

(ESC 2007) [10], the diagnosis and treatment of cardiovascular diseases during pregnancy (ESC 2011) [11].

Results and Discussion: Over the years of observations, there was an increase by three times in congenital heart defects accounting for 74.74%, compared to acquired heart defects. Late detection of heart defects in pregnant women, and a large percentage of pregnancy secondary to uncorrected forms of congenital heart defects (83.33%) and acquired heart defects (81.25%) indicates low prophylactic and therapeutic work and dictates the need for proper implementation of the State Program "Salamatty Kazakstan". The diagnostic markers of early preclinical structural and functional changes are the ratio index "the left ventricular end diastolic dimension/ the right ventricular anterior-posterior dimension" suggested by us. One of the essential risk of cardiovascular complication is pulmonary hypertension. The increase in pulmonary hypertension in the third trimester contributed to the premature induction of labor

and the birth of premature infants; there was intrauterine growth retardation. Heart defect and pregnancy induce the development of congenital malformation и congenital heart defect in the fetus. Among the women with heart defects in the third trimester, the signs of heart failure were the cause of cesarean section. In each case, the question of the mode of delivery in pregnant women with heart defects was solved individually.

Conclusion: There was an increase in congenital heart defects and a decrease in acquired heart defects in the pregnant women in a ratio of 3:1. Spontaneous vaginal deliveries against heart defects are possible for the pregnant women with low risk group of cardiovascular complication. Pregnancy is strictly contraindicated for women with heart defects in the presence of high pulmonary hypertension.

**Key words:** congenital and acquired heart defects, cardiovascular complications, pregnancy and perinatal outcomes.

## НЕВРОЛОГИЯ

УДК 314.48+616.8-00 (574)

К.А. УМИРЗАХОВА<sup>1,3</sup>, Н.С. ИГИСИНОВ<sup>1,2</sup>, С.А. ВАЛИЕВА<sup>4</sup>, С.В. САРСЕНОВА<sup>5</sup>

<sup>1</sup>ОО «Central Asian Cancer Institute», г. Астана

<sup>2</sup>Медицинский центр УДП РК, г. Астана

<sup>3</sup>РГП на ПХВ «НИИ травматологии и ортопедии», г. Астана,

<sup>4</sup>Алматинский государственный института усовершенствования врачей, филиал в г. Астана,

<sup>5</sup>АО «Медицинский университет Астана», г. Астана

## ОЦЕНКА СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ОТ БОЛЕЗНЕЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В КАЗАХСТАНЕ

Изучены особенности смертности населения республики в целом от болезней нервной системы (БНС). Материалом послужили данные Агентства РК по статистике (форма С51) о смертности от БНС. Исследование ретроспективное за 8 лет (2004-2011). В результате установлено, что показатель смертности от БНС составил  $10,4 \pm 0,9^{0/0000}$ . Анализ возрастных показателей смертности выявил пик смертности в 70 лет и старше. При этом возрастные показатели смертности снижались лишь в 30-39 лет, а в остальных группах растут, и темпы прироста показателей смертности нарастают.

**Ключевые слова:** болезни нервной системы, смертность, возраст, тренд.

Заболевания нервной системы в настоящее время являются не только медицинской, но и социальной проблемой. Цереброваскулярные заболевания, заболевания периферической нервной системы, черепно-мозговая травма и эпилепсия в значительной степени обуславливают заболеваемость, инвалидность и смертность взрослого населения экономически развитых стран [1, 2]. Так, в соседней России смертность от сосудистых заболеваний – одна из самых высоких в мире: в 1998 г. – 279,3 случая на 100 тыс. населения [3]. Особый интерес вызывает изучение особенностей смертности в целом от болезней нервной системы в республике, которые проанализированы в данной статье.

### Материал и методы

Материалом исследования послужили данные Агентства Республики Казахстан по статистике (форма С51) о смертности населения от БНС в целом (G01-G99), а также данные о численности населения [6, 7]. Изучаемый период составил 8 лет (2004-2011 гг.). По общепринятым методам медицинской статистики [8] вычислены экстенсивные, интенсивные, стандартизованные (мировой, европейский, африканский стандарты) и выравненные показатели смертности населения от БНС. Стандартизо-

ванный показатель вычислен прямым методом, при этом использовано мировое стандартное население. Динамика показателей смертности изучена за 8 лет, при этом тренды определены методом наименьших квадратов. Определены среднегодовые значения (P), средняя ошибка (m), 95% доверительный интервал (95% ДИ), среднегодовые темпы прироста (Тпр, %) и убыли (Туб, %).

### Результаты и обсуждение

За изучаемый период в целом от БНС в Казахстане умерло 13 056 человек. Удельный вес умерших от БНС по возрастным группам представлен на рисунке 1.

При этом наибольший удельный вес умерших приходился на возраст до 5 лет и составил 12,7%, соответственно.

Среднегодовой возраст умерших от БНС составил  $41,5 \pm 1,4$  года (95% ДИ=38,7-44,3 года). В динамике выравненные показатели данного показателя имели тенденцию к росту с 37,7 года до 45,3 года, а среднегодовой темпы прироста составил  $T_{пр} = +2,7\%$ .

Среднегодовой грубый показатель смертности от БНС в республике составил  $10,4 \pm 0,9^{0/0000}$  (95% ДИ=8,6-12,2<sup>0/0000</sup>). В динамике смертность всего населения от БНС растет с  $9,8 \pm 0,3^{0/0000}$  (2004 г.) до  $16,1 \pm 0,3^{0/0000}$  в 2010

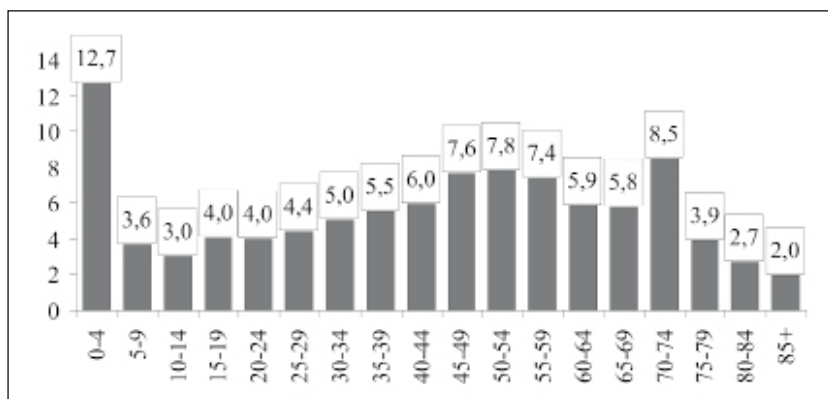


Рисунок 1 – Удельный вес умерших от БНС в Казахстане по возрастным группам за 2004-2011 гг.

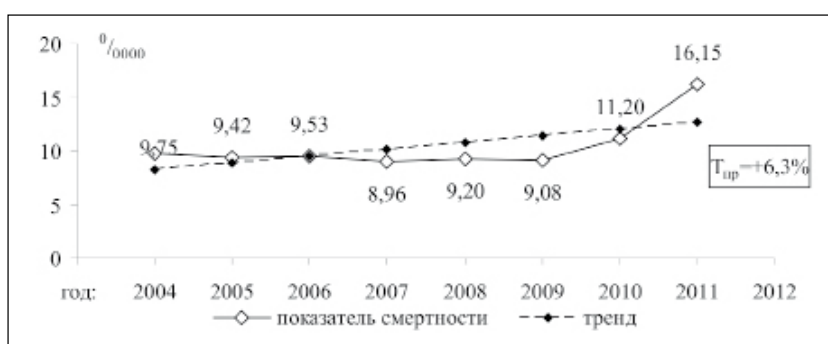


Рисунок 2 – Динамика показателей смертности всего населения от БНС в Казахстане за 2004-2011 гг.

году, т.е. отмечено увеличение в 1,6 раза, что вызывает опасение с чем вызван такой рост смертности от БНС. При выравнивании показатели также растут, а среднегодовой темп прироста составил  $T_{пр}=+6,3\%$ , т.е. из года в год смертность растет на указанный процент (рис. 2).

Возрастные показатели смертности всего населения (по десятилетиям) от БНС в республике были самыми высокими в возрастной группе 70 лет и старше –  $37,7 \pm 9,4\text{‰}/10000$  (95% ДИ=19,3-56,0 $\text{‰}/10000$ ). Выравненные показатели в данной возрастной группе имели тенденцию к росту, а среднегодовой темп прироста показателей смертности в данной возрастной группе был самым высоким  $T_{пр}=+27,2\%$  (табл. 1).

Таблица 1 – Среднегодовые возрастные показатели смертности всего населения Казахстана от БНС за 2004-2011 гг.

Возрастные группы, лет	Смертность, 0/0000		Т <sub>пр</sub> /уб, %
	Р±m	95% ДИ	
00-29	6,4±0,1	6,1-6,7	+1,2
30-39	7,6±0,3	7,0-8,2	±1,3
40-49	10,4±0,4	9,5-11,2	+0,8
50-59	16,4±1,3	13,8-19,1	+2,7
60-69	22,2±4,6	13,3-31,2	+18,1
70+	37,7±9,4	19,3-56,0	+27,0
Всего	10,4±0,9	8,6-12,2	+6,3

Как видно из таблицы, во всех возрастных группах тренды смертности растут, за исключением возрастной группы 30-39 лет, где отмечено снижение показателей смертности от БНС ( $T_{пр}=-1,3\%$ ).

С целью элиминирования возрастного состава всего

населения республики были вычислены стандартизованные показатели смертности (мировой, европейский, африканский). Так, среднегодовой стандартизованной показатель (мировой стандарт) смертности от БНС составил  $10,3 \pm 0,9\text{‰}/10000$  (95% ДИ=8,5–12,1 $\text{‰}/10000$ ). Мировой стандарт смертности от БНС в динамике имеет резкую тенденцию к росту с  $9,7 \pm 0,3$  (2004 г.) до  $15,9 \pm 0,3\text{‰}/10000$  в 2011 году.

При выравнивании мирового стандарта также отмечена тенденция к увеличению ( $T_{пр}=+7,3\%$ ). Аналогичная картина наблюдалась и при анализе африканского и европейского стандартов смертности населения от БНС в республике (рис. 3).

**Выводы**

В Казахстане за 2004-2011 гг. было зарегистрировано 13 056 случаев смертей от БНС. При этом средний возраст умерших составил 41,5 года, хотя тренды указывают в динамике на «старение». Показатели смертности от БНС растут, при этом надо отметить, что среднегодовые темпы прироста внушительные. Возрастные показатели смертности имели унимодальный рост с пиком в 70 лет и старше, в этой группе тренды были самыми высокими. Тренды возрастных показателей смертности от БНС имели тенденцию к снижению лишь в возрасте 30-39 лет. Стандартизован-

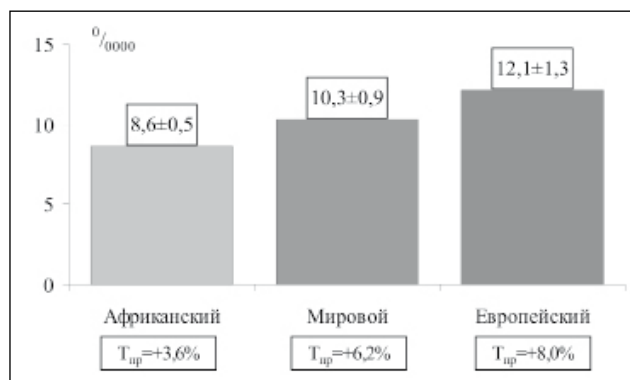


Рисунок 3 – Стандартизованные показатели смертности всего населения от БНС в Казахстане за 2004-2011 гг.

ные показатели смертности не имели статистической разницы при сравнении с грубыми показателями, т.е. использованные стандартные возрастные составы населения не влияли на показатели смертности, и они были таковыми. В динамике выравненные стандарты имели тенденцию к росту. Выяснение особенностей смертности от БНС с учетом половозрастных особенностей, региона проживания, а также оценка «утраченного жизненного потенциала» при смертности от БНС в Казахстане будут приоритетами наших будущих исследований.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1 Антонов И.П., Лупьян Я.А. Справочник для диагностики и программирования нервных болезней в таблицах и перечнях. – Минск: Беларусь, 1986. – 288 с.  
2 Кадырова З.А. Основные факторы риска и профилак-

тики сосудистых заболеваний головного мозга у коренных и некоренных жителей (на модели исслед. г. Фрунзе): автореф... дисс. канд. мед. наук: 14.00.13. – Новосибирск, 1986. – 22 с.

3 Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистрация инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы // Журн. неврол. и психиатр. – 2001. – №1. – С. 34-40

4 Демографический ежегодник регионов Казахстана. Статистический сборник. – Алматы, 2006. – 548 с.

5 Демографический ежегодник Казахстана, 2008. Статистический сборник. – Астаны, 2009. – 637 с.

6 Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. – Л., Медицина, 1974. – 384 с.

**Т Ұ Ж Ы Р Ы М**

**К.А. УМИРЗАХОВА<sup>1,3</sup> Н.С. ИГИСИНОВ<sup>1,2</sup>,**

**С.А. ВАЛИЕВА<sup>4</sup>, С.В. САРСЕНОВА<sup>5</sup>**

<sup>1</sup> «Central Asian Cancer Institute» ҚҚ, Астана қ., Қазақстан

<sup>2</sup> ҚР Президентінің Іс бақармасының медициналық орталығы, Астана қ.

<sup>3</sup> «Травматология және ортопедия ФЗИ»

ШЖҚ-дағы РМК, Астана қ.,

<sup>4</sup> Алматы мемлекеттік дәрігерлер біліктілігін жетілдіру институтының Астана қаласындағы филиалы,

<sup>5</sup> «Астана медициналық университеті» АҚ, Астана қ.

**ҚАЗАҚСТАНДА ХАЛЫҚТЫҢ ЖҮЙКЕ ЖҮЙЕСІ АУРУЛАРЫНАН ӨЛІМ-ЖІТІМІН БАҒАЛАУ**

Атап айтқанда біздің республикамызда әсіресе, эпидемиологиялық зерттеулер жеткіліксіз аурулар бойынша дескриптивтік зерттеулердің өзектілігі күмән туғызбайды.

**Зерттеудің мақсаты:** Қазақстанда жүйке жүйесі ауруларынан өлім-жітімді зерделелеу.

**Материал мен әдістері:** Зерттеу материалы ретінде Қазақстан Республикасының Статистика жөніндегі агенттігінің тұтастай алғанда халықтың ЖЖА-нан өлім-жітімі (G01-G99) туралы деректері (G51 нысаны), сондай-ақ 2004-2011 жылдар ішіндегі халық саны туралы деректері алынды.

**Нәтижелері:** Трендтер динамикада «қартаюды» көрсеткенімен өлгендердің орташа жасы 41,5 жасты құрағаны белгілі болды. ЖЖА-дан өлім-жітімнің жылдық орташа көрсеткіші  $10,4 \pm 0,9\%$  құрайды. Өлім-жітімнің жас көрсеткіштерінің талдамасы өлім-жітімнің шыңы 70 жас және

одан жоғары екенін анықтады. Бұл ретте өлім-жітімнің жас көрсеткіштері тек 30-39 жаста төмендеп, қалған топтарда артып отырған, ал өлім-жітім көрсеткіштерінің өсу қарқыны алаңдатады.

Осылайша, аталған бағыттағы зерттеулер экзогендік және эндогендік тәуекел факторларының әсерін ескере отырып, жалғастыру қажет.

**Негізгі сөздер:** жүйке жүйесінің аурулары, өлім-жітім, жас, тренд.

**S U M M A R Y**

**K.A. UMRZANOVA<sup>1,3</sup>, N.S. IGISINOV<sup>1,2</sup>, S.A. VALIYEVA<sup>4</sup>, S.V. SARSENOVA<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Central Asian Cancer Institute, Astana c.,

<sup>2</sup>Medical Center of the Presidential Affairs Administration of the Republic of Kazakhstan, Astana c.,

<sup>3</sup>Republican State Enterprise on the basis of a right of economic jurisdiction "Scientific Research Institute of Traumatology and Orthopedics", Astana c.,

<sup>4</sup>Almaty State Medical Refresher Institute, Astana branch

<sup>5</sup>Astana Medical University JSC, Astana c.

**THE EVALUATION OF MORTALITY FROM NERVOUS SYSTEM DISEASES IN KAZHASTAN**

The topicality of descriptive research does not raise doubts, especially regarding the diseases, epidemiological studies of which are insufficient, particularly in our country.

**The aim of the study** was to investigate the mortality from NSD in Kazakhstan.

**Materials and methods:** the data of the Agency of the Republic of Kazakhstan on Statistics (Form C51) concerning the death of the people from NSD (G01-G99), as well as the data on the population for 2004-2011 were the material for investigation.

**Results:** It was found that the average age of the dead people was 41.5 years, although the trends were pointing in the dynamics on the "aging". The average annual mortality rate from NSD was  $10,4 \pm 0,9\%$ . The analysis of the age-specific mortality rates showed a peak of mortality at 70 years and older. At that, the age-specific mortality rates were decreasing only at 30-39 years, and in the other groups they were growing, and the growth rate of mortality is alarming.

Thus, studies in this direction should be continued taking into consideration the effects of endogenous and exogenous risk factors.

**Key words:** nervous system diseases, mortality, age, trend.

УДК 616.134.9-008.6-031.4-085:615.2

**Р.А. БЕЛЯЕВ<sup>1</sup>, Е.В. ЕПИФАНЦЕВА<sup>1</sup>, Р.Б. КОШИКОВА<sup>2</sup>, С.А. ШУПТАР<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Карагандинский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Областной медицинский центр, г. Караганда, Казахстан

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ДЕКСТАНОЛОМ ВЕРТЕБРОГЕННЫХ ДОРСОПАТИЙ**

В статье представлены результаты исследования анальгезирующей эффективности и переносимости препарата декстанол при комплексном лечении больных с вертеброгенными болевыми синдромами.

**Ключевые слова:** декскетопрофен, декстанол, вертеброгенные дорсопатии.

**В**ертеброгенная дорсопатия встречается у 70–90% взрослой популяции и является одной из наиболее частых причин временной утраты трудоспособности [1, 2]. Вертеброгенный болевой синдром ежегодно развивается у значительного процента населения,

поражая преимущественно наиболее трудоспособный контингент в возрасте 30–50 лет [2, 3].

Острый болевой синдром вызывает не только резкое ухудшение качества жизни пациентов из-за ограничения двигательной активности, но и вследствие реакции всех