пропаганды здорового образа жизни, профилактики туберкулёза, выступления их в молодежной среде, на радио и телевидении.

17. Подготовка отчета.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ФОНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНЪЕКЦИОННЫХ ПАВ

Е.Н.Аккалиев, Н.Р.Рахметов, А.Ж.Бекбосынов, Т.Б.Баймаханов

СГМА, ОЦФЗОЖ, г.Павлодар

В существующих социально-экономических условиях большую актуальность, в том числе медицинскую, приобрела проблема наркоманий [1,2]. При этом кроме чисто наркологических аспектов, к сожалению, имеется большой ряд дополнительных проблем, создаваемых, в первую очередь, употреблением инъекционных наркотических препаратов [3,4]. Это относится как к распространению инфекционных заболеваний, передающихся трансмиссивным путем, так и к повышению частоты развития у лиц, зависимых от наркотических препаратов, других видов патологии, в том числе хирургической [5].

К последней относятся главным образом гнойно-септические заболевания, связанные с частым проникновением банальной инфекции в организм наркозависимых лиц и угнетением системы иммунитета [6].

Как следует из данных литературы [7,8] и результатов собственных исследований, у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей на фоне зависимости от инъекционных ПАВ отмечается значительное снижение иммунной реактивности, выражающееся в меньшей степени иммунного ответа на развитие гнойно-воспалительного процесса и замедленности его динамики в процессе течения.

Полученные в результате исследования показателей иммунной системы у обследованных больных данные свидетельствуют о наличии выраженных нарушений различных иммунных механизмов. Данные корреляционного анализа позволили сделать заключение о наличии взаимосвязей тяжести течения инфекционно-воспалительных заболеваний и степени нарушений исследованных звеньев системы иммунитета. На этом основании нами сделан вывод о целесообразности разработки и использования методов иммунокоррекции в комплексном лечении больных данной категории. Иммуномодулирующая терапия у больных с зависимостью от инъекционных ПАВ, таким образом, должна быть направлена на повышение иммунной реактивности и оптимизацию регуляторных механизмов системы иммунитета.

Цель работы:

Разработать способ иммунокоррекции у больных гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей на фоне применения инъекционных ПАВ и определить его влияние на показатели иммунной системы.

Материалы и методы исследования

Нами было проведено исследование состояния клеточного и фагоцитарного иммунитета у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями, развившимися на фоне зависимости от инъекционных ПАВ (48 человек). Данный анализ был осуществлен в динамике лечения, причем в зависимости от проводимой терапии все пациенты были распределены на 2 группы. В первую из них вошли 27 человек, подвергнутых традиционному хирургическому лечению по показаниям, связанным с типом и локализацией гнойного процесса, и антибактериальной терапии. Во вторую

группу, аналогичную по возрастно-половому составу и тяжести общего состояния, был включен 21 больной. Кроме хирургического лечения и антибиотикотерапии, не имеющей отличий от проведенной в первой группе, больным данного контингента при поступлении была назначена иммуномодулирующая терапия, включающая сочетание Т-активина и полифенольного адаптогена растительного происхождения (настойка аралии маньчжурской).

Контрольную группу по показателям иммунной системы составили 30 клинически здоровых лиц (доноры).

Исследовано состояние клеточного звена иммунной системы, включая определение числа лейкоцитов, лимфоцитов, CD3+, CD4+, CD8+ и CD20+ клеток методом моноклональных антител, а также индекса торможения миграции лимфоцитов (ИТМЛ) в реакции торможения миграции с фитогемагглютинином.

Со стороны цитокиновой регуляции изучено содержание в крови фактора некроза опухоли α (TNF-α), интерлейкинов-2, 4, 6, 8 и 10.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты анализа динамики показателей клеточного звена иммунной системы у больных основной группы, распределенных на подгруппы в зависимости от проводимого лечения, представлены в таблице 1.

Таблица 1 - Динамика показателей клеточного звена иммунной системы у больных с гнойно-воспалительной патологией мягких тканей на фоне зависимости от инъекционных ПАВ в зависимости от проведения иммунокоррекции

Показатель	Доноры, контроль, n=30	Группа традиционной терапии, n=27		Группа иммунокоррекции, n=21	
		исходно	через 5-7 суток	исходно	через 5-7 суток
Лейкоциты, в 1 мкл	5273±280	12605±810**	10263±601**	11906±819**	10620±641**
Лимфоциты, в 1 мкл	2317±108	1822±103*	1844±95*	1756±106*	2008±107*
CD3+, в 1 мкл	1479±95	938±73*	1006±71*	915±76*	1155±84*&
CD3+, %	28,0±1,7	7,4±0,5**	9,8±0,7**	7,7±0,6**	10,9±0,8**&
CD4+, в 1 мкл	994±68	524±43**	593±45*	499±44**	671±52*&
CD4+, %	18,9±1,2	4,2±0,3**	5,8±0,4**	4,2±0,3**	6,3±0,4**&
CD8+, в 1 мкл	465±41	397±42	434±42	381±43	366±36
CD8+, %	8,8±0,5	3,1±0,2**	4,2±0,3**	3,2±0,2**	3,4±0,3**
CD4+/CD8+	2,14±0,13	1,32±0,10**	1,37±0,09*	1,31±0,11*	1,83±0,12&#
CD20+, в 1 мкл	297±26	309±33	476±46*&	326±37	396±39*
CD20+, %	5,6±0,4	2,5±0,2**	4,6±0,4	2,7±0,2**	3,7±0,3*&
ИТМЛ, %	25,1±1,2	21,7±1,3	18,8±1,0*	22,4±1,4	28,8±1,6&##

Примечания:
* - различия с группой доноров достоверны, $p<0,05$, ** - $p<0,01$
& - различия с исходным показателем достоверны, $p<0,05$
# - различия с показателями группы традиционной терапии достоверны, $p<0,05$, ## - $p<0,01$

Как видно из представленных данных, абсолютное содержание лейкоцитов в крови больных обеих сравниваемых групп не имело существенных различий в сроки обследования до лечения и через 5-7 суток. В то же время, сохранялось достоверное превышение этого показателя над контрольной группой ($p<0,01$).

В отличие от группы сравнения, при применении разработанного способа число лимфоцитов в периферической крови имело динамику к росту на 14,4%, хотя и недостоверную.

Абсолютное содержание Т-лимфоцитов (CD3+) при сравнении с исходным уровнем в группе иммунокоррекции увеличилось достоверно (на 26,2%, $p<0,05$), хотя существенных различий с группой традиционной терапии не было выявлено, а снижение относительно контрольной группы оставалось достоверным и при повторном обследовании (ниже на 21,9%, $p<0,05$).

При анализе относительного содержания CD3+ на 5-7 сутки сохранялось выраженное снижение данного показателя в обеих группах больных по отношению к контролю, несмотря на достоверное повышение в сравнении с исходным показателем.

Уменьшение числа Т-лимфоцитов, как показано в разделе 3, было связано в большей степени со снижением абсолютного и относительного содержания CD4+ клеток. При применении разработанного способа иммуномодуляции нами был зарегистрирован также более выраженный рост их абсолютного числа и процентного соотноше-

ния, нежели в группе традиционной терапии. По сравнению с исходным числом число CD4+ лимфоцитов в 1 мкл на 5-7 сутки возросло на 34,5%, а их относительный показатель – на 50,8% ($p<0,05$ в обоих случаях). В то же время, сохранялось достоверное снижение обеих средних величин по отношению к контрольной группе (на 32,5% и 66,6% соответственно, $p<0,05$, $p<0,01$).

Анализ содержания CD8+ лимфоцитов показал, что достоверной динамики данного показателя не было зарегистрировано, как абсолютное, так и относительное содержание данного клона лимфоцитов оказалось сниженным в группе иммунокоррекции по отношению к группе сравнения, а с контрольной группой по абсолютному содержанию достоверных различий не было.

В результате роста содержания CD4+ лимфоцитов на фоне отсутствия динамики CD8+ клеток соотношение CD4+/CD8+ в группе иммунокоррекции по отношению к исходному уровню увеличилось на 40,0% ($p<0,05$), а при сравнении с группой традиционной терапии – на 33,8% ($p<0,05$). При этом только в основной группе через 5-7 дней не было зарегистрировано достоверных различий по этому показателю с контрольной.

Абсолютное содержание CD20+ клеток в группе иммунокоррекции оставалось достоверно повышенным в сравнении с контрольной группой, а также имело динамику к росту. В то же время, этот показатель увеличился относительно исходного недостоверно, в отличие от группы сравнения, где наблюдался его значительный (более чем в 1,5 раза) рост.

Наиболее значительная динамика была зарегистрирована в отношении показателя функциональной активности лимфоцитов – индекса торможения миграции. По отношению к исходному среднему значению данного показателя отмечалось повышение на 28,6% ($p<0,05$). Учитывая тот факт, что в группе традиционной терапии имелась динамика к снижению величины показателя относительно исходной, различия между группами обследованных больных оказались достоверными и составили 53,2% ($p<0,01$). При этом данный показатель, отражающий повышение функциональной активности лимфоцитов, при повторном исследовании превысил (недостоверно) уровень контрольной группы.

Таким образом, применение разработанного способа иммуномодуляции позволило увеличить по сравнению с традиционной терапией, главным образом численные показатели и функциональные показатели клеток с хелперной активностью.

Таблица 2 - Динамика интерлейкиновой регуляции иммунной системы у больных с гнойно-воспалительной патологией мягких тканей на фоне зависимости от инъекционных ПАВ в зависимости от иммунокоррекции

Показатель	Доноры, контроль, n=30	Группа традиционной терапии, n=27		Группа иммунокоррекции, n=21	
		исходно	через 5-7 суток	исходно	через 5-7 суток
TNF-α, пг/мл	22,6±2,8	49,1±7,2*	52,8±6,6*	47,3±6,7*	57,4±5,9**
IL-2, пг/мл	9,1±0,8	8,8±0,9	9,6±1,2	8,5±1,0	9,3±1,1
IL-4, пг/мл	60,4±5,1	53,9±7,3	67,5±7,0	56,2±5,9	61,8±7,2
IL-6, пг/мл	2,9±0,4	3,3±0,5	4,1±0,6	3,5±0,4	4,2±0,5*
IL-8, пг/мл	11,7±1,3	9,2±1,2	12,8±1,5	10,0±1,3	11,9±1,3
IL-10, пг/мл	7,7±0,9	3,3±0,4*	3,0±0,5*	3,6±0,3*	4,8±0,4*&#

Примечания:
* - различия с группой доноров достоверны, $p<0,05$, ** - $p<0,01$
& - различия с исходным показателем достоверны, $p<0,05$
# - различия с показателями группы традиционной терапии достоверны, $p<0,05$

В группе иммунокоррекции прослеживалась определенная динамика также показателей содержания исследованных цитокинов. Так, содержание TNF-α имело тенденцию к росту, более выраженную по сравнению с показателями группы сравнения и направленную на приближение данного показателя к группе больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей без зависимости от ПАВ. Относительно исходного уровня степень повышения показателя составила 21,4% ($p>0,05$).

В то же время, различия с показателями группы традиционной терапии и исходными в динамике по уровню IL-2, IL-4, IL-6 и IL-8 были незначительными и недостоверными. Существенное превышение среднего уровня контрольной группы было зарегистрировано только по содержанию в сыворотке крови IL-8 (на 44,8%, $p<0,05$).

Однако нами была определена положительная динамика содержания в крови наиболее мощного противовоспалительного цитокина – IL-10 – к увеличению, что более соответствовало показателям группы больных без зависимости от ПАВ. Степень этого увеличения составила 33,3% относительно исходного уровня ($p<0,05$), а превышение над соответствующим показателем группы традиционной терапии – 60,0% ($p<0,05$).

Таким образом, в отношении показателей цитокиновой регуляции иммунной системы нами было определено наличие у разработанного спо-

соба иммунокоррекции одновременного стимулирующего действия на провоспалительные и противовоспалительные механизмы, приближающего показатели цитокинового баланса к определенным в группе сравнения – у больных с гнойными заболеваниями мягких тканей без зависимости от ПАВ.

В целом, анализируя результаты исследования, можно сделать вывод о наличии достоверного влияния разработанного метода иммунокоррекции на исследованные показатели иммунной системы у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей на фоне зависимости от инъекционных ПАВ.

Полученные данные могут считаться основанием для применения иммуномодулирующей терапии для улучшения клинических результатов лечения наркозависимых больных с хирургической патологией и профилактики повторного развития гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей.

Литература:

1. Ашимбаев М.С., Курганбаева Г.А. Идрисов А.А. и соавт. Наркотизация общества: состояние, проблемы, опыт противодействия // «ANALYTIC» Аналитическое обозрение. – 2004. - №1. – С.5-13.

2. Абжалиева А.Р. Наркоситуация в Республике Казахстан: тенденции и перспективы // «ANALYTIC» Аналитическое обозрение. 2004. - №1. С.30-32.

3. Рохлина М.Л., Козлов А.А. Наркомании. Медицинские и социальные последствия. Лечение. – М.: Анахарсис, 2001. — 208 с.

4. Богданов С. И. Медико-социальные последствия злоупотребления наркотиками (клинико-эпидемиологическое исследование в Екатеринбурге) Дисс. канд. мед. наук. – Москва, 2002. – 360 с.

5. Беребицкий С.Я., Баранович С.Ю., Барабаш В.И. и соавт. Актуальные проблемы хирургической помощи наркоманам // Современные проблемы наркологии: Материалы науч.-практ. конф. (21-22 окт. 1999 г.) -Астрахань, 1999. - С.24-29.

6. Калиев М.С. Показатели клеточного и гуморального иммунитета у больных наркоманиями // Журн. невропатол. псих. - 1982. -T.LXXXII, Вып.7. - С.92-94.

7. Томилин В.А. Иммунологический статус при опиатной зависимости // Медико-биологические и социальные аспекты наркомании: Сб. науч. трудов. - М., 1997. – С.128-133.

8. Risdahl J.M., Khanna K.V., Peterson P.K., Molitor T.W. Opiates and infection // J. Neuroimmunol. – 1998. – Vol.83, №1-2. – P.4-18.

ТҰЖЫРЫМ

Жұмсақ ұлпалардың іріңді-қабыну аурулармен ауратын науқастарда ПАВ иньекцияларға тәуелді болу аясында иммундық түзетулік әдісті әзірлеу және оның иммундық жүйенің көрсеткіштеріне әсерін анықтау.

ПАВ иньекцияларға тәуелді болу аясында дамыған (48 адам) іріңді-қабыну аурулармен ауратын науқастарда жасушалық және фагоцитарлық иммунитеттің жағдайын зерттеуі жүргізілді, оларға ауруханаға түскен кезде, 21 науқасқа иммуномодельдеуші терапия тағайындалды, ол өзіне Т-активин мен өсімдік шығу тегінен (манжурлік аралия тұнбасы) полифенолды адаптоген сәйкестірді.

Жұмсақ ұлпалардың іріңді-қабыну аурулармен ауратын науқастарда ПАВ иньекцияларға тәуелді болу аясында иммундық жүйенің зерттелген көрсеткіштеріне әзірленген иммундық түзетулік әдістің анық әсерінің болу туралы қорытынды жасалды.

SUMMARY

To work out the method of immune correction in patients with purulent infections of soft tissues on the background of injective psycho-active substance and determine its influence on the rate of immune system.

The investigation of the cell condition and phagocyte immunity in patients with purulent-inflammatory diseases, developed on the background of injective psycho-active substance (48 people), on admission of 21 patients in hospital the immune corrective therapy was prescribed, it is the combination of T-activin and polyphenol agent that is of plant (Aralia tourn tincture).

The conclusion of the real influence of the developed immune corrective method on the rate of immune system of patients with purulent infections of soft tissues on the background of dependence of injective psycho-active substance.

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Н.К.Хамзина

Департамент науки и человеческих ресурсов МЗ РК

Под общественным здравоохранением в разное время и в разных странах подразумевались различные структуры – от обеспечивающих наблюдение за санитарно-эпидемиологическим состоянием общества до министерств, отвечающих за организацию медицинской помощи и здоровье населения

В настоящее время в большинстве стран мира понятие общественное здравоохранение приобретает сходное содержание.

Общественное здравоохранение – «это наука и искусство предотвращения болезни, продления жизни и охраны здоровья, обеспечения состояния оптимальной жизнедеятельности за счет организованных усилий общества в следующих направлениях:

- Оздоровление окружающей среды, санитарный контроль
- Контроль массовых инфекций
- Просвещение населения в вопросах здоровья и гигиены
- Организация медицинской помощи и ухода за больными
- Ранняя диагностика и предотвращение опасных болезней
- Распределение социальных благ таким образом, чтобы каждый гражданин смог реализовать свое право на здоровье и долголетие
- Развитие социальных услуг
- Обеспечение каждому достойного уровня жизни, для поддержания здоровья”

Структуры, занимающиеся общественным здравоохранением (из мирового опыта)

Развитие общественного здравоохранения – сегодня один из приоритетов системы здравоохранения развитых стран, например в Министерстве здравоохранения США служба общественного здравоохранения представлена следующим образом:

1. Национальный центр исследований служб здравоохранения и оценки медицинских технологий
2. Управление по ресурсам и службам здравоохранения
3. Центр по контролю за заболеваемостью
4. Национальный институт здравоохранения (27 институтов и центров)

В Японии местные органы управления – основные поставщики услуг общественного здравоохранения. В Министерстве здравоохранения Японии выделены структуры общественного здравоохранения:

1. Национальный институт общественного здравоохранения:

- последипломная подготовка кадров общественного здравоохранения

2. Местные органы управления здравоохранением:

- Центры укрепления здоровья
- Исследовательские институты общественного здоровья: 1) вопросы профилактики, продвижение здоровья жителей региона, в т.ч. контроль качества пищи, воды, эпидемий, окружающей среды: 2) эпидемиологические исследования, контроль, сбор информации о здоровье населения региона, программы обучения

Общественное здравоохранение в Казахстане характеризуется отсутствием слаженной системы взаимодействия между существующими структурами и четкого распределения функций по вопросам общественного здравоохранения. В системе Министерства здравоохранения Республики Казахстан в понятие общественное здравоохранение включаются: профильные научно-исследовательские институты, высшие учебные заведения, институт развития здравоохранения, высшая школа общественного здравоохранения, Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, местные органы управления здравоохранением: организации здравоохранения, Комитет государственного санитарно-эпидемиологического надзора: 239 органов надзора и 225 органов контроля, Национальный центр гигиены и эпидемиологии, Национальный центр карантинных и зоонозных инфекций.

Основные разделы общественного здравоохранения:

- Оценка состояния здоровья населения и системы здравоохранения
- Изучение и контроль инфекционных болезней
- Неинфекционные заболевания и борьба с ними
- Здоровье семьи
- Специализированная помощь населению
- Гигиена питания
- Влияние окружающей среды на здоровье населения и профессиональные заболевания
- Организация системы общественного здравоохранения
- Планирование и управление в общественном здравоохранении
- Экономика здравоохранения
- Кадровые ресурсы
- Международные аспекты охраны здоровья населения

Измерение и оценка состояния здоровья населения и системы здравоохранения:

Эпидемиологические подходы:

- Описание распространения и масштаба проблем, связанных с болезнями
- Выявление этиологических факторов в патогенезе различных заболеваний
- Выявление данных, необходимых для планирования, внедрения и обеспечения услуг по

профилактике, контролю и лечению заболеваний, выбору приоритетов в деятельности служб

Демографические подходы:

- Изучение численности и состава населения, воспроизводства населения, показателей потенциальной демографии
- Анализ заболеваемости
- Оценка влияния организации и финансирования медицинского обслуживания на здоровье население
- Оценка знаний, отношений, верований и поведенческих стереотипов
- Оценка влияния окружающей среды на здоровье
- Использование биостатистики для сбора, описания, изучения данных и прогнозирования результатов
- Наблюдение, учет и публикация данных

Изучение и контроль инфекционных и неинфекционных болезней и борьба с ними:

Инфекционные болезни

- виды, пути распространения и методы профилактики
- выявление и регистрация
- эпидемиологический контроль
- Уничтожение инфекционных болезней (программа иммунизации, мониторинг, санитарно-просветительская работа с населением)

Неинфекционные болезни

- Изучение показателей распространенности хронических заболеваний (ХБ)
- Оценка факторов риска и изучение этиологии ХБ
- Борьба с неинфекционными болезнями: программы первичной, вторичной и третичной профилактики
- Изучение социально-экономических последствий ХБ

Здоровье семьи и отдельных групп населения:

- Специфические аспекты охраны здоровья членов семьи на разных этапах жизни:
- Изучение проблем здоровья женщины и мужчины
- Изучение проблем здоровья детей (всех возрастных групп)
- Изучение проблем здоровья взрослых
- Изучение проблем здоровья пожилых
- Формирование стратегии общественного здравоохранения для каждого этапа жизни членов семьи
- Определение специфических аспектов здравоохранения различных групп населения (инвалидов, заключенных, беженцев, мигрантов, военная медицина, медицина катастроф)
- Разработка программ деятельности правительственных и неправительственных организаций для решения специфических проблем здравоохранения отдельных групп населения

Гигиена питания:

- Изучение причинно-следственных связей между питанием и состоянием здоровья
- Регулирование и обеспечение хорошим питанием отдельных людей и общества в целом (питание женщины в период беременности, питание новорожденных и детей и т.д.)
- Изучение причинно-следственных связей между питанием и социально-экономическим развитием государства и общины (политика продовольственного снабжения и питания, качество продуктов питания и безопасность и т.д.)

Влияние окружающей среды на здоровье населения и профессиональные заболевания:

- Изучение факторов окружающей среды, угрожающих здоровью и последствий антропогенных воздействий на окружающую среду
- Санитарно-гигиенические мероприятия и охрана окружающей среды
- Выявление, изучение и профилактика профессиональных заболеваний (медицина труда)

Организация, планирование и управление в системе здравоохранения:

- Распределение власти и ответственности за здоровье между различными уровнями государства
- Принципы и особенности финансирования здравоохранения на каждом из уровней
- Организация программ профилактики и укрепления здоровья департаментами здравоохранения
- Внедрение принципов укрепления здоровья населения в работу конкретных медицинских учреждений.
- Политика здравоохранения и вопросы планирования, теория управления
- Управление, ориентированное на выполнение определенных задач, организационные модели
- Стратегическое управление системой здравоохранения
- Модели организации медицинского учреждения
- Маркетинг в здравоохранении

Экономика здравоохранения:

- Изучение основных принципов экономики здравоохранения (государственное финансирование, стоимость медицинского обслуживания, стоимость болезни, структура общих затрат в здравоохранении, экономика медицинского обслуживания и стационарного лечения)
- Применение методов экономического анализа к альтернативным системам медицинского обеспечения
- Значение экономического анализа в здравоохранении,

Кадровые ресурсы здравоохранения:

- Формирование кадровой политики в области здравоохранения
- Управление кадрами здравоохранения и планирование в области подготовки профессиональных кадров
- Оценка программ подготовки медицинских кадров;
- Система сертификации и лицензирования

в области медицины и здравоохранения. Международные стандарты и требования к медицинским учебным заведениям.

● Система непрерывного профессионального развития и обучения в здравоохранении и ее менеджмент.

Общественное здравоохранение:

Социальная гигиена и организация здравоохранения:

- ппланирование и управление в системе здравоохранения
- организация системы здравоохранения
- экономика здравоохранения
- кадровые ресурсы здравоохранения
- международные аспекты охраны здоровья
- здоровье отдельных групп населения

Гигиена и эпидемиология:

- неинфекционные заболевания и борьба с ними
- изучение и контроль инфекционных болезней
- влияние окружающей среды на здоровье и профзаболевания
- измерение и оценка состояния здоровья
- гигиена питания
- здоровье семьи

Структура профильных служб в Республике Казахстан

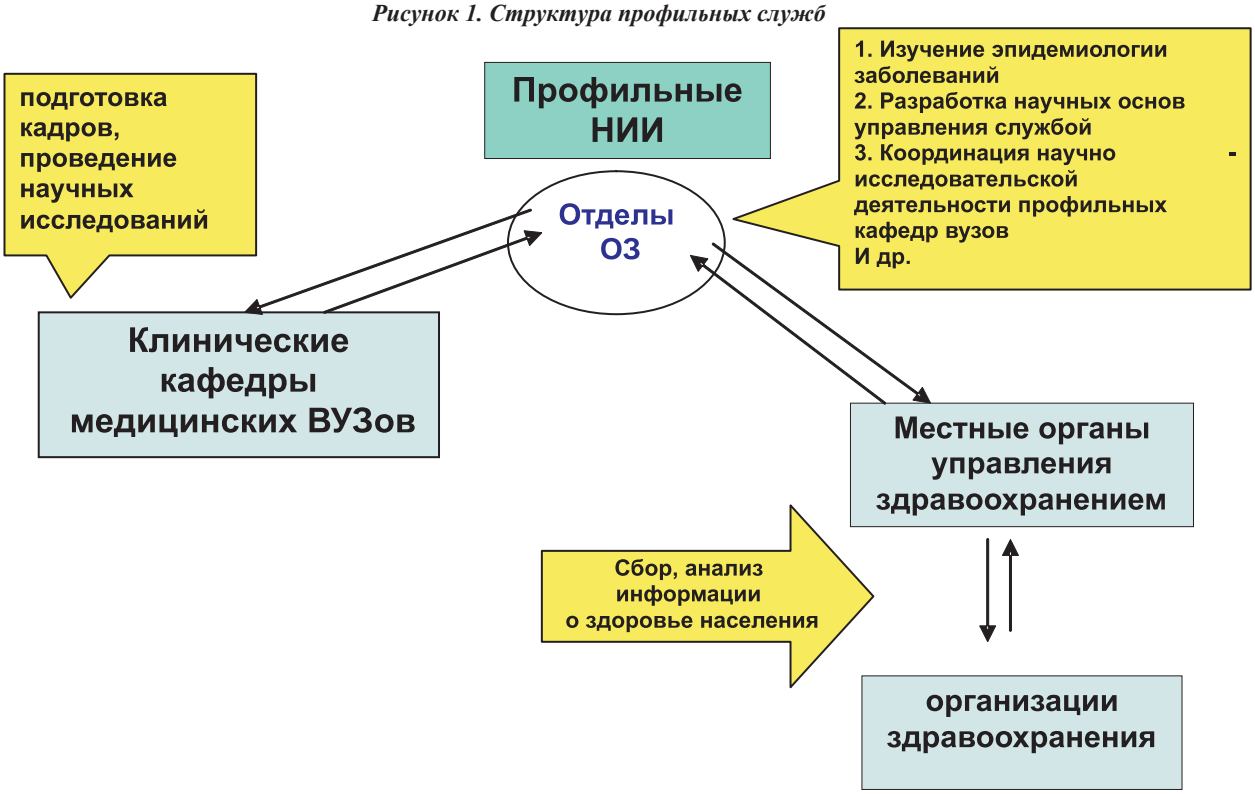
тегии и выполнять их на практике

- в области исследования: призван развивать и распространять теоретические и прикладные знания о состоянии здоровья населения в Казахстане и его факторах риска, способствовать проведению рациональной политики, планирования и управления системами охраны здоровья населения
- в области социального служения: поддерживать органы управления на местном, региональном и федеральном уровнях, а также негосударственные организации в анализе и осуществлении политики, направленной на улучшение состояния здоровья населения

Институт развития здравоохранения:

- участие разработки Концепций, стратегпланов и программ здравоохранения
- участие в разработке, внедрении и мониторинге государственных и региональных программ реформирования здравоохранения
- оценка и прогнозирование здоровья населения, демографической и медико-социальной ситуации в РК
- оценка и прогнозирование потенциальных медико-биологических последствий в случае возможного неблагоприятного воздействия факторов среды обитания на здоровье населения
- оценка экономической эффективности ме-

Рисунок 1. Структура профильных служб



Высшая школа общественного здравоохранения:

– в области обучения: готовит новое поколение лидеров здравоохранения, способных оценивать его проблемы, формулировать цели, стра-

роприятий, программ и инвестиционных проектов в области совершенствования системы здравоохранения

- участие в разработке и внедрении инновационных технологий в области организации, управления, экономики и финансирования в здра-

воохранении и т.д.

Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний: основной целью является проведение фундаментальных и прикладных исследований в области медицины труда, промышленной экологии, антропогенной патологии и повышение адаптации организма к изменяющимся условиям производственной и окружающей среды, организация работ по выявлению, профилактике, лечению и экспертной оценке больных с профессиональными заболеваниями

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни:

- разработка и внедрение научных исследований по вопросам формирования здорового образа жизни, а также экономики, управления и реформирования здравоохранения
- разработка республиканских и региональных целевых программ формирования здорового образа жизни, профилактики и борьбы с вредными привычками, гигиенического воспитания населения и оздоровления окружающей среды
- проведение социологических исследований в регионах по определению уровня здоровья населения, воздействия вредных факторов и др., разработок на основе этих данных рекомендаций по внедрению принципов здорового образа жизни и др.

Таким образом, проблемные вопросы, стоящие перед здравоохранением Республики Казахстан:

- отсутствие координации деятельности научных центров, занимающихся вопросами общественного здравоохранения (основной вид деятельности)
- дублирование исследований в области общественного здравоохранения
- отсутствие в профильных НИИ подразделений общественного здравоохранения
- слабое во влечение в образовательный процесс на до- и последипломном уровне

Пути решения:

- создание единого органа по координации деятельности организаций общественного здравоохранения
- четкое распределение сферы исследований
- интеграция с кафедрами до- и последипломного образования
- создание во всех профильных НИИ структур по проведению исследований в области общественного здравоохранения

ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН – ГЛАВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В РАЗВИТИИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

К.А.Тулебаев

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК

Общественное здравоохранение – это наука и искусство профилактики болезней, продления жизни, укрепления психического и физического здоровья и достижения необходимой результативности благодаря целенаправленным усилиям населения. Понятие «Общественное здравоохранение» может включать в себя структуры и процессы, посредством которых интерпретируется, обеспечивается и укрепляется здоровье различных групп населения за счет целенаправленной деятельности всего общества (ВОЗ)

Укрепление здоровья – это процесс предоставления отдельным людям и сообществам возможностей повысить их контроль над определяющими здоровье факторами и улучшить тем самым состояние здоровья охватывает поощрение здорового образа жизни и обеспечение других социально-экономических, экологических и личностных факторов, способствующих сохранению и укреплению здоровья (ВОЗ)

Законодательно-нормативная база:

- Послания Президента Республики Казахстан населению республики 2006-2008 годы
- «Концепция перехода РК к устойчивому развитию на 2007-2024 годы» утвержденный Указом Президента РК от 14.11.06 г. № 216
- Протокол совещания с участием Президента РК от 8 мая 2008 г. «О реализации ГПРРЗРК на 2005-2010 годы № 01-7.10
- Протокол заседания Правительства РК «О дополнительных мерах по ФЗОЖ» от 20 мая 2008 г. № 20

Национальная политика формирования здорового образа жизни: Программа «Здоровый образ жизни» на 2008 – 2016 годы Утверждена Постановлением Правительства Республики Казахстан от «21» декабря 2007 года № 1260

Цель: Оздоровление населения и увеличение средней продолжительности жизни

Задачи: содействие здоровому образу жизни, укреплению здоровья, развитию потенциала здоровья населения и формированию культа здоро-

вья; создание комплексной, непрерывной и устойчивой системы формирования здорового образа жизни.

Основополагающие принципы:

- солидарная ответственность государства, работодателей и граждан за охрану и укрепление здоровья;
- справедливость в распределении и равной доступности к основным здравоохранительным мерам;
- формирование и развитие культа здоровья и здорового образа жизни.

Основные стратегические механизмы реализации программы:

- межотраслевой подход в решении детерминант здоровья;
- активное участие населения в здравоохранительных мерах;
- информация, образование и коммуникация в укреплении здоровья;
- первичная медико-санитарная помощь, с акцентом на профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни;
- научное сопровождение;
- ресурсное обеспечение и стимулирование

Основные направления реализации Программы формирование у населения навыков ведения здорового образа жизни и профилактика:

1) поведенческие факторы риска – табак, алкоголь, наркотики, питание, физическая активность;
2) социально значимые заболевания и травматизм;
3) охрана репродуктивного здоровья.

Усиление межсекторального взаимодействия в ФЗОЖ:

1) усиление ФЗОЖ в рамках ПМСП;
2) усиление роли образования;
3) повышение роли СМИ в пропаганде ЗОЖ;
4) усиление связи ЗОЖ и окружения человека;
5) участие НПО и бизнес-сообщества вФЗОЖ;
6) обеспечение правовой среды;
7) научное сопровождение;
8) усиление ресурсного и институционального обеспечения.

Предполагается поэтапное увеличение объема финансирования мероприятий по формированию здорового образа жизни с доведением:

- до 1% от бюджета здравоохранения регионов в 2009 году,
- 2% в 2014 году и
- 3% в 2016 году.

Ожидаемые результаты:

- повышение уровня средней продолжительности жизни до 71,3 лет;
- сокращение распространенности курения среди населения до 16,8%;
- сокращение распространенности употребления алкоголя в опасных дозах до 12,5%;
- увеличение распространенности употребления овощей и фруктов до 24,6%;
- увеличение распространенности физической активности до 26,6%;
- снижение распространенности избыточной массы тела до 29,3%;
- снижение уровня смертности от основных социально значимых болезней на 100 тыс. населения, в том числе:
- сердечно - сосудистые заболевания – до 428,4 случаев;
- травматизм – до 125,7;
- онкологические заболевания – до 110,3;
- снижение заболеваемости туберкулезом на 100 тыс. населения – до 97,6

МОНИТОРИНГ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН 1998-2007 гг.

Т.С.Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК

Здоровье каждого человека напрямую зависит от его образа жизни, социального благополучия, морального состояния и факторов окружающей среды. В государственной политике по вопросам здоровья первоочередными являются мероприятиям, направленные на предотвращение развития болезни у отдельных лиц и всего общества в целом.

В 2005 году в результате НИБ, в частности, сердечно-сосудистых болезней, раковых заболеваний, хронических респираторных болезней и диабета, произошло 60% всех случаев смерти в мире (оцениваемых в 35 миллионов). Ожидается, что за последующие 10 лет общее число случаев смерти от НИБ возрастет еще на 17%. Страны с низким и средним уровнем дохода наиболее охвачены этими болезнями, которые, в значительной мере, поддаются профилактике путем изменения поведения, связанного с четырьмя общими факторами риска: употреблением табака, нездоровым питанием, отсутствием физической активности и вредным употреблением алкоголя.

Одним из значимых факторов, влияющих на здоровье является поведение населения и наличие связанных с поведением человека факторов риска развития неинфекционных заболеваний. В дорефор-

менный период влияние на поведение населения работников системы здравоохранения сводилось практически к одной модели – санитарно-просветительной работе, основная часть которой сводилась к воспитанию у населения гигиенических навыков и пропаганды ЗОЖ. Кроме того, в ходе санпросветработы население убеждали в том, что ответственность за индивидуальное здоровье каждого несет государство и, следовательно, система здравоохранения. Таким образом, модель поведения населения, сформированная к началу реформ в здравоохранении, характеризовалась формальным отношением к информации по санпросветработе и с безответственным отношениемк собственному здоровью, и неспособностью принимать усилия по сохранению и восстановлению утраченного здоровья.

С проведением реформ, как показали результаты социологических опросов такая модель поведения продолжает сохраняться среди населения, хотя следует отметить небольшие положительные сдвиги в отношении к сохранению своего здоровья, и результаты анкетирования показывают, что население понимает явную неадекватность настоящим реалиям такую модель поведения, однако многие не желают и не находят времени для изменения модели поведения.

Проблемы, которые необходимо решать, сложны и многообразны и их успешная реализация возможна только при условии совместных действий органов исполнительной и законодательной власти, заинтересованных департаментов и ведомств, органов местного самоуправления и общественных организаций. Но, без активного участия каждого человека, добиться успеха невозможно. Никакие сверхновые технологии не помогут нам, если мы сами не позаботимся о своем здоровье, которое на 50-60% определяется нашим образом жизни. Прекращение курения, поддержание нормального артериального давления, ограничение потребления алкоголя, регулярные физические упражнения, своевременные профилактические осмотры и прививки от инфекционных болезней – вот главные “секреты” сохранения здоровья.

Борьба с глобальным бременем неинфекционных болезней (НИБ) является одной из основных задач в области развития в двадцать первом веке. План действий для глобальной стратегии по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними, принятый на 61-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, является важным шагом на пути решения этой проблемы.

В рамках шестилетнего плана действий в области НИБ для государств-членов ВОЗ, Секретариата ВОЗ и международных партнеров предлагаются шесть задач и многочисленные действия с целью изучения ситуации в области возникающих эпидемий НИБ, снижения воздействия факторов риска развития НИБ в странах и усиления медико-санитарной помощи людям с НИБ.

Шестью задачами плана ВОЗ по НИБ являются следующие:

1. Повышать приоритет, придаваемый неинфекционным болезням в работе в области развития на глобальном и национальном уровнях, и интегрировать профилактику таких болезней в политику всех департаментов правительства;
2. Создать и укрепить национальную политику и планы по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними;
3. Содействовать мероприятиям по сокращению основных общих и поддающихся изменению факторов риска неинфекционных болезней: употребления табака, нездорового питания, отсутствия физической активности и вредного употребления алкоголя.
4. Содействовать научным исследованиям для профилактики неинфекционных болезней и борьбы с ними;
5. Содействовать партнерствам по профилактике неинфекционных болезней и борьбе с ними;
6. Осуществлять мониторинг за неинфекционными болезнями и их детерминантами и оценивать прогресс на национальном, региональном и глобальном уровнях.

Сложившиеся негативные тенденции в состоянии здоровья населения свидетельствуют о необходимости целенаправленной профилактической работы по воспитанию у населения личной ответственности за собственное здоровье, формированию потребностей в соблюдении правил здорового образа жизни и сознательном отказе от вредных привычек. Существующая в настоящее время система работы по гигиеническому обучению и формированию здорового образа жизни населения недостаточно эффективна.

В связи с вышеизложенным, специалистами Национального центра проблем ФЗОЖ МЗ РК изучалось состояние общественного здоровья и отношение жителей края к вопросам здорового образа жизни на примере 5 регионов РК, на территории которых в 1998 г., 2001 г, 2004 г. и 2007 г. проводился мониторинг факторов риска НИЗ.

Методологической основой исследования, проведенного нами по изучению социально-гигиенических и поведенческих факторов риска был выбран системный подход, позволяющий рассматривать пациента как важную часть здравоохранительной системы, программа сбора данных основана на использовании методических подходов маркетинговых исследований, имеющих своей целью изучение информированности, мнения и отношения потребителей к проблемам формирования здорового образа жизни и к поведенческим факторам риска, связанным с развитием неинфекционных заболеваний, наиболее распространенным в последние годы. Методика мониторирования поведенческих факторов риска и образа жизни населения, использованная нами позволяет оценить знания, отношение, мнение и навыки ведения здорового образа жизни населения. Следует отметить, что данные методологические подходы, которые используются нами при проведении ши-

рокомасштабных исследований в разрезе 5 регионов Казахстана, дают возможность отследить изменение образа жизни за период с 1998 года по настоящее время, динамику поведенческих факторов риска развития распространенных неинфекционных заболеваний среди населения.

Материал и методы исследования: информационные, социологические, гигиенические, статистические, математические.

Объектом исследования является население республики с 11 лет и старше. На начальном этапе исследования по методике ВОЗ была сформирована репрезентативная выборочная совокупность, состоящая из восьми возрастных групп: 11-14 лет (дети); 15-17 лет (подростки); 18-19 лет; 20-29 лет (молодежь); 30-39, 40-49, 50-59 лет (взрослое трудоспособное население); 60-69 лет и старше (пенсионеры). В каждой возрастной группе будет опрошено до 120 человек

Анкетирование проводилось в пяти регионах республики (Центральный, Северный, Восточный, Западный, Южный).

Анкета, включала в себя следующие блоки вопросов: медицинская активность населения (уровень знаний об основных аспектах ЗОЖ, готовность вести ЗОЖ), наличие вредных привычек (курение, алкоголь, стрессовые ситуации), состояние здоровья (наличие хронических заболеваний, частота обращения за медицинской помощью в год).

Проведенные ранее 1- 3 национальные исследования (1998, 2001 и 2004 гг) позволили на основе статистически достоверного количества наблюдений (в 1-м и во 2-м национальных исследованиях более 24734 и 24100 наблюдений соответственно, в 3- нац.исследовании - 15005), научно обосновать и выявить основные факторы, влияющие на здоровье населения, определить показатели формирования здорового образа жизни, разработать стандарты ЗОЖ. Технология проведения 4-го национального исследования в аналогична 1,2 и 3-му национальным исследованиям. Для дальнейшего анализа и сопоставимости статистического материла результатов 4-го национального исследования выделены 5 регионов, которые включают те же области и районы, города по социально-экономическим, медико-организационным, демографическим характеристикам, как и во 2-ом-3-ем национальных исследованиях, исследуемые признаки и половозрастной состав, объект и единицы наблюдения также не подвергались изменениям, также определены 16 групп в основе проведения анонимного анкетирования. В проведении 4-го национального исследования принимали участие региональные филиалы и областные центры службы формирования здорового образа жизни республики.

Анализ данных социологического опроса (4-ое национальное исследование) поведенческих и связанных с ними факторов риска развития неинфекционных заболеваний среди населения РК (2007 г).

1. Фактор риска – курение.

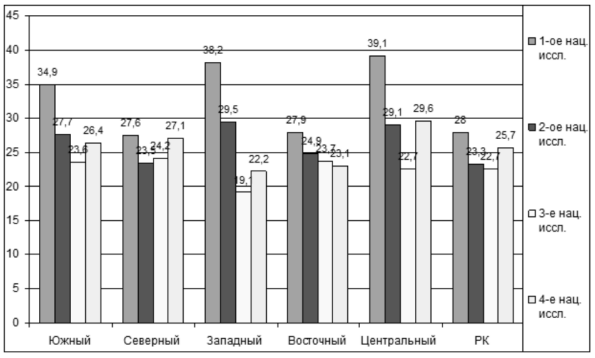


Рисунок 1 Результаты данных 1-4-го национальных исследований по табакокурению по 5 регионам РК, 2007г.

Из данных представленных в таблице №2 видно, что наблюдается небольшой рост курения в целом по РК на 4,3% в сравнении с 3-ем национальным исследованием, проведенным в 2004 году (22,7%), а 2007 году – 27% курящих. Наибольший процент курящих наблюдается в Центральном регионе – 35,6%, рост в сравнении с 3-ем национальным исследованием (22,7%) составляет 12,9%. В Северном регионе доля курящих составила 27,1%, рост на 2,9%. В Западном регионе – 22,2%, рост 3,1%. В Южном регионе отмечается рост на 2,8%, доля курящих составила 26,4% против 23,6% в 2004 году. Наблюдается снижение всего на 0,6% в Восточном регионе.

Анализ курения по возрастным критериям. Исследования проводились по 8 возрастным категориям, анкетированием охвачены школьники в возрасте 11-14 лет, подростки 15-17 лет, молодежь в возрасте 18-19, 20-24 года и другие возрастные категории.

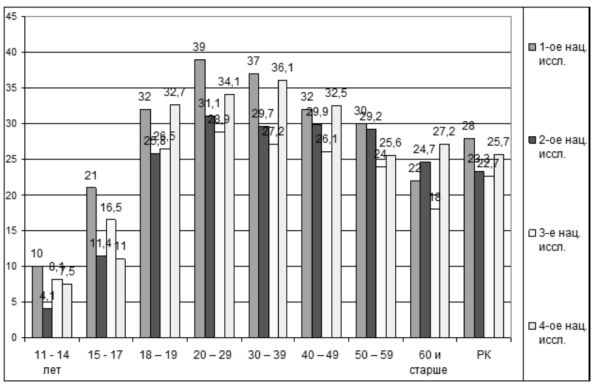


Рисунок 2 Результаты данных 1-4-го национальных исследований по табакокурению в зависимости от возраста, 2007г.

В сравнении с 3-ем национальным исследованием отмечается снижение курения у школьников 11-14 лет, так в 2004 году доля курящих составляла 8,1%, а 2007 году – 7,5%, снижение на 0,6%. В возрасте 15-17 лет отмечается снижение табакокурения на 5,5%, если в 2004 году доля курящих была на уровне 16,5%, то 2007 году на уровне 11

%. По всем другим возрастным контингентам отмечаемся рост курения от 5,2% (возрастной контингент 20-29 лет) до 9,2% (возраст 60 лет и старше). В возрасте 30-39 лет рост на 8,9%. В целом по РК отмечается рост табакокурения на 4,3%, в 2004 году доля курящих по РК составляла 22,7%, а в 2007 году 27%.

Таким образом, по табакокурению наблюдается тенденция к возрастанию как в разрезе регионов так и по возрастным контингентам, кроме школьников (11-14 лет) и подростков (15-17 лет), у которых наблюдается снижение курения.

2. Фактор риска – употребление алкоголя.

В разрезе регионов отмечается снижение употребления алкоголя по всем 5 регионам. Наибольшее снижение употребления алкоголя отмечается в Северном регионе на 10%, если в 2004 году доля употребляющих алкоголь составляла 48%, то в 2007 году 38%.

В Центральном регионе республики также отмечается значительное снижение употребления алкоголя, снижение составляет 7,6%, если в 2004 году было 45,4% то в 2007 году 37,8%. В Восточном регионе снижение составляет 5,7%, с 43,7% (2004г.) до 38% (2007г.). Аналогичная тенденция отмечается в Западном регионе, снижение составляет 4,7%. Наименьшее снижение потребления алкоголя наблюдается в Южном регионе, с 38,5% до 36,7% (снижение на 1,8%). Следует отметить наиболее высокий уровень употребления алкоголя в Северном регионе и в Восточном регионе (38%). Затем 37,8% в Центральном регионе, 36,7% в Южном регионе, и наименьший показатель 27,6% - в Западном регионе. В целом по РК доля употребления алкоголя составляет 35,6%, что ниже на 6,3% в сравнении с показателями 3-го национального исследования (41,9% - употребление алкоголя).

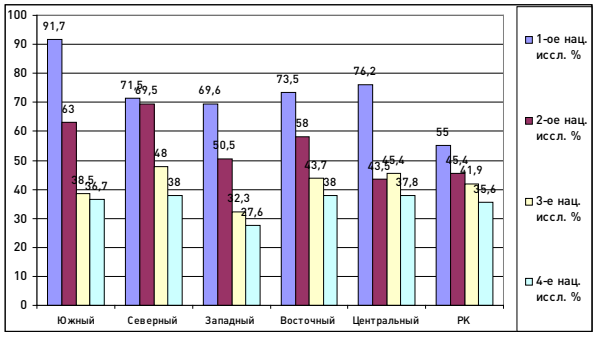


Рисунок 3 Результаты данных 1-4-го национальных исследований по употреблению алкоголя по 5 регионам РК, 2007г.

В разрезе возрастного признака отмечается наибольшее употребление алкоголя в возрасте 40-49 лет, где доля употребляющих алкоголь составляет 46,8%, на втором месте по употреблению алкоголя можно отметить возраст 30-39 лет, доля которых составляет 46,3%. На третьем месте по употреблению алкоголя находятся молодые люди в возрасте 20-29 лет. Употребление алкоголя составляет 45,9%, в возрасте 50-59 лет доля употребляющих алкоголь составляет 42,9%. На пятом месте по употреблению алкоголя находятся юноши и девушки в возрасте 18-19 лет, доля употребления алкоголя составляет 37,7%. Лица старше 60 лет и употребляющие алкоголь находятся на шестом месте (31,5%). Подростки 15-17 лет – на седьмом месте, среди которых употребляющие алкоголь 21,3%. Среди школьников (11-14 лет) доля употребляющих алкоголь составляет 9,4%, что на 0,5% ниже в сравнении с 2004 годом. Наибольшее снижение употребления алкоголя отмечается в возрасте от 30-39 лет, с 54,6% (2004г.) до 46,3% (2007г.), снижение составляет 8,3%. Также следует отметить снижение употребления алкоголя на 7,5% у лиц в возрасте 40-49 лет, с 54,3% до 46,8%. В возрасте 20-29 лет отмечается снижение на 6,8% (с 52,7% в 2004г. до 45,9% в 2007г.). Снижение на 4,1% отмечается в возрасте 18-19 лет и на 4,2 - 4,3% в возрасте 50-60 лет и старше.

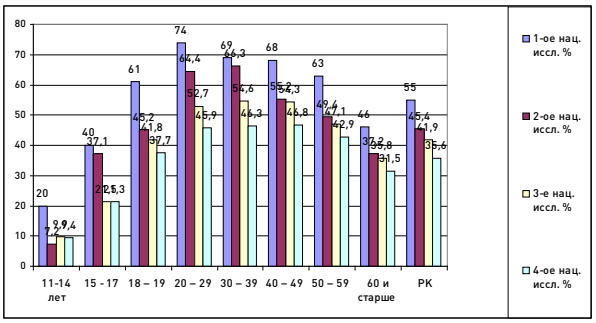


Рисунок 4 Результаты данных 1-4-го национальных исследований по употреблению алкоголя в зависимости от возраста, 2007г.

В целом по данным 4-го национального исследования по РК отмечается снижение употребления алкоголя на 6,3% в сравнении с 3 – ем национальным исследованием (2004г.).

Таким образом, наблюдается снижение употребления алкоголя в разрезе регионов РК и возрастных контингентов.

3. Физическая активность и занятия спортом

По результатам 4-го национального исследования (2007г.) наблюдается рост физической активности (занятия физической культурой) на 7% в сравнении с данными 2 – го национального исследования (2001г.). Данная тенденция прослеживается при анализе показателей по всем возрастным группам (см. таблицу 6), наибольший рост физической активности отмечается у 15 – 17 летних граждан – рост на 12,8%, затем у 11 – 14 летних – рост на 10,2%. У остальных групп рост от 303% (возраст 50 – 59 лет) и до 7,5% (у 20 – 29 летних).

Вывод: По данным таблицы №7 видна положительная тенденция регулярно занимающихся спортом, в целом по РК отмечается рост на 3,3% по сравнению с 1 – м национальным исследованиям (1998г.); рост на 2,5% в сравнении с 2 - м

национальным исследованием (2001г.); рост на 5,3% по сравнению с 3 – ем национальным исследованием (2004г.). наибольший рост в группах 15 -17 лет (рост на 13,1% в сравнении с 3 – ем национальным исследованием и рост на 12,2% у 11 – 14 летних.

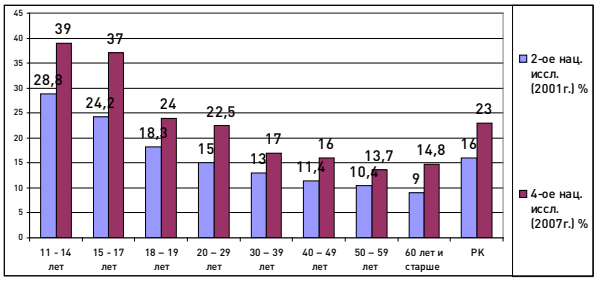


Рисунок 5 Занятия физическими упражнениями

4. Состояние здоровья населения РК по данным социологического опроса (2007 г.)

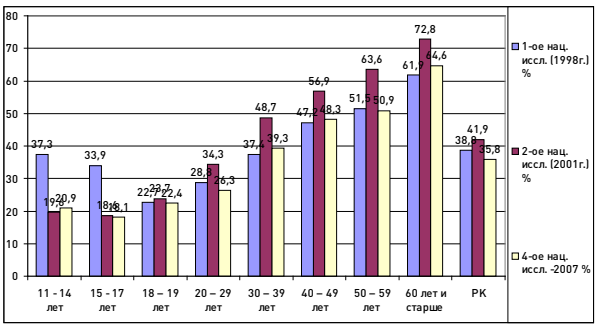


Рисунок 6 Наличие хронических заболеваний (по данным социологического опроса)

По данным таблицы №8 отмечается снижение хронических заболеваний по РК на 6,3% в сравнении с 3 – ем национальным исследованием; и на 3% в сравнении с 1 – м национальным исследованием. Отмечается значительное снижение хронической патологии у 11 – 14 и 15 – 17 летних в сравнении с 1 – м национальным исследованием на 16,4% и 15,8% соответственно, небольшое снижение на 1% с сравнении со 2 – м и 3 – м национальными исследованиями у 11 – 14 летних.

5. Медицинская активность населения

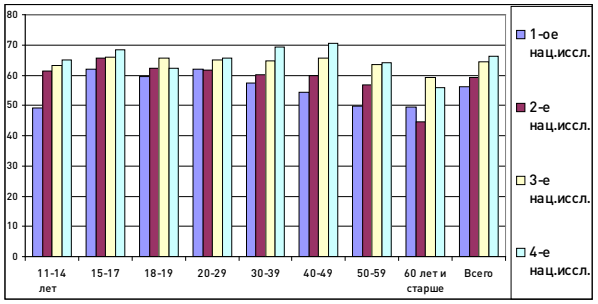


Рисунок 7 Готовность вести ЗОЖ среди населения РК (по данным опроса населения)

По рисунку видно, что возросло количество граждан готовых вести здоровый образ жизни на 10,1% в сравнении с 1 – м национальным исследованием; на 7% в сравнении со 2 – м национальным исследованием; на 2% в сравнении с 3 – м национальным исследованием.

6. Подверженность стрессовым ситуациям.

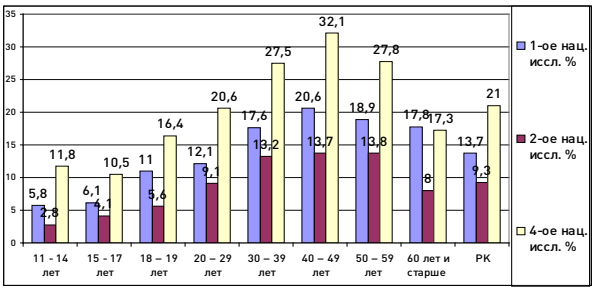


Рисунок 8 Подверженность стрессовым ситуациям.

При анализе данных таблицы №12 можно констатировать возрастание стрессовых ситуаций в целом по РК в сравнении с первым национальным исследованием на 7,3% и в сравнении со 2-м возрастание на 9,3%. При анализе по возрастным контингентам отмечается возрастание влияния стрессов на опрошенных по всем восьми исследованнным группам, возрастание колеблец аот 4,4% до 18,4%. Наиболее подвержены стрессам как показывают результаты 4-го исследования лица в возрасте 40-49 лет (32,1%). Затем в возрасте 50-59 лет 27,8% подвержены стрессу, на 3-м месте граждане 30-39 лет (27,5%), и на 4-м месте молодые граждане в возрасте 20-29 лет (20,6%), на 5-м месте лица старше 60 лет 17,3%, затем юноши и девушки 18-19 лет (16,4%). Наименее подвержены стрессам дети 11-17 лет (10,5%-11,8%).

Таким образом, анализ данных показывает на возрастание фактора стрессовых ситуаций по всем возрастным контингентам, что отрицательно сказывается на состоянии здоровья населения.

Таким образом, проведенный анализ динамики изменения поведенческих факторов риска развития НИЗ показывает, что:

Выводы:

- Сравнительные итоги мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний, среди однотипных по социальным и возрастным параметрам групп населения республики за период с 1998 года по 2007 год, с временным интервалом в 3 года, выявили положительную динамику общественного сознания по отношению к некоторым аспектам здорового образа жизни, пропаганда которого является одним из основных направлений деятельности службы медицинской профилактики.
- Выявлен рост числа респондентов, оце-

нивающих состояние своего здоровья как “хорошее” и “удовлетворительное”, а также достаточно полно информированных о вреде курения; В то же время исследования показали, что на прежнем уровне остается общее количество курильщиков. Значительно увеличилось число занимающихся физической культурой и спортом; Изменился уровень потребления алкогольных напитков в сторону уменьшения.

● Положительный эффект исследований заключается в том, что существенно улучшается информационное обеспечение населения, о чем убедительно свидетельствуют результаты мониторинга, показывающие рост осведомленности значительной части жителей исследованных территорий о вреде курения, употребления алкоголя, гиподинамии и других факторов риска.

Таким образом, проведенные исследования показали, что появляется потребность формирования и внедрения новой модели поведения среди населения, позволяющей осознать индивидуальную ответственность за собственное здоровье, и требуется создание новой модели для регулирования индивидуального поведения с целью изменения образа жизни и формирования здорового образа жизни населения.

Создание постоянно действующей системы мониторирования поведенческих факторов риска (ФР) во всех регионах страны позволяет получить своевременную и надежную информацию для принятия научно-обоснованных решений по вопросам профилактики заболеваний и укреплению здоровья населения. Такая система подразумевает регулярное изучение поведенческих и связанных с ними ФР стандартными методами на случайных представительных выборках населения, изменений образа жизни населения РК имеет особую значимость не только для службы ФЗОЖ, но и всей системы здравоохранения, т.к. позволяет корректировать реализуемые лечебно-профилактические программы и оценивать их эффективность, мониторирование поведенческих ФР также позволяет улучшать информированность о ФР НИЗ и способствует изменению поведения населения в сторону здорового образа жизни и профилактики заболеваний, повышению индивидуальной ответственности граждан за свое здоровье.

ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИМУННОПРОФИЛАКТИКИ ВИРУСНОГО ГВ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Г.К.Казбекова

Национальный научный центр материнства и детства, г.Астана

Гепатит В является приоритетной проблемой здравоохранения всего мира, что связано с высокой инфицированностью населения вирусом, приводящей в 3-5% случаев к тяжелейшими последствиям

Парентеральные вирусные гепатиты, среди которых доминирующие место занимает гепатит В, - одна из наиболее серьезных и актуальных проблем здравоохранения и Казахстана. В целом же треть населения земного шара встречалась с этой инфекцией. Около 350 миллионов человек - бессимптомные носители НВ-вируса

Актуальность проблемы ГВ подтверждается данными о широком распространении этой инфекции. На земном шаре погибает около 2 млн. человек с разными формами НВ-вирусной инфекции, из них:

100 тыс. от фульминантных форм,
700 тыс. от цирроза
300 тыс. от карциномы печени

Актуальность также обусловлена этиологическим разнообразием, высоким уровнем заболеваемости, смертности, хронизацией заболевания. В настоящее время ГВ можно назвать инфекцией, управляемой средствами специфической профилактики. Созданы безопасные и эффективные вакцины против гепатита В. Иммунизация входит в число самых эффективных с точки зрения затрат инвестиций в охрану здоровья.

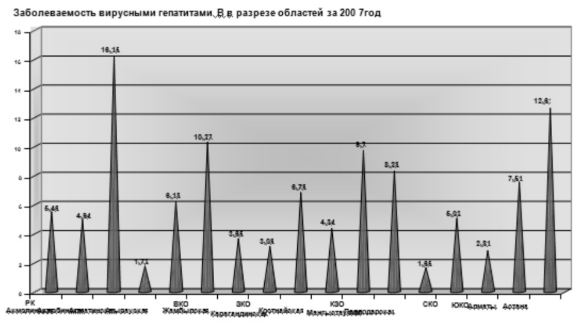


Рисунок 1. Распространенность ГВ в разных регионах Казахстана различна

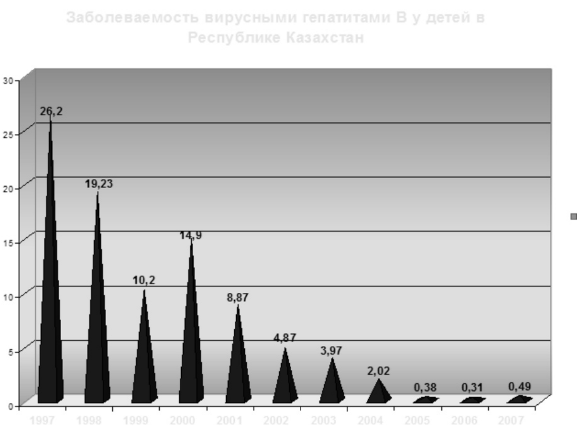


Рисунок 2.

Активную иммунизацию вирусного ГВ у детей в Республике Казахстан начали с 1998 года. Нами проведен анализ частоты распространенности заболевания ГВ в республике за 10 лет. При этом установлено резкое уменьшение показателей заболеваемости гепатитом В. В период до вакцинации (1997г.) показатель заболеваемости ГВ у детей достигал 26,2.

В 2007 году этот показатель снизился до уровня 0.49 на 100 000 детского населения. Кроме того, уменьшилась частота формирования хронических форм заболевания.

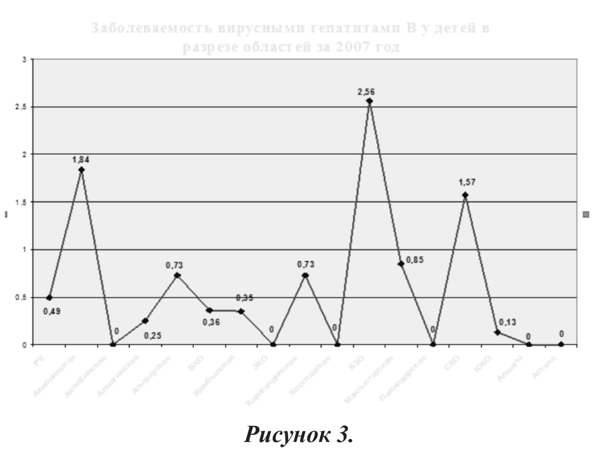


Рисунок 3.

В 2007 году на фоне вакцинопрофилактики не зарегистрированы случаи ГВ у детей в 6 регионах республики (Актюбинская, ЗКО, Костанайская, Павлодарская области гг.Алматы, Астана).

Ниже республиканского показателя регистрируется заболеваемость в 4 регионах (ЮКО – 0,13; Алматинская – 0,25; Жамбылская – 0,35; ВКО – 0,36).

Выше республиканского показателя остается заболеваемость в 6 регионах республики (Атырауская- 0,73; Карагндинская – 0,73; СКО – 1,57; Акмолинская – 1,84; КЗО – 2,56).

Охват вакцинацией против вирусного гепатита в республике составляет ВГВ 97 - 107 %.

За последние десять лет в Казахстане достигнуто снижение уровня заболеваемости вирусным гепатитом В среди детей в 74 раза. Это результат государственной политики в области вакцинации населения. Эффективность проводимых мероприятий по иммунопрофилактике очень высока. Благодаря вакцинации в мире сохраняется до 100 млн. жизней.

Таким образом, единственной и эффективной мерой профилактики гепатита В, экономический выгодной является иммунизация населения.

Развитие иммунопрофилактики на современном этапе требует не только тщательного научного обоснования системы эпидемиологического надзора, но и детального экономического затратно - выигрышного анализа для определения оптималь-ных программ и тактики вакцинации. За время практического применения вакцин против гепатита В и благодаря реализации широких программ вакцинопрофилактики в нашей республике достигнуты большие успехи в борьбе с этой инфекцией:

- достигнуто резкое уменьшение показателей заболеваемости гепатитом В.
- удалось значительно уменьшить частоту летальных исходов и формирования хронических заболеваний, в том числе первичного рака печени.
- результаты проведения массовой вакцинации против ГВ позволили получить доказательства возможности рассматривать гепатит В как инфекцию, управляемую средствами специфической профилактики.
- наблюдается большая экономическая выгода проведения вакцинации против ГВ по сравнению с расходами на лечение острых и хронических форм НВ-вирусной инфекции.
- Достигнуть успехов в борьбе с гепатитом В в Казахстане удалось, лишь перейдя по рекомендации ВОЗ (1998 г.) от вакцинации против ГВ только лиц, составляющих группы высокого риска инфицирования к иммунизации против этой инфекции всех новорожденных и детей первого года жизни.

О НЕКОТОРЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ СОЗДАНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ШКОЛЕ

В.Б.Хасин, Е.Д.Даленов, Н.В.Сливкина

АО «Казахская медицинская академия», г.Астана

Состояние здоровья подрастающего поколения является индикатором социального благополучия общества и поэтому здоровье детей и подростков закономерно рассматривают как один из важнейших медико-социальных приоритетов государства.

В тоже время состояние здоровья сегодняшних детей и подростков является угрожающим.

В нашей республике состояние здоровья детей и подростков так же является актуальной и болезненной проблемой.

«Медицинское обследование, проведённое в 2002-2004 годах, показало, что 90% детей страдают внутричерепным давлением и аллергией, 50% склонны к эндокринным заболеваниям. У 94855 детей в возрасте от 12 до 18 лет было обнаружено 74387 заболеваний, то есть на каждую тысячу детей приходится 784,2 заболевания. Из них болезни нервной системы составляют 21,5%, костно¬мышечного аппарата -15,5 %, глазные болезни -14,7%.

Исследования 2004 года показали, что каждый восьмой ученик имеет патологию со стороны нервной системы и психики, каждый шестой - болезни органов пищеварения.

С 2000 по 2005 г.г. показатели детской заболеваемости возросли на 22%».

(По материалам Международной научно-практической конференции «Задачи медицинских организаций по профилактической деятельности в рамках «Государственной программы реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 г.г.», Астана, октябрь, 2004 г.)

Около 70-80 процентов бюджета здравоохранения тратится на лечение заболеваний, вызванных ведением нездорового образа жизни.

Социологические исследования показывают, что каждый третий подросток к 13 годам пробовал курить. Более 41 процента населения старше 12 лет употребляет крепкие алкогольные напитки не менее раза в неделю, каждый пятый подросток употребляет алкоголь хотя бы один раз в неделю. На учете у наркологов состоит 51 375 человек, в том числе 4 621 детей. Более 86 процентов лиц старше 12 лет и 73,2 процента детей и подростков ведут малоподвижный образ жизни.

(Изсообщенияминистра МЗ РКА.Г.Дернового на заседании Правительства РК, май, 2008 г.)

Отчего им трудно учиться

В связи с вышеизложенным целью наших исследований была оценка влияния ряда оздоровительных методик и технологий на состояние здоровья учащихся и разработка системы их воздействия в условиях школы.

Для достижения поставленной цели нами были использованы следующие методы исследования:

1) антропометрические (рост, вес);

2) физиометрические (жизненная емкость легких, динамометрия, тонометрия, функциональное тестирование (проба Мартине);

3) социальные (опрос, анкетирование);

4) психологические (тестирование);

5) общеклинические (анализ амбулаторных карт);

6) статистические (обработка полученных данных методами математической статистики).

Нами обследовано 110 учащихся 10-11 классов гимназии № 6, из них 56 девушек и 54 юношей 15-17 лет.

Комплексная оценка состояния здоровья подростков предусматривает учет заболеваемости. При изучении этого показателя мы производили выкопировку данных из медицинских документов амбулаторно-поликлинических учреждений и дополнили эти данные материалами комплексных медицинских осмотров этого же контингента, проводившихся в школе. Для углубленного изучения заболеваемости и распределения подростков по группам использовались сведения о родителях, возраст, регистрировались характер и тяжесть перенесенных заболеваний, данные о госпитализации, диспансерном наблюдении, данные последнего профилактического осмотра специалистами.

Анализ заболеваемости подростков 15-17 летнего возраста, проведен по результатам медицинского осмотра.

Исходя из имеющихся возможностей нами был предложен комплекс здоровьесберегающих технологий, включающий:

- индивидуально подобранные физические упражнения,
- методики закаливающих процедур,
- коррекцию питания с использованием пищевого продукта «Бапол»,
- в период вспышек ОРВИ и гриппа - кварцевание носоглотки и учебных помещений,
- приемы психорелаксации.

Результаты исследований

Достоверных различий в показателях весоростового индекса в контрольной и опытной группах выявлено не было.

В динамике в течение учебного года мы наблюдали тенденцию к снижению жизненного индекса в контрольной группе в 28% , в опытной группе отмечена тенденция к увеличению жизненного индекса у 46% обследованных.

Анализ показателей АД (сист. и диаст.), полученных на I этапе исследования, не выявил существенных различий в контрольной и опытной группах. В динамике у опытной группы АД существенно не изменилось, в контрольной же группе наблюдалось увеличение систолического АД.

При уменьшении ЧСС в исходном состоянии можно в определенной мере говорить о состоянии экономизации работы сердечно-сосудистой системы. Исходная ЧСС была сравнительно одинаковой в контрольной и опытной группах. В динамике исследований достоверно снижается ЧСС в опытной группе, что свидетельствует о совершенствовании функционирования сердечно-сосудистой системы под влиянием регулярных физических нагрузок. Изменения ЧСС в контрольной группе малозначительны. В динамике контрольной группы наблюдалось ухудшение показателя функциональной пробы. В опытной группе на фоне регулярных физических нагрузок аэробного характера имело место улучшения этого показателя в 78% случаев.

Оценка интегрального показателя «уровень здоровья» в динамике показала, что в контрольной группе отмечено снижение «уровня здоровья» в 28% случаев, в то время как в опытной группе наблюдалось улучшение показателя «уровня здоровья» у 54% обследованных.

Таким образом, динамическое наблюдение за учащимися показало дальнейшее снижение «уровня здоровья» в контрольной группе и здесь же прослежено ухудшение функциональных показателей сердечно-сосудистой системы. В то же время в опытной группе на фоне регулярных занятий физическими упражнениями аэробного характера значительно улучшились показатели индекса коронарного кровообращения и функционального тестирования, достоверно улучшились показатели силового индекса, прослежена тенденция к улучшению жизненного индекса и как следствие улучшение интегрального показателя «уровень здоровья». Здесь же наблюдалось снижение заболеваний ОРВИ и гриппа с 76,2% до 51,5%.

Таким образом можно утверждать, что комплексный подход к здоровьесбережению учащихся с применением доступных и малозатратных оздоровительных методик и технологий обеспечивает достоверное улучшение состояния функциональных систем организма подростков 15-17 лет и повышает общий уровень их здоровья.

Система формирования здоровья школьников:

- систематическое повышение квалификации работников школ в области охраны здоровья учащихся;
- оптимизация физической активности детей;
- организация школьного питания (около 90% школьников имеют дефицит продуктов питания в ежедневном рационе и медицинские показания к диетическому питанию);
- обеспечения медицинского контроля и услуг в школе (школьный врачебный кабинет);
- организация психологического и социального консультирования учащихся и их родителей;
- организация активного участия семьи и общественности в решении проблем охраны и укрепления здоровья детей (родительские университеты и др.).

ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. ОПЫТ РЕАЛИЗАЦИИ ЭКОЛОГО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ЭКОКЛУБА «ТАЛХИЗ» ПРИ АЛМАТИНСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ ПРИРОДНОМ ЗАПОВЕДНИКЕ

А.Вишневская, Т.Гадяцкая

ОО «Молодежный экоклуб «Талхиз», г.Талгар

Молодежный экоклуб «Талхиз» зарегистрирован в 2002 году в форме общественного объединения и является самостоятельной, самоуправляемой, общественно-полезной, некоммерческой организацией, работа которой направлена на всестороннее развитие молодежи и популяризацию идей охраны природы. Его миссия - сохранение природы родного края, путем формирования экологического сознания подрастающего поколения и всего населения, привлечение их в эколого-оздоровительные программы.

Клуб расположен в селе Акку на центральной усадьбе Алматинского заповедника. В нем трудятся работники заповедника, преподаватели школ и колледжей г. Талгар, сотрудники областной станции юннатов и Дома школьников. Предметом деятельности нашей организации является учебно-воспитательная работа по формированию гражданского отношения к родной природе, проводимая на семинарах-тренингах, экологических занятиях, природоохранных акциях, экскурсиях по заповеднику, а также развитие экотуризма и реализация эколого-оздоровительной программы по организации летнего отдыха детей и подростков. Финансовые средства на проведение эколого-оздоровительных

мероприятий формируются на основе грантов и спонсорской поддержки. Членские взносы не предусмотрены. За время существования экоклуба реализовано 9 проектов и 1 находится на стадии реализации. От спонсоров, в общей сложности, получено 60 000 долларов США. Грантодатели - Региональный Экоцентр Центральной Азии (РЭЦЦА), Корпус Мира США, Посольство США в Казахстане, Всемирный банк, Компания Эксон Мобил Казахстан Инк, ПРООН/ГЭС/ПМГ.

Для решения эколого-гигиенических проблем здорового образа жизни, сотрудниками разработана программа, которая является составной частью ежегодного летнего экологического лагеря при Алматинском государственном природном заповеднике. Целью летнего эколагеря является воспитание и оздоровление детей из городов Талгар и Есик, Талгарского и Енбекши-Казахского районов Алматинской области. Членами экоклуба, совместно с волонтерами Корпуса Мира США разрабатывались подробные проекты лагерей и составлялся их бюджет. Недостающие средства на проведение летнего лагеря выделялись в виде грантов Компаний Эксон Мобил Казахстан Инк.

В течение подготовительного периода проводилась большая работа преподавателями экологии и биологии колледжей и лицеев. При отборе детей для участия в летнем оздоровительном лагере предпочтение отдавалось тем, кто увлекался экологией родного края, был заинтересован в изучении английского и казахского языков, а также детям из малообеспеченных семей, отдаленных аулов, которые не имели возможности побывать в дорогих оздоровительных лагерях. С участниками лагеря – руководителями групп – заключались договора о совместной деятельности на волонтерских началах.

В общей сложности, за 6 лет в экологических оздоровительных лагерях Алматинского заповедника побывали более 70 человек взрослых и около 700 детей.

Во время экологических занятий на свежем воздухе проводились уроки знакомства с местными природными условиями. В свободное от экскурсий время, дети занимались на свежем воздухе активными играми: играли в волейбол, футбол, эстафету, различные игры на выносливость. Вечером у костра проводили конкурсы песен, танцев, шоу талантов, викторины.

По окончании каждого заезда, участникам вручались сертификаты. На память о спонсоре и клубе ребята получали футболки и бейсболки. По результатам опросов лагерь получил высокую оценку, а многие ребята изъявили желание побывать в лагере еще раз.

Деятельность клуба в заповеднике освещалась в местной газете и на телевидении.

Опыт работы распространили по всем школам и колледжам г. Талгар и Есика.

Программа летнего лагеря воспитывает у детей и подростков экологическое восприятие окружающей среды, закладывает базу для привития им здорового образа жизни, помогает решать эколого-гигиенические проблемы здорового образа жизни.

Конечно, есть и проблемы. Не всегда удается найти спонсоров для обеспечения лагеря, а на платной основе не все семьи имеют возможность вывезти детей на летний оздоровительный отдых, где можно узнать много интересного и нового об окружающей нас здоровой экологической среде.

ҚАЗАҚСТАН ЖАСӨСПІРІМДЕРІНІҢ РЕПРОДУКТИВТІК ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚОРҒАУ БОЙЫНША ЗАҢНАМАЛЫҚ БАЗАҒА ШОЛУ

Ш.Е.Қаржаубаева ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.

Қазақстанның заманға сай қоғамдастығының алдында тұрған тапсырмасының бірі, барлық тұрғындардың жалпы санының үштен бір бөлігін құрайтын, Қазақстан балалары мен жасөспірімдерінің репродуктивтік денсаулығын сақтап қалу болып табылады.

Республикамызда мемлекеттік деңгейде, балалар мен жасөспірімдердің репродуктивтікті ескере отырып, денсаулығын қорғауды реттейтін жеткілікті нормативтік-құқықтық база бар.

Қазақстан Республикасының Конституциясында (27 бап) «Неке және отбасы, аналық, әкелік және балалық қоғам мен мемлекеттің қорғауында» - деп көрсетілген. Бұл негізге алынған тезис өзінің дамуын «Неке және отбасы», «Қазақстан Республикасында азаматтардың денсаулығын қорғау жайлы», «Бала құқығы жайлы», «Азаматтардың репродуктивтік құқығы және олардың кепілді орындалуы жайлы», «Білім жайлы» және басқа да заңдардан алған.

Біріккен Ұлттар Ұйымы Бас Ассамблеясының 1989 жыл 20 қарашада қабылдаған балалар құқығы жайлы Конвенциясы маңызды базалық құжат болып саналады. Балаларға ең жақсы қамқорлықты қамтамасыз ету мақсатында, Үкіметіміз 1994 жылы ратификациялаған, аталған Конвенцияға ҚР Президенті Н.Ә.Назарбаев қол қойған. Біріккен Ұлттар Ұйымының (БҰҰ) сарапшыларымен жағымды баға берілген Қазақстанның үкіметтік есебі 2003 жылы Женева қаласында БҰҰ балалар құқығы бойынша Комитетінің 33 сессиясында тыңдалды. Қазақстанның жағымды жетістіктерінің бірі ретінде жаңа заңнамалық база, сол сияқты мемлекеттік құрылымдардың балалар мәселесін қарастыратын халықаралық ұйымдармен бірлесе қызмет істеуі танылды.

Осы уақытқа дейін (08.08.02.) Қазақстанда ҚР «Балалар құқығы жайлы» заңы қабылданды, соған орай балалар құқығы жайлы Конвенцияның 1 бабына сәйкес баланың жасы анықталған. Жасы 18-ге толмаған адам бала болып танылады.

Бірақта, денсаулық мәселелеріне қатысты қажетті әртүрлі статистикалық мәліметтерді құрастырғанда Қазақстанда бұрын қарастырылған адамның жасына сай критерийлері пайдаланып келеді: балалар – бұл 0-14 жастағылар және 15-тен бастап 17 жас 11 ай 30 күнді қоса алғандағы жасөспірімдер. Бұл Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДҰ) ұсынған жасөспірімдердің жасына байланысты критерийлерін денсаулық жағдайын сипаттайтын шынайы мән-жайды анықтауда қолдануға болады деген мүмкіндікті бермейді.

Жасөспірімдерге репродуктивтік денсаулық «ерекше» қажет екенін негізге ала отырып маңызды «сезімтал» сұрақтар айқындалды және ұлттық заңнама оларды қаншалықты реттейтіні сарапталды:

1) Жыныстық қатынасты бастау жасы (жыныстық қатынастағы дебют);

2) Медициналық тексеру және емдеуді бастау үшін ең төменгі жас;

3) Некеге тұруға болатын ең төменгі жас;

4) Отбасын жоспарлауға болатын мүмкіндіктер;

5) Медициналық қауіпсіз түсік жасау мүмкіндігі;

6) Жүктілікті үзуге болатын міндетті және әлеуметтік көрсеткіштер;

7) АҚТҚ (ВИЧ), ЖЖЖА (ИППП) алдын алуға және ЖЖЖА емдейтін дәрі-дәрмектерге мүмкіндігі;

8) Медициналық қызметтің мүмкіндігі;

9) Репродуктивтік денсаулық саласында ұсынылған қызметтер көрсетілген кезде дәрігерлік құпиямен қамтамасыз ету;

10) Жыныстық репродуктивтік денсаулық және АҚТҚ саласымен қоса білім алуға мүмкіндік.

Жыныстық қатынасты бастау жасы

АҚТҚ/ЖҚТБ, ЖЖЖА, зиянды заттарды тұтынудың профилактикасы және репродуктивтік денсаулық бойынша білім деңгейін, қатынасын және тәжірибесін зерттеудің нәтижелері бойынша (СӨСҚПҰО, ЮНИСЕФ, ЦИОМ, 2004ж.) Қазақстанда жыныстық қатынасқа түсудің орташа жасы 14,15±0,52 жасты құрайды.

Сұрастырылған жасөспірімдердің бесінші бөлігі 11-17 жастарында жыныстық қатынасқа түсіп үлгерген. Жыныстық қатынастағы тәжірибенің таралуы ер балалардың арасында сол жастағы қыз балаларға қарағанда екі есеге дейін көп. Ол 11-14 жастағы ұлдарда 17,4%, ал қыздарда 11% құрайды. Сәйкес көрсеткіштер 15-17 жастағы бозбалаларда 32,6%, бойжеткендерде 15% құрады.

ҚР «Бала құқығы жайлы» заңының 8 бабында денсаулығын, ал 10 бабында өмірін қорғауға

кепілдік берілген. Бұл баптар бала құқығы жайлы Конвенцияның 24.1 бабына сәйкес келеді. Соған орай баланың денсаулық сақтау жүйесінің, ауруларды емдеудің және денсаулықты қалпына келтірудің барынша жетілдірілген қызметтерін пайдалануға құқығы бар. Жекелеп алғанда, мемлекет ағарту жұмыстарын, профилактикалық медициналық көмекті дамыту және отбасы ауқымын жоспарлау үшін қажетті шараларды жүзеге асырулары керек.

Медициналық тексеру және емдеуді бастау үшін ең төменгі жас

Қазақстан Республикасы Конституциясына сәйкес (30 тамыз 1995 жыл) 29 бап – ҚР азаматтарының денсаулығын қорғауға және заңмен бекітілген тегін медициналық көмектің кепілді көлемін алуға құқығы бар.

Қазақстан Республикасының 07.07.06 жылғы Азаматтардың денсаулығын қорғау жайлы Заңының 12 бабында жүкті әйелдер мен аналардың денсаулығын қорғауға құқығы көрсеткен.

13 бапта балалардың денсаулығын қорғауға, осы баптың 2 тармағында - балалардың міндетті түрде медициналық тексерілуіне, диспансерлік бақылауда тұрақты болуына және тегін медициналық көмектің кепілді көлеміне қарасты емделуге әрі сауықтырылуға құқысы бар деп көрсетлиген.

8 тармағында – балалардың өз денсаулықтары саласында білім және тәрбие алуына құқығы бар;

18 бапта азаматтардың денсаулықты сақтау және нығайту бойынша міндеттері көрсетілген.

Сөйтіп, заңнамалық құжаттарға сәйкес Қазақстанда барлық тұрғындарға туғаннан бастап медициналық көмек көрсетілетініне кепілдік беріледі.

Неке құрудағы ең төменгі жас

Қазақстан Республикасының 17.12.98 жылғы 24.12.01ж., 10.01.06ж. толықтырулары бар «Неке және отбасы жайлы » Заңының 10 бабында еркектер мен әйелдердің некелік жасы он сегіз жас деп бекітілген (1 тармақ), бірақ, ескерілерлік себептер болса (жүктілік немесе бала босану) некелік жас неке қиюды мемлекеттік тіркеу орнында азаматтық хал актілерін жазу органдарында екі жылдан аспайтындай төмендетіледі (2 тармақ). Осындай жағдайларда АХАЖ органдары растайтын құжаттары ұсынылған болса, 16 жасқа толғаннан кейін некелерін тіркейді. Некелік жасқа толмағандардың арасындағы неке ата-анасының немесе қамқоршысының келісімімен ғана рұқсат етіледі.

60 бапқа сәйкес ата-аналық құқық он сегіз жасқа (кәмелетке) толғанда, сол сияқты кәмелетке толмаған балалар некелерін қиған кезде тоқтатылады.

61 бапта кәмелетке толмаған ата-аналардың баласымен бірге өмір сүруіне және оны тәрбиелеуіне құқықтары бары айқындалған.

Отбасын жоспарлауға болатын мүмкіндіктер

Қазақстан Республикасының 16 маусым 2004 жылғы № 565-11 «Адамдардың репродуктивтік құқығы және оларды жүзеге асырудағы кепілдік жайлы» Заңында жасанды түсіктің саналық-этикалық, психологиялық, физиологиялық жағымсыз салдарларын және асқынуларын түсіндіруге бағытталған, сол сияқты жеке-дара контрацепция әдістерін және заттарын таңдауда дәрігерлердің міндетті түрде әйелдермен түсіндірме жұмыстарын жүргізуі қарастырылған.

ҚР ДМ 24 ақпан 2005 жылғы № 70 «Балаларға және жасөспірімдерге емдеу-профилактикалық гинекологиялық көмекті ұйымдастыру Ережелерін бекіту жайлы» Бұйрығымен перзентханаларды (бөлімшелерді), балалар емханаларын (туғаннан бастап 14 жас 11 ай 29 күн), студенттік емханаларды (жасөспірімдер кабинеті, 15-18 жастағы бойжеткендер) қоса алғанда, меншік түріне қарамастан медициналық мекемелерде көмек көрсету реттелген. Акушер-гинеколог дәрігер ата-аналарының (қамқоршысының) рұқсатымен қыздарды 15 жасынан бастап гинекологиялық тексереді. Ата-анасы (қамқоршысы) болмаған жағдайда екінші медициналық қызметкердің көзінше тексереді де, осы жайлы амбулаторлық картаға немесе басқа медициналық құжатқа тіркеп жазып қояды. 15 жасқа толғаннан кейін ауру-сырқауы бар қыздарды диспансерлік бақылау үшін жасөспірімдер кабинетіне ауыстырады.

Аталған бұйрықта жасөспірімдік жасқа аса назар аударатындай, бойжеткендерді тексеру және қажет болғанда іс-шаралар жүргізуге ата-анасының міндетті түрде келісімі немесе қасында болуына қатысты нормативтік-құқықтық базаға сілтеме жоқ. Балалар мен жасөспірімдер өз беттерінше емдеу-профилактикалық мекемелерге қаралғанда медициналық көмектегі кеңес берудің түрі мен сипаты көрсетілмеген.

Медициналық қауіпсіз түсік жасау мүмкіндігі

Қазақстан Республикасының 16 маусым 2004 жылғы № 565-11 «Адамдардың репродуктивтік құқығы және оларды жүзеге асырудағы кепілдік жайлы» Заңында азаматтардың репродуктивтік денсаулығын қорғау саласында қоғамдық қарым-қатынас қарастырылған, сол сияқты азаматтардың репродуктивтік құқығы саласында мемлекеттік кепілдікті және мемлекеттік саясаттың негізгі

принциптерін орнатады.

Қазақстан әйелдің қалауы бойынша мерзімі 12 аптаға дейінгі жүктілікті жасанды үзуге, жоғарыда аталған заңмен рұқсат етілген елдердің қатарына жатады (21 бап),

- әлеуметтік көрсеткіштер бойынша – жүктіліктің 22 аптасына дейін;

- әйелдің өміріне қауіпті әрі әйелдің келісімімен, медициналық көрсеткіштер бар болса – жүктіліктің мерзіміне қарамастан жасалады. Кәмелетке толмағандарға жасанды түсік (Қазақстанда 18 жасқа дейінгілер кәмелетке толмағандар деп саналады) ата-анасының немесе басқа заңды өкілдерінің келісімімен жасалады.

Жүктілікті үзудегі міндетті және әлеуметтік көрсеткіштер

ҚР ДМ 24 шілде 2001 жылғы № 687 Бұйрығымен Қазақстан Республикасында жүктілікті үзудің көрсеткіштері және оны жүргізу ережелері айқындалған.

Жүктілікті жасанды үзу жүктіліктің 12 аптаға дейінгі мерзімінде әйелдің қалауы бойынша, ал кәмелетке толмағандарда тек қана ата-анасының (қамқоршысының) рұқсаты болса ғана жасалады.

Мерзімі 12 аптадан 22 аптаға дейін болса жүктілікті үзу әлеуметтік көрсеткіштері бойынша жекелеп қарастырылған, комиссиялық растайтын құжаттары болғанда рұқсат етіледі:

1. Некеде жоқ әйелдер;
2. Жүктілік кезінде күйеуінің қаза болуы;
3. Әйелдің немесе күйеуінің бас бостандығынан айрылып абақтыда болуы;
4. Зорлаудан кейінгі жүктілік;
5. Жүктілік кезінде ажырасу;
6. Бас сауғалап жүрген әйелдер;
7. Ерлі-зайыптылар жұмыссыздығы.

Медициналық көрсеткіштер бойынша жүктілікті үзу, жүктіліктің жалғасуы және босану әйелдің денсаулық жағдайына қауіп төндіретін болса кез-келген мерзімде жүргізіле береді.

Олардың негіздері:

1. жұқпалы және паразитарлық ауралар (туберкулез, вирустық гепатиттер, мерез, АҚТҚ/ЖҚТБ, қызамық);
2. қатерлі ісіктер;
3. эндокриндік жүйе аурулары;
4. қан ауралары (лейкоздар, қан ұйуының бұзылысы);
5. психикалық ауытқулар;
6. жүйке жүйесі және сезім органдарының аурулары (менингит, энцефалит, эпилепсия, көз торшасының сылынуы, көз көру нервінің невриті);
7. қан айналым жүйесінің аурулары (артериалдық гипертония, миокардиттер, жүректің туа біткен ақауы);
8. тынысалу органдарының ауралары (демікпе, өкпенің созылмалы обструтивті аурулары);
9. ас қорыту органдарының аурулары;
10. несеп-жыныстық жүйенің аурулары;
11. дәнекер тіндердің диффузды аурулары.

Осы Бұйрықта жоғарыда аталған әлеуметтік және медициналық көрсеткіштер бойынша жүктілікті үзу қажет болған жағдайда 18 жасқа дейінгі бойжеткендер жайлы ескерілмеген. Қыздың ата-анасының немесе қамқоршысының жазбаша келісімімен қоса педиатрдың, балалар акушер-гинекологының, «арнайы маманның», яғни комиссияның қорытындысы қажет екендігін ескерген жөн. Бойжеткеннің барлық салдарлары жайлы ескертулерді білуі қажет.

Қазақстан Республикасының 16 маусым 2004 жылғы № 565-11 «Адамдардың репродуктивтік құқығы және оларды жүзеге асырудағы кепілдік жайлы» Заңында мемлекет атап айтқанда отбасын жоспарлау, контрацепциялар, АҚТҚ жұқпасын ескере отырып, жыныс жолымен жұғатын аурулардың профилактикасы мәселелері бойынша тегін, мүмкіндікті, ерікті және сапалы көмек алуда әртүрлі жастағы азаматтардың (балалар, жасөспірімдер, жастар ересектер тәрізді) репродуктивтік құқығы саласындағы тұрақтандыруларды өз құзырына алады.

9 баппен азаматтардың репродуктивтік денсаулығы саласындағы құқықтары мен міндеттері көрсетілген, олардың негізгілері ерікті репродуктивті таңдау, репродуктивтік денсаулықты қорғау және отбасын жоспарлау, контрацепция әдістерін таңдау әрі пайдалану бойынша қызмет көрсетілуі болып табылады.

11 бапқа сәйкес кәмелетке толмағандардың репродуктивтік денсаулығын қорғауға, сол сияқты құлықтылық-жыныстық тәрбие және білім алуына құқығы бар. Кәмелетке толмағандарға жыныстық білім беруге білім беретін ұйымдарда кәмелетке толмағандардың жынысын, жасын, психикалық-физикалық дамуын және ата-аналардың пікірін ескеретін арнайы құрастырылған бағдарлама бойынша дайындалған адамдар жұмылдырылады. Білім беру бағдарламаларын құрастыру және кәмелетке толмағандарды отбасылық өмірге дайындау денсаулық сақтау саласының өкілетті органымен бірлесе білім беру саласындағы орталық атқарушы органмен қамтамасыз етіледі.

21 бап кәмелетке толмағандардың жүктілікті үзуін ата-анасының немесе басқа заңды өкілдерінің келісімімен реттеледі.

Репродуктивтік денсаулық саласын-

да ұсынылған қызметтер көрсетілген кезде дәрігерлік құпиямен қамтамасыз ету

Қазақстан Республикасының «Азаматтардың денсаулығын қорғау жайлы» Заңының 29 бабы дәрігерлік құпияға анықтама береді.

Дәрігерлік құпияны медициналық көмекке жүгіну, азаматтың денсаулық жағдайы, оны тексергендегі әрі емдегендегі ауруының диагнозы және мәлімет фактілері жайлы ақпарат құрайды.

Азаматтың немесе оның заңды өкілінің келісімімен дәрігерлік құпиясы бар мәліметтер басқа азаматтарға берілуі мүмкін:

- пациенттің тексерілу әрі емделу мүддесі үшін;
- ғылыми зерттеулер жүргізу үшін;
- бұл мәліметтерді басқа мақсаттарда оқыту үрдісінде пайдалану.

Азаматтың немесе оның заңды өкілінің келісімінсіз дәрігерлік құпиясы бар мәліметтер басқа азаматтарға берілуі мүмкін:

- жағдайына байланысты өз еркін білдіре алмайтын азаматты тексеріп әрі емдеу мақсатында;
- айналадағылар үшін қатер туғызатын аурулардың таралып кету қаупі болғанда;
- тергеу жұмыстарын жүргізу немесе соттың қарастыруларымен байланысты айқындауыш және алдын ала тергеу, прокуратура немесе сот органдары тапсырыс жасағанда;
- кәмелетке толмаған немесе хал үстіндегі адамға медициналық көмек көрсеткенде оның заңды өкілдерін ақпараттандыру үшін;
- құқыққа қарсы іс-әрекеттер нәтижесінде азаматтың денсаулығына нұқсан келді деуге негіз болғанда.

Қазақстан Республикасының 05.10.94 жылғы 16.11.99ж. № 477-1 және 20.12.04ж. №13-111 07.07.06ж. жағдай бойынша толықтырулары бар «АҚТҚ/ЖҚТБ ауруларының профилактикасы жайлы » Заңына сәйкес.

11 бапқа сәйкес медицина қызметкерлері АҚТҚ жұқтырғандар немесе ЖҚТБ ауырғандар жайлы мәліметтерді құпия сақтауға міндетті.

Осы заңда балалар мен жасөспірімдерді АҚТҚ/ЖҚТБ-не олардың еркімен және аталмай тексерілу тетігі анықталмаған.

1 бапқа сәйкес аталмай тексерілу – бұл тұлғаның АҚТҚ жұқтыруына аталмай медициналық тексерілуі. Конфиденциалды медициналық куәләндыру – бұл АҚТҚ жұқтырғандыққа тексерілуші тұлға және оның куәландыру нәтижелері жайлы медициналық қызметкердің дәрігерлік құпия сақтауына негізделген тексеру.

Бұл анықтамалар жасөспірімнің ата-анасын немесе қамқоршысын хабардар етпей ерікті және аталмай тексерілуден өтуі үшін қаралуында ұстану факторы ретінде қызмет етеді. Жасөспірім тексерілу мәліметтерін, әсіресе оң нәтижелі болғанда қалай біле алады, құпиялық принциптері сақталады ма, бұл жасөспірімді шошытып әрі медицина қызметкерлеріне деген сенімін жоғалтып алмай ма?

АҚТҚ, ЖЖЖА алдын алуға және ЖЖЖА емдейтін дәрі-дәрмектерге мүмкіндігі

Қазақстан Республикасының 05.10.94 жылғы 16.11.99ж. № 477-1 және 20.12.04ж. №13-111 07.07.06ж. жағдай бойынша толықтырулары бар «АҚТҚ/ЖҚТБ ауруларының профилактикасы жайлы » Заңына сәйкес.

5 бапқа сәйкес ҚР азаматтары денсаулық сақтаудың мемлекеттік мекемелерінде адамның қорғаныш тапшылық қоздырғышын жұқтыруын анықтағанда ерікті, құпиялы, аталмай куәландырылуына құқықты.

18 жасқа дейінгі балаларды куәландырғанда олардың заңды өкілдерінің келісімімен немесе өздерінің қалауымен жүргізіледі.

7 бапқа сәйкес адамның қорғаныш тапшылық қоздырғышын жұқтырған немесе ЖҚТБ шалдыққан балалар мен жасөспірімдердің мектепте және басқа да оқу орындарында білім алуы қамтамасыз етіледі.

ҚР 11 шілде 2002 жылғы № 343 «Мүмкіндігі шектеулі балаларды әлеуметтік және медициналық-педагогикалық коррекциялық қолдау жайлы» Заңына сәйкес 3 бапта мүмкіндігі шектеулі балаларды әлеуметтік және медициналық-педагогикалық коррекциялық қолдау бала туғаннан басталып кәмелеттік жасқа толғанша жүргізіледі. Оған дамуындағы қалыс қалу және бұзылыстарының, мүгедектіктің ауыр түрлерінің профилактикасы, мүмкіндігі шектеулі балалар және олардың отбасына әлеуметтік қолдау және қайта қалпына келтірудегі көмек көрсету кепілдігі кіреді. Балалардың шектеулі қабілетінің дәрежесіне, жасына, әлеуметтік тұрғысына қарамай қолдау мен білімді ертерек ала берулеріне құқығы бар.

9 бапқа сәйкес медициналық қызмет ұйымдастыру-құқықтық түріне қарамастан ана мен баланы қорғау, алғашқы медициналық-санитарлық көмек ұйымдарымен, консультациялық-диагностикалық емханалармен, медициналық қайта қалпына келтіру орталықтырымен атқарылады.

15 бапқа сәйкес мүмкіндігі шектеулі балалар кепілді түрде әлеуметтік және

медициналық-педагогикалық коррекциялық қолдауды, мемлекеттік медицина мекемелерінде, психологиялық-медициналық, педагогикалық кеңес беру орталықтарында немесе медициналық-әлеуметтік сараптау бөлімдерінде тексерілуге және медициналық көмекті тегін алуға, арнайы білім беру ұйымдарында тегін білім алуға құқығы бар.

17 бапқа сәйкес, мүмкіндігі шектеулі балалардың ата-аналары немесе басқа заңды өкілдері өздерінің балаларын бағып-қағумен, тәрбиемен, білім берумен, медициналық тексерумен, емдеумен, күтімімен, олардың құқығын және мүддесін қорғауды, қайта қалпына келтірудің жекелеген бағдарламасын жүзеге асыруға қатысуын қамтамасыз етулері қажет.

Осы заңда емдеу-диагностикалау процедураларын және АҚТҚ/ЖҚТБ ескере отырып, жұқпалы ауруларға қарсы қауіпсіздік шараларын сақтауды орындай алмау себебінен әлеуметтік-маңызды аурулар анықталған жағдайда 18 жасқа дейінгі балалардың мүддесін қорғау қадағаланбаған. Жасөспірім өзінде осы аурулардың бар екенін және олардың салдарын білгені жөн бе, осындай жағдайда дәрігерлік құпияны сақтау орынды ма?

27 шілде 2001 жылғы №6 95 ҚР ДМ 07.04.03ж. № 280 және 16.06.04ж. №479 бұйрықтарымен өзгертіліп енгізілген «Жыныс жолымен жұғатын аурулармен күрес шараларын жетілдіру жайлы» заңға сәйкес 14 тен 65 жас аралықтарында барлық амбулаторлық-емханалық мекемелерге медициналық көмек сұрап әрбір жаңадан қаралған сайын преципитация микрореакциясын пайдалана отырып тексерілуге жатады. Жыныс жолымен жұғатын ауруларға тексерілетіндердің қатарына уақытша оқшаулау, жасөспірімдердің адаптациясы әрі реабилитациясы және басқа да қабылдау-айқындау орталықтарына жеткізілгендер міндетті түрде жатады.

«Жыныс жолымен жұғатын аурулардың профилактикасы» бөлімінде емдеу-профилактикалық ұйымның дәрігері жыныс жолымен жұғатын ауру диагнозын қойғаннан кейін науқасқа жұқпалы аурудың сипаттамасын және оның басқаларға жұғуын болдырмау жайлы түсіндіреді.

Бірақ, жасөспірімдерде осындай ауру анықталған жағдайда, дәрігер кімге әрі қалай ақпарат беру керек екендігі айқындалмаған.

Қазақстан Республикасының 16 шілде 1997 жылғы № 167 қылмыстық Кодексінің 122 бабында он алты жасқа толмаған адамдармен жыныстық қатынасқа түскен және басқа да жыныстық қатынас сипатындағы әрекеттері үшін қылмыстық жауапкершілік қарастырылған.

124 бапқа сәйкес он төрт жасқа толмаған адамдарға зорлық көрсетпей қарабеттік әрекеттер жасау төрт жылға дейін бас бостандығынан шектеу немесе айырумен жазаланады.

Жыныстық репродуктивтік денсаулық және АҚТҚ саласымен қоса білім алуға мүмкіндік

Қазақстан Республикасының 27 шілде 2007 жылғы № 319-111 Бұйрығының 11 бабында білім беру жүйесінің негізгі тапсырмалары болып сапалы білім алуға жағдай жасау, құлықтылықтың және салауатты өмір салтының берік негізін қалыптастыру айқындалған.

43 баппен оқушылар мен тәрбиеленушілерді тамақпен, медициналық қызметпен, денсаулығын қорғау және нығайтумен қамтамасыз ету білім беру ұйымдарының құзырына кіреді.

Сонымен, Қазақстан жасөспірімдерінің репродуктивтік денсаулығын қорғау бойынша жоғарыда көрсетілген барлық заңнамалар базасын келер ұрпақ игілігіне дұрыс та сапалы қолдана білсек игі болар еді дегіміз келеді.

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛИПИДНОГО ОБМЕНА И СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В ПРОЦЕССЕ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И СИМВАСТАТИНОМ.

г.Семей СГМА, Больница скорой медицинской помощи

Жукушева Ш.Т., Сатиева Г.С., Сонина О.П., г.Усть-Каменогорск СВА 3 Касымова Г.Н.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из основных причин смертности населения в индустриально развитых странах (по данным ВОЗ – 53% случаев от числа всех сердечно-сосудистых заболеваний). Основной причиной ИБС в 95-98% случаев является атеросклероз коронарных арте-

рий.

В патогенезе сердечно-сосудистых осложнений ИБС особое значение отводится артериальной гипертензии (АГ), в последние годы метаболическому синдрому, в основе которого лежит тканевая инсулинорезистентность, гиперактивация симпатоадреналовой системы (гиперсимпатикотония), гиперинсулинемия, гиперлипидемия, эндотелиальная дисфункция, гиперкоагуляция, микроальбуминемия, обусловливающие более тяжелое прогрессирущее течение заболевания.

Период обострения коронарной болезни сердца обозначают как острый коронарный синдром (ОКС), включающий нестабильную стенокардию и мелкоочаговый инфаркт миокарда [Бокарев И.Н., 1997]. Частота ОКС составляет у 25-50% среди поступивших порядке в отделение реанимации и интенсивной терапии, ОКС развивается на фоне АГ с метаболическим синдромом у 50%. Летальность при нестабильной стенокардии составляет 3,4-7,0% [Грацианский Н.А., 2001], при мелкоочаговом инфаркте – 4,8-9,5% [Крашутский В.В., 1996] на фоне метаболического синдрома до 20%.

Важнейшим компонентом терапии больных ОКС является антитромботическая терапия, включающая препараты, воздействующие на различные сосудисто-тромбоцитарное звенья системы гемостаза [Баркаган З.С., 2001], липидный спектр.

Патогенетическая терапия ИБС на фоне АГ с метаболическим синдромом предполагает включение в состав комплексной терапии гиполипидемических препаратов (статинов). Среди статинов симвастатин занимает особое место в виду его благоприятных влиянии на атерогенные фракции ЛПНП, триглицеридов и особенно его дополнительных, нелипидных механизмов действия (плеотропных), которые заключаются в нормализации функции эндотелия, торможении пролиферации гладкомышечных клеток, влиянии на апоптоз, противовоспалительной, антитромботической и антиоксидантной активности препаратов, стабилизации атероматозных бляшек. Препараты группы статинов повышает чувствительность тканей к инсулину, нарушение которой лежит в основе развития сахарного диабета 2 типа (Аронов2001). Однако, гемостазиологические эффекты симвастатина (Вазилипа) в процессе длительной терапии у больных ИБС изучены недостаточно.

Цель исследования: 1. Изучить в динамике показателей сосудисто – тромбоцитарного и плазменно- коагуляционного звеньев гемостаза в процессе традиционной комплексной терапии при включении Вазилипа в дозах 20 мг и 10мг. 2.Изучить показатели липидного обмена.

Материалы и методы исследования: Обследованы 50 больных с инфарктом миокарда на фоне АГ с метаболическим синдромом в возрасте от 39 до 70 лет (средний возраст составил 53 ± 1,5, из них 38 мужчины, 12 женщин). Больные были разделены на 2 группы: первую группу составили 24 больных, которые принимали традиционную терапию: антиагреганты, нитраты, антикоагулянты, ИАПФ, кардиоселективные □-блокаторы, также назначен Вазилип (симвастатин производства фирмы KRKA, Словения) 20 мг в сутки в течение 1месяца; 26 больным второй группы назначены традиционная терапия (антиагреганты, нитраты, антикоагулянты, кардиоселективные β- блокаторы, ИАПФ) и Вазилип (симвастатин производства фирмы KRKA, Словения) в дозе 10 мг в сутки в течение 1 месяца;

Продолжительность лечения 1 месяц.

У всех больных проводилось определение показателей свертывающейся системы крови исходно и через 1 месяц с помощью наборов «Технология - Стандарт» (г. Барнаул): сосудисто-тромбоцитарное звено - универсальный индуктор агрегации (УИА); коагуляционное звено – антитромбин III (АТ III); активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ); протромбиновое время (ПВ); методы исследования фибринолиза и продуктов деградации фибрина – растворимых – фибрин – мономерных комплексов (РФМК), времени фибринолиза. Также определялся липидный спектр.

Результаты исследования: В результате проведенного исследования было выявлено, что у больных со стороны показателей системы гемостаза определяется умеренная гиперагрегация УИА на 15% в 1-ой группе, на 14% - во 2-ой группе. Уровень содержания РФМК был высоким в обеих группах: в 1-ой гр.-7,75 сек.; 2-ой гр.-8,3 сек.; а также отмечалось снижение показателей АТ III (28,5%- в 1-й гр.; 30%-во 2-й гр.).

У больных на фоне применения Вазилипа через 30 дней наблюдалось снижение агрегационной активности тромбоцитов на 25% ($p < 0,05$), снижение РФМК на 44,5% ($p < 0,05$), повышение фибринолиза на 25% ($p < 0,05$), АТ III-25% ($p < 0,05$) в 1-й гр. В 1-й группе больных через 1месяц снижение УИА 15% ($p < 0,05$), РФМК-41,5% ($p < 0,05$), изменение фибринолиза на 21% ($p < 0,05$), АТ III- 15% ($p < 0,05$). Во всех группах больных исходно наблюдалось повышение общего холестерина до 7,0□0,2 ммоль/л, ХС ЛПНП до 3,86□0,4 ммоль/л и триглицеридов до 2,0□0,35 ммоль/л, после проведения вышеуказанного лечения наблюдалось снижение липидного обмена во всех группах, но наиболее значительным снижением в 1-й группе: уровень холестерина до 3,0□0,3 ммоль/л; ХС ЛПНП до 2,2□0,1ммоль/л; триглицериды – 1,01□0,1 ммоль/л;

Динамика показателей системы гемостаза и липидного спектра под влиянием терапии представлена в таблице 1.

Таблица 1.

Динамика показателей системы гемостаза и липидного спектра у больных острыми формами ИБС на фоне артериальной гипертонии с метаболическим синдромом в комплексном лечении

Показатели гемостаза	Доноры	Больные принимавшие традиционную терапию +Вазилип20 мг/сутки		Больные принимавшие традиционную терапию + Вазилип 10 мг/сутки	
		исходные	Через 1месяц	исходные	через 1мес
УИА (сек)	15,01±0,7 (p<0,05)	12,75±0,8 (p<0,05)	15,9±0,07 (p<0,05)	12,9±1,0 (p<0,05)	14,72±1,2 (p<0,05)
РФМК (сек)	3,8±0,2 (p<0,05)	7,75±0,4 (p<0,05)	4,2±0,44 (p<0,05)	8,3±0,05 (p<0,05)	4,48±0,5 (p<0,05)
АТ Ш (%)	103,5±7,1 (p<0,05)	70,0±4,2 (p<0,05)	87,2±0,05 (p<0,05)	61,3±0,5 (p<0,05)	85,5±0,1 (p<0,05)
АПТВ (сек)	38,8±2,4 (p<0,05)	27,8±1,0 (p<0,05)	34,5±1,5 (p<0,05)	28,5±3,6 (p<0,05)	34,2±3,1 (p<0,05)
Фибринолиз (мин)	4,45±0,4 (p<0,05)	9,1±0,5 (p<0,05)	5,8±0,5 (p<0,05)	9,9±0,05 (p<0,05)	5,3±0,05 (p<0,05)
ПВ (сек)	16,1±0,1 (p<0,05)	13,68±0,6 (p<0,05)	16±0,1 (p<0,05)	12,4±1,2 (p<0,05)	1539±1,3 (p<0,05)
Холестерин (ммоль/л)	3,8 (p<0,01)	7,1 (p<0,01)	3,0 (p<0,01)	7,0 (p<0,01)	3,5(p<0,01)
Триглицериды (ммоль/л)	1,17±0,07 (p<0,01)	2,23±0,1 (p<0,01)	1,01±0,01 (p<0,01)	2,08±0,1 (p<0,01)	1,38±0,1 (p<0,01)
ХС ЛПНП	2,02 ±0,05 (p<0,01)	4,2±0,45 (p<0,01)	2,2 ±0,5 (p<0,01)	3,7±0,7 (p<0,01)	2,5±0,4 (p<0,01)

Со стороны общеклинических показателей в динамике существенных изменений и ухудшений не наблюдалось.

Таким образом проведенные исследования подтвердили наличие связи между нарушениями липидного обмена, т.е. атерогенными дислипидемиями, и изменениями в системе гемостаза проявляющимися гиперкоагуляцией, снижением противосвёртывающего потенциала крови и повышенной агрегацией тромбоцитов, которые способствует усилению и прогрессированию атеро-тромбогенеза у больных с острыми ИБС на фоне АГ с метаболическим синдром. Включение Вазилипа в терапевтический комплекс в дозе 20 мг/сутки обеспечивает значительную нормализацию показателей системы гемостаза и липидов, чем в дозе 10 мг/сутки.

Литература

1. Аронов Д.М. Каковы результаты лечения симвастатином при длительном (более 10 лет) применении? Возникает ли толерантность к симвастатину? Каковы плеотропные эффекты статинов? // Лечащий врач, 2001, №5-6 .

2. Волков В.И. Фармакотерапия атеросклероза: решенные и нерешенные вопросы // УКЖ, 2003, №4, С. 125-134.

3. Грацианский Н.А. Уроки церивастатина и результаты исследования «Защита сердца» // Consilium medicum, 2003, №3, т. 4.

4. Затейщиков Д.А. Лечение атеросклероза: насколько важно действие статинов на уровень холестерина? // Фарматека, 2003, №6, С. 39-43.

5. Метелица В.И. Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств. М., Бином, 2002, С. 551-619.

6. Арутюнов Г.П. Статины и острые коронарные синдромы. Мы на пороге нового стандарта лечения. Клиническая фармакология и терапия, 10 (3): 2-8 (2001).

7. Климов А.Н., Никульчева Н.Г. Обмен липидов и липопротеидов и его нарушения (Руководство для врачей), СПБ: Питер Ком, 512 с (1999).

8. Агеев Ф.Т., Скворцов А.А., Мареев В.Ю., Беленков Ю.Н. Сердечная недостаточность на фоне ишемической болезни сердца: некоторые вопросы эпидемиологии, патогенеза и лечения // РМЖ.-2000.-№8.-С.15-16.

9. Липовецкий Б.М. Клиническая липидология.-СПБ.: Наука, 119 с (2000).

10.Вавилова Т.В. Антитромботическая терапия и методы ее лабораторного контроля. Клиническая лабораторная диагностика, №12, С.21-32.(2004)

11.Виноградов А.В., Чазов Е.И, Вирхарт А.М. Инфаркт миокарда. М.,1990.

12.Гасилин В.С., Сидаренко В.А. Стенокардия. – 1981.

13. Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов.-М., 1999, 2000.

14. Орлов В.Н. Руководство по ЭКГ. –Л., Медицина. – 1982.

15.Попонина Т.М., Капилевич Н.А., Кистенева И.В., Марков В.А., Новицкий В.В. Влияние дезагрегантов на агрегацию тромбоцитов у больных с ОКС без подъема сегмента ST. Терапевтический архив, №8, С.18-22.(2004)

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ПОКАЗАНИЙ ДЛЯ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОГО И СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Ю.В.Лукьяненко, Е.Ю.Лукьяненко, М.В.Афанасьева, А.В.Котин, А.В.Казакова, П.П.Вязовой

«Наркологический психотерапевтический центр доктора Лукьяненко Ю.В.» г.Тараз

Анализируя практику проведения противоалкогольного лечения, в настоящее время следует признать наличие трех основных подходов: медикаментозного, психотерапевтического и комбинированного. Приверженность тому или иному подходу определяется многими причинами, главной из которых представляется концептуальная установка врача, его видение решения лечебной задачи, профессиональная подготовленность и умение наилучшим образом реализовать творческий потенциал в рамках разных подходов. В данном сообщении мы не преследуем цель сравнивать, а тем более противопоставлять эти подходы, ибо считаем, что при любом варианте хорошая организация лечебного процесса, профессионально подготовленная команда медиков (включая медсестер и нянечек), убежденно делающих свое дело, могут добиться хороших результатов. Тем не менее убеждены, что результаты лечения в рамках разных подходов определяются все же умением индивидуализировать работу с больными (работать с конкретной личностью), обеспечением психотерапевтического опосредования и потенцирования всех компонентов лечебного процесса и вообще умением психотерапевтического воздействия на больных, интуитивного, а лучше профессионального. Нам представляется, что практика лечения больных алкогольной болезнью всегда психотерапевтична, только в одном случае психотерапия составляет стержень лечебного подхода, в других обставляющие и дополняющие компоненты.

«Наркологический психотерапевтический центр (НПЦ) доктора Лукьяненко Ю.В.», как видно из названия специализируется на психотерапевтических подходах к лечению, тем не менее не игнорируя медикаментозное лечение, которое необходимо на определенных этапах терапии с учетом сопутствующих заболеваний и осложнений, вызванных алкогольной зависимостью. НПЦ работает в поликлиническом и стационарном режиме, разрешающие возможности которых различны и определяют отбор и показание к тому или другому варианту помощи. И в поликлиническом и стационарном вариантах помощи применяется комплексное лечение: медикаментозное, психотерапевтическое (различные технологии и методики), физиолечение, ИРТ, апитерапия (лечение пчелиным ядом и производными пчеловодства), лечебный массаж, лечебные коктейли (включая кислородную пенку) и др. Главным критерием для поликлинического лечения являются: первичное обращение за помощью, сформированная до обращения мотивация лечения, возможность проходить лечение без отрыва от трудовой деятельности, активная поддержка семьи и близких людей. На завершающем этапе такого лечения применяются заключающие лечебную программу стрессопсихотерапия с кодирование по А.Р.Довженко (программирование трезвенического поведения); семейная психотерапия с проработкой программ противорецидивного поведения и лечебной реабилитации. На этапе поликлинического лечения завершающей процедурой может быть метод выбора (пациента и врача) – использование психотерапевтических процедур программированного действия (плацебо-процедуры) на медикаментозной основе. Большинство пациентов предпочитают завершить лечение стрессопсихотерапией с кодированием.

В психотерапевтический стационар после тщательного сбора анамнеза направляются более «трудные» больные с множественными предыдущими попытками малоуспешного лечения с проявлениями азоногнозии, с психоорганическими нарушениями, психосоматическими расстройствами, с выраженными изменениями в психоэмоциональной сфере – от невротических, тревожно – депрессивных расстройств до психопатических изменений личности и миксов (сочетанного приема алкоголя, токсикоманических средств или наркотиков, с увлечениями или зависимостью к азартным играм). Не зависимо от одинакового запроса на помощь от алкогольной зависимости, естественно, тяжесть течения болезни у этих больных, объем помощи и прогноз существенно отличаются. Последняя категория больных требует более длительной систематизированной психокоррекционной работы и в плане алкогольной болезни и личностных отклонений, более тщательного обследования, консультаций узких специалистов, более тщательной работы с семьями по созданию режима благоприятствования в закреплении трезвости после проведенного курса лечения.

В стационаре применяются по показаниям все требуемые варианты медикаментозного лечения, индивидуальная и групповые методики психотерапии по личностному росту, эмоциональные и социально бытовые тренинги, музыкотерапия, видеопсихотерапия, библиопсихотерапия, арттерапия, гештальт терапия, телесно ориентированная психотерапия, методики релаксации и саморегуляции. В стационаре мощным лечебным фактором является создание

психотерапевтической среды (в наших прежних публикациях мы это обозначили как обстановочную психотерапию). Высокий уровень деонтологии, доброжелательное отношение к каждому больному с учетом его особенностей, внимание, забота, создание непринужденной и доверительной атмосферы, сервис досуга (тренажерный зал, теннис, бильярд, караоке, библиотека, доступ к тематическим видеоматериалам, экскурсии по достопримечательным местам, выпускные вечера, фотографии на память и многое другое). Все вместе взятое создает благоприятствующую среду в стационаре, эффект коллективного индуцирования на активное участие в занятиях, комплаентное отношение ко всему лечебному процессу, снижает резко факты отклоняющегося поведения, нарушения режима, так как создает среду единомышленников взаимно коррегирующих друг друга.

В процесс стационарного лечения активно вовлекается семья больного, прорабатываются индивидуальные программы противорецидивного поведения и реабилитации. Стационарные больные надолго сохраняют привязанность к лечебному центру, сотрудникам, поддерживают отношения перепиской, звонками, поздравлениями к праздникам. Формируется своего рода «родство» по совместной работе, усилиям, помогает нам сохранить обратную связь с выпускниками. Стационарные больные завершают лечение чаще всего стрессопсихотерапией с кодированием на трезвость, иногда избирают краткосрочные программируемые методики (на основе плацебо-эффекта), иногда считают достаточным основного стационарного курса лечения. Право выбора завершения лечения сохраняется за больными, не исключая, конечно, наших рекомендаций и аргументаций. Такая схема лечения выдерживается нами уже на протяжении 24-х лет. В первые годы работы мы старались объективно отслеживать катамнестические данные через письма, запросы, но потом это стало физически невозможным из-за большого количества пролеченных больных, да и нецелесообразно. Мы проповедуем добровольность обращения и лечения, а своими запросами, как бы подвергаем сомнениям успех лечения и навязываем невостребованное опекунство. В наших прошлых исследованиях результативности лечения амбулаторного и стационарного, где использовался метод запросов, отчетов (1988-1989 г.г.) при всех погрешностях мы получали достаточно высокий уровень результативности в пределах 93-95% при годичной ремиссии и 80-85% при 2-х годичной ремиссии. Более того, мы не обнаружили существенной разницы в результативности при амбулаторном применении стрессопсихотерапии с кодированием и после стационарного лечения со всей мощной психотерапевтической программой лечения. Но! Если учесть, что в стационар направлялся более тяжелый и менее прогностически благоприятный контингент больных, дающий почти такую же катамнестическую результативность, то становится ясным, что углубленная стационарная программа психотерапевтического лечения себя оправдывает.

Последние годы в связи с введенной анонимностью лечения мы не можем собрать для анализа эффективности лечения репрезентативную выборку. Тем не менее, больные получают свой шифр или оформляются под фамилией родственников (им рекомендуется запомнить, записать, чтобы при следующих обращениях, мы могли найти их карточки или истории болезней, которые внесены в компьютерную программу), поэтому у нас сохраняется пусть и не в прежнем объеме информация о больных. Основным источником получения информации о катамнезах пролеченных больных являются сведения о них от приехавших на лечение по их рекомендациям родственников и знакомых, а к нам едут в основном по рекомендациям, а не по редкой рекламе. С пролеченными пациентами у нас четкая договоренность – не нужно обязательных отчетов через 1-2-3-5 лет, но в случаях нарушения режима трезвости немедленно сообщать нам об этом. Это связано с необходимостью снятия кода во избежании возможных осложнений и дачи необходимых рекомендаций последующего поведения и лечения. Надо сказать, что о рецидивах нам сообщают практически всегда, в то время как об успехах в лечении чаще сообщают другие люди, знающие их и обращающиеся за лечением по их рекомендациям. Таким образом, мы все равно получаем обратную связь и, надо сказать, что спустя много лет тенденции результативности мало меняются, касается ли это поликлинических или стационарных форм лечения.

РЕЗЮМЕ.

Вышесказанное дает нам основание считать:

1. Важен тщательный отбор по показаниям для поликлинического применения ведущего метода стрессопсихотерапии или после стационарной подготовки.

2. Важно создание психотерапевтической среды для лечения, использования различных психотерапевтических технологий (лечение должно быть комплексным, массированным, насыщенным, реконструирующим личность больного).

3. Главным в результативности лечения должно быть создание комплаентной настроенности пациента на лечение и результат, которую нужно всячески создавать.

4. Важно сделать пациента активным, заинтересованным участником лечебного процесса (та же комплаентность), а не потребителем медицинских услуг.

5. Важно самому медперсоналу верить в

успех лечения и передавать эту веру больному.

6. Лечение амбулаторное и стационарное обязательно должно завершаться отработкой программ противорецидивного поведения и реабилитации.

Только в этом случае можно ждать хороших результатов и при амбулаторном и при стационарном лечении, не противопоставляя их друг другу, а дифференцированно определять показания к их назначению. И не пугаться случаев рецидивов, а повторять лечение, меняя тактику и стратегию, меняя врачебную курацию, методику завершающего лечения, не забывая о хроническом характере болезни и отсутствии радикальных, гарантирующих методик лечения.

Профессиональный, выверенный подход при лечении алкогольной зависимости во многом определяет ее исход

ТОО «МЕДРЕМЗАВОД» ПРЕДЛАГАЕТ

Сегодня хотелось бы поговорить о консолях медицинских, ведь они являются одной и составляющих деталей оборудования для распределения медицинских газов, являющееся важнейшим оснащением мед. учреждений для жизнеобеспечения пациентов.

Говоря о системах распределения медицинских газов и вакуум аспираций, нельзя оставить незамеченным то, что ТОО «Медремзавод» зарекомендовало себя, как компания с 30-ти летним стажем работы по оснащению медицинских учреждений системой распределения медицинских газов и вакуум аспираций и является одной из лидирующих компаний в этой сфере. Также, основными видами деятельности завода являются: продажа медицинского оборудования и изделий медицинской техники; ремонт и монтаж сосудов, работающих под давлением (автоклавы), монтаж систем распределения медицинских газов и вакуум аспираций; монтаж и замер контуров заземления; ремонт оптических приборов; производства вытяжных шкафов и медицинской мебели по заказу; реставрация медицинской техники; поставка, сервисное обслуживание и ремонт компьютерной техники .

И так продолжая нашу тему: консоли медицинские…, что это?

Консоль (медицинская) для распределения медицинских газов - это внутрипалатное оборудование больниц, в которые встраиваются выходы различных газов - газовые терминалы, розетки, системы вызова мед. персонала, системы обеззараживания воздуха, полки и прочее необходимое для пациента оборудование. Эти системы помогают обеспечить оперативную подачу сжатых медицинских газов и электропитания непосредственно к рабочему месту анестезиолога-реаниматолога. Консоли бывают палатными, реанимационными и операционными

Консоли позволяют компактно поместить медицинскую технику в отделениях реанимации и интенсивной терапии, сосредоточить всю необходимую диагностическую и лечебную аппаратуру вокруг больного, обеспечивая при этом максимальный доступ медработников различного профиля.

В зависимости от планировки помещения консоли выполняются с различными способами крепления, дизайном и комплектацией: настенные консоли, консоли на опорах, реанимационные стойки с креплением, потолочные консоли, а так же палатные консоли. Потолочные консоли делятся на два типа: «Мост» и «Колона».

Рассмотрим каждый вид крепления консолей отдельно.

• Настенные консоли – это наиболее универсальный вид. Помимо базовой комплектации эти консоли могут оснащаться любым дополнительным оборудованием и могут выполняться в двух вариантах: однорядные, двухрядные.

В однорядной консоли элементы электрооборудования и газовые клапаны расположены в одном ряду в изолированных секциях.

В двухрядной консоли в верхнем ряду расположены элементы силового (розетки, блоки предохранителей) и сигнального (звонок, радио, телефон) оборудования, в нижнем ряду - газовые клапанные системы и трубопроводы.

• Консоли на опорах. Такой вид крепления консолей позволяет расположить койку пациента на любом расстоянии от стен или рядом с окном. Все необходимые медицинские газы и электропроводка размещаются внутри опор консоли, что защищает их от любого внешнего воздействия.

• Реанимационные стойки с креплением. Также как и в случае с консолями на опорах, стойки с креплением размещаются в палатах с особой планировкой, когда невозможно установить консоль на стене или подвесить ее на потолок. Реанимационные стойки такого типа крепятся одновременно к полу и к потолку, но при этом не создают дополнительной нагрузки на потолочное перекрытие. Все газовые и электрические коммуникации подводятся через опоры стойки.

• Потолочная консоль оснащается специальной системой, которая создает широкие возможности для перемещения рабочего блока в любых плоскостях. Как правило, такой тип консолей используется в операционных и родильных залах.

Перемещение рабочего блока по вертикали может производиться вручную, но для удобства потолочная консоль может оснащаться электроприводом, то есть для перемещения рабочего блока достаточно воспользоваться специальной кнопкой.

Рабочий блок может перемещаться не только вертикально, но и по горизонтали. То есть потолочная консоль может вращаться вокруг оси платформы, а рабочий блок – вокруг своей оси. Это позволяет в считанные секунды переместить рабочий блок в необходимое положение, оперативно подключить пациента к источникам медицинских газов или убрать аппаратуру от операционного стола, если в ней нет необходимости.

Потолочные консоли типа «Мост» – это абсолютный аналог медицинских консолей на опорах. Разница между ними заключается лишь в способе крепления: консоли на опорах крепятся к полу, а потолочные – к потолку. Применяется такой тип консолей, как правило, если медицинские газы и электропроводка в помещении проведены сверху.

Потолочная консоль типа «Колонна» - это более простой и экономичный вариант по сравнению с подвесными потолочными консолями, так как она имеет меньше возможностей переме-

щения в пространстве (вращается только рабочий блок подачи газов). При этом все остальные ключевые преимущества медицинских консолей присущи ей в равной мере. Потолочные консоли типа «Колонна» как правило, используются в операционных и родильных залах и крепятся к потолочному перекрытию.

• Палатная консоль размещается в больничных палатах. Использование палатных консолей помогает улучшить условия работы медицинского персонала с пациентом и способствует быстрой адаптации больного в больничной обстановке.

В следующей нашей статье мы раскажем и подскажем Вам в выборе самого экономически разумного способа обеспечения медицинским кислородом.