

Павлодар, Солтүстік-Қазақстан, Оңтүстік-Қазақстан облыстарындағы 40-жастан асқан 2210 адамның тобық сүйегінің минералдық тығыздығын ультрадыбыстық (денситометр SONOST 3000, Оңт.Корея) остеоденситометрия жасаумен T-score және Z-score көрсеткіштері бағаланды. Республика бойынша остеопороз 22,2%, остеопения – 53,2% деңгейінде анықталды. Республиканың түрлі өңірлеріндегі остеопороздың кездесу жиілігі 14,7%-бен 29,4% аралығын құрады. Түрлі жас топтары бойынша әйелдерде остеопороз 23,0%, остеопения – 53,6%, ал ерлерде 18,5% және остеопения 51,5% анықталған. Қалалық және ауылдық тұрғындардың сүйек тіні минералдық тығыздығының төмендеуі 73,7% және 76,8% көрсеткіште байқалып, біршамада екенін көрсетті.

Негізгі сөздер: сүйек тінінің минералдық тығыздығы, остеопороз, остеопения, ультрадыбыстық денситометрия.

SUMMARY

PREVALENCE OF OSTEOPOROSIS AMONG POPULATION OF ELDEST AGE GROUPS ACCORDING TO DATA OF SONOGRAPHIC SCREENING INVESTIGATIONS IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

T. S. Sharmanov, R.A. Shakieva,
D.S. Suleimenova

Kazakh Academy of nutrition, Almaty c.

The goal of the investigation was to obtain qualitative epidemiological data on osteoporosis prevalence among population of eldest age groups in the Republic of Kazakhstan. The authors determined mineral density in osseous tissues by ultrasound densitometry of heel bone (Densitometer SONOST 3000, South Korea) with evaluation through T-score and Z-score.

The study was conducted in people older than 40 years old (N=2210) from Akmolinskaya, Almatinskaya, East Kazakhstanskaya, Karagandinskaya, Kostanayskaya, Kzylordinskaya, Mangistauskaya, Pavlodarskaya, North and South Kazakhstanskaya oblasts as well as in the cities of Astana and Almaty.

In average, osteoporosis was diagnosed in 22.2% and osteopenia in 53.2% of the respondents. Osteoporosis prevalence deviations were in the range of 14.7% to 29.4% in different regions of the republic.

Osteoporosis was revealed in 23% of females of different age groups and osteopenia was diagnosed in 53.6%. In males, osteoporosis was revealed in 18.5% and osteopenia was diagnosed in 51.6%. The decrease in mineral density of bone tissues of the urban and rural populations was approximately the same – 73.7% and 76.8%, accordingly.

Key words: mineral density of bone tissues, osteoposis, osteopenia and ultrasound densitometry.

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОЛИЧЕСТВА ГОСПИТАЛИЗИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ, ВОЗРАСТНОЙ СТРУКТУРЫ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ЗА ОПРЕДЕЛЕННЫЙ ПЕРИОД

С.К. БЕКМУХАМБЕТОВ

Городская инфекционная больница, г. Уральск, ЗКО

Цель исследования – проследить динамику госпитализации (инфекционных) больных с инфекционной патологией в Городскую инфекционную больницу, анализировать возрастной состав (взрослые и дети), отразить динамику летальности по стационару с 1996 по 2010 годы.

Задачи исследования – провести анализ и интерпретировать число госпитализированных больных, возрастной состав и летальность в определенные периоды на протяжении 15 лет, на определенных этапах показать взаимосвязь вышеуказанных показателей (параметров) с экономическим положением и состоянием здравоохранения страны.

Материал и методы

Отчеты и анализы деятельности медицинской организации с 1996 по 2010 гг. (статистические данные).

Структура лечебных отделений ГУ «Городская инфекционная больница» выглядела следующим образом:

1 отделение (смешанных инфекций) – на 65 коек, из них 5 коек детские;

2 отделение (вирусных гепатитов) – на 65 коек, из них 25 коек для детей;

3 детское отделение (инвазивное) – на 35 коек;

4 детское отделение (секреторное) – на 35 коек.

Всего по стационару 200 коек: для взрослых пациентов 100 коек, детских также 100, в том числе отделение реанимации интенсивной терапии на 6 коек.

2010 год явился годом завершения второго этапа «Государственной программы реформирования и развития здравоохранения в РК» с 2005-2010 гг., одним из важнейших направлений которой явились обеспечение

санитарно-эпидемиологического благополучия населения и снижение инфекционной заболеваемости. Государственная программа положительно повлияла на показатели деятельности медицинской организации.

В отделения больницы госпитализируют больных с различной инфекционной патологией: воздушно-капельные инфекции вирусной и бактериальной этиологии, острые кишечные инфекции (сальмонеллез, дизентерия, энтеропатогенная коли-инфекция, гастроэнтероколиты), острые и хронические вирусные гепатиты, инфицированных ВИЧ, больные СПИДом, стрептококковая инфекция (рожа, скарлатина), зоонозы, гельминтозы и т.д.

В работе представлена динамика госпитализированных больных за довольно длительный период – с 1996 по 2010 годы, возрастной состав больных, показатели общебольничной летальности и летальности среди детей.

Разрабатывая таблицы, было целесообразно условно разделить пятнадцатилетние наблюдения на три периода: с 1996 по 2000 гг., с 2001 по 2005 гг., 2006-2010 гг.

Анализируя вышеописанные периоды, отмечаем:

Самая высокая летальность при низкой госпитализации (см. таб. 1) отмечалась в период с 1996 по 2000 годы. Ежегодно через стационар проходило в среднем 2896 больных, количество взрослых составляло 44,3%, дети – 55,7%. Общебольничная летальность составила 0,7%, летальность от инфекционных заболеваний 0,5%. Количество умерших детей (с 1996 по 2000 гг.) составило от 64,2 до 68,0% от общего количества умерших.

Следует учесть, что данный период характеризуется тяжелым экономическим положением в стране, в том числе и в здравоохранении.

Таблица 1

Период	1996	1997	1998	1999	2000	Среднее значение
Всего прошло больных	2995	3224	2940	2446	2876	2896
Из них взрослые	1312 43,8%	1372 42,4%	1350 45,9%	1189 48,6%	1177 40,9%	1280 44,3%
Из них дети в возрасте от 0 до 14 лет	1683 56,2%	1862 57,6%	1590 54,1%	1257 51,4%	1699 59,1%	1616 55,7%
Дети в возрасте до 1 года	339	294	309	264	528	346
Умерло всего	25	23	23	14	18	20
Общепольничная летальность	0,8	0,7	0,8	0,6	0,6	0,7
Летальность от инфекционных заболеваний	0,7	0,5	0,2	0,6	0,5	0,5
Умерло детей в возрасте от 0 до 14 лет	17	10	9	9	9	10

Таблица 2

Период	2001	2002	2003	2004	2005	Среднее значение
Всего прошло больных	3621	3648	4096	3968	4812	4029
Из них взрослые	1385 38,2%	1333 36,5%	1530 37,3%	1701 42,8%	1752 36,4%	1540 38,2%
Из них дети в возрасте от 0 до 14 лет	2236 61,8%	2315 63,5%	2566 62,7%	2267 57,2%	3060 63,6%	2489 61,8%
Дети в возрасте до 1 года	704	809	901	861	1194	894
Умерло всего	17	15	11	15	8	13
Общепольничная летальность	0,5	0,4	0,3	0,4	0,2	0,36
Летальность от инфекционных заболеваний	0,3	0,3	0,3	0,2	0,1	0,24
Умерло детей в возрасте от 0 до 14 лет	12	11	6	9	7	9

Таблица 3

Период	2006	2007	2008	2009	2010	Среднее значение
Всего прошло больных	4481	4226	4104	5521	5533	4773
Из них взрослые	1680 37,4%	1795 42,4%	1490 36,3%	1785 32,3%	1414 25,5%	1633 34,8%
Из них дети в возрасте от 0 до 14 лет	2801 62,6%	2431 57,6%	2614 63,7%	3736 67,7%	4119 74,5%	3140 65,2%
Дети в возрасте до 1 года	1062	805	928	1324	1403	1104
Умерло всего	14	13	8	18	17	14
Общепольничная летальность	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,28
Летальность от инфекционных заболеваний	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Умерло детей в возрасте от 0 до 14 лет	12	5	4	9	9	8

В следующем периоде с 2001-2005 гг. увеличивается ежегодное количество госпитализированных больных – в среднем 4029, общепольничная летальность уменьшилась вдвое – показатель 0,36%, летальность от инфекционных заболеваний – 0,24%. Изменилось процентное соотношение взрослых и детей: взрослые – 38,2%; дети – 61,8%. Умершие дети составили от 70,5 до 87,5% от общего количества умерших.

В период с 2006-2010 гг. продолжает увеличиваться ежегодное количество госпитализированных больных в среднем до 4773 в год, продолжает изменяться процентное соотношение последних (взрослые – 34,8%, дети – 65,2%). Продолжает снижаться общепольничная летальность – в среднем составила 0,28%, летальность от инфекционных заболеваний – 0,2; количество умерших детей в этот период составило 57% от общего числа умерших.

Выводы

Наряду с увеличением общего количества госпитализированных больных изменяется процентное соотношение

возрастной структуры (взрослые в сторону снижения, дети в сторону увеличения).

Растет число госпитализированных детей в возрасте до 1 года, особенно начиная с 2000-2001 годов, и доля их составляет 1/4 часть от общего количества госпитализированных больных (23,0-25,0%), или 1/3 от общего количества госпитализированных детей (около 35%). Данное явление можно связать с началом роста рождаемости в республике, рост числа госпитализированных детей от 0 до 1 года обычно связан со сниженным иммунитетом детей первого года жизни.

Экономическое положение страны существенно влияет на динамику количества госпитализации, показатель летальности, а также сказывается эффективность Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Жижин К.С. Медицинская статистика. Ростов-

на-Дону: Феникс, 2007. – 160 с.; 2. Отчеты и анализ деятельности медицинской организации с 1996-2010 гг. (статистические данные); 3. Государственная Программа реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 гг. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438; 4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2007 г. №1325 «Об утверждении Программы по снижению материнской и детской смертности в РК на 2008-2010 годы».

Т Ж Ы Р Ы М

БЕЛГІЛІ БІР КЕЗЕНДЕГІ АУРУХАНАҒА ЖАТҚЫЗЫЛҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ САНЫНЫҢ, ЖАСТЫҚ ҚҰРЫЛЫМНЫҢ ЖӘНЕ ӨЛІМ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫ

С.К. Бекмухамбетов

Қалалық инфекциялық аурухана, Орал қ., БҚО

Осы мақалада 1996-2010 жылдардың ішінде ауруханаға жатқызылған науқастардың санының, жастық құрылымның (ересектер мен балалар) және өзгерістердің динамикасы мен өзара байланысы көрсетілген. Саннан және жастық

құрылымнан өлім көрсеткіштерінің (жалпы, балалар, жұқпалы аурулардан) айқын өзара байланысы, сонымен қатар 2005-2010 жылдарға арналған ҚР Мемлекеттік денсаулықты сақтауды реформалау және дамыту бағдарламасының медициналық мекемелердің жұмысына оң әсері көрсетілген.

S U M M A R Y

INTERRELATION OF THE QUANTITY OF HOSPITALIZED PATIENTS, AGE STRUCTURE AND LETHALITY RATE FOR DEFINITE PERIOD

S.K. Bektukhambetov

City infectious diseases hospital, Uralsk c., ZKO

This article shows the dynamics and interrelation of the quantity of hospitalized patients, age structure (children and adults) and changes during the period of 1996-2010 years. There is clear interrelation of lethality rates (total, child and infectious lethality rates) with the quantity and age structure as well as the positive influence of the State Program for Reforming and Development of the Public Health in RK for 2005-2010 years on the performance of medical organization.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ И СТРУКТУРЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ, В ЦЕНТРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, Г. АЛМАТЫ

К.С. БАЙМАҒАНБЕТОВА

Центр психического здоровья, г. Алматы

Наличие хронического психического заболевания у пациента является высоким риском в плане летального исхода. К неблагоприятному исходу психической болезни может привести неправильный образ жизни больного: нарушение качества и режима питания с преобладанием углеводов, наличие вредных привычек, социальная дезадаптация, длительный (годами) прием психотропных препаратов, а также несвоевременность предпринимаемых медицинской и социальной службой реабилитационных мер в отношении конкретного пациента.

Структура смертности среди психических больных остается в целом соответствующей общей популяции смертности среди населения, но удельный вес летальности среди психически больных высок в силу не только тяжести психической патологии, но и атипичности протекания коморбидных соматических патологических состояний. В первую очередь, сохраняется частота летальных исходов от инфаркта миокарда [1]. Многие психотропные препараты, принимаемые годами больными, кумулируют и негативно влияют на сердечно-сосудистую систему и при высоких дозах и длительном курсе лечения могут спровоцировать ухудшение уже в определенной степени декомпенсированных сердечных заболеваний со смертельным исходом [6]. Из-за риска для здоровья больных остаются до сих пор открытыми вопросы подбора индивидуальных дозировок психотропных препаратов и практического осуществления мониторинга концентрации препаратов в крови психически больных, необходимости длительных, непрерывных курсов психотропной терапии [4, 5, 6, 7]. При психической патологии достаточно часто встречается расторможенность влечений

(алкоголизация, курение), приводящие к развитию в последующем ХОБЛ, и смертность от ХОБЛ не редкость в психиатрической практике [2]. Порой тяжесть психической патологии и соматической патологии больного настолько переплетены, что в пору говорить о полиорганный недостаточности, практически одновременно задействованы в патологическом комплексе основные жизненные органы, что приводит к смерти больных [1, 3]. Относительно редко встречается смерть больного от хирургической патологии, в частности от сепсиса, кишечной непроходимости, ущемления грыжи и др. [5].

Материал и методы

Метод сплошной выборки для исследования случаев смерти больных в стационаре Центра психического здоровья за период с 2005 по 9 месяцев 2011 годов и статистической обработки полученных данных. Всего за шесть неполных лет в стационаре Центра умерло 45 больных из пролеченных 20936 больных. Вариабельность показателя летальности по годам от 0,10 до 0,36, что значительно ниже республиканского показателя.

Таким образом, ежегодно, кроме 2011 года, больше умирало больных мужского пола. Факторов, способствующих такой гендерной неравности, множество, ведущие из которых: образ жизни с вредными привычками, несбалансированность питания психически больных, со склонностью их к приему преимущественно углеводной

Таблица 1

Динамика летальных случаев по годам

	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	9 мес 2011 г.
Мужчины	4	3	4	3	6	5	1
Женщины	2	1	4	2	2	4	4
Дети	0	0	0	0	0	0	0
Итого	6	4	8	5	8	9	5