

ал 2012 жылы 48971769,17. Ынталандыру қосымшасы 14,7 % төмендеді, АМСК көрсеткіштері нашарлады.

**Қорытынды.** Емделушілердің қозғалуының артуына медициналық көмекті дұрыс ұйымдастырмау болып табылады. Емханаға тіркелмеген емделушілерге қызмет көрсету көрсеткіштердің артуына және ынталандыру компонентінің төмендеуіне әкеледі. Алғашқы медициналық – санитарлық көмекті ұйымдастыруды жетілдіру үшін мыналар қажет: барлық жағдайлар бойынша қателерді төмендету үшін қызметтік талдаулар жүргізу керек, сонымен қатар құрылымдық бөлімшелердің барлық меңгерушілеріне штаттан тыс жағдайларды енгізбегені үшін дербес жауапкершілікке тағайындау; медициналық қызметтің сапасын арттыру үшін медициналық сараптама жүйесін құру керек.

**Негізгі сөздер:** алғашқы медициналық-санитарлық көмек, демографиялық көрсеткіштер, ауруханаға жатқызу, нормативке ынталандыру компоненті.

### SUMMARY

D.S. MUSSINA, U.S. SAMAROVA,  
Zh.M. TENTEKPAYEV

*Semey State Medical University,*

*Polyclinic №1 Municipal State Enterprise in Pavlodar c.*

### IMPROVEMENT OF THE ORGANIZATION OF PRIMARY HEALTH CARE

**Introduction.** The development of primary health care is a key direction of the improvement in the accessibility, quality and effectiveness of health care services. The overall level of the accessibility and quality of medical care is largely determined at the outpatient stage. In this work, the issues of the organization of primary health care of the population are considered: the main demographic indices, data of hospitalization bureau, stimulating component to the normative standard per capita have been estimated.

**Materials and methods.** The materials of the study were the statistical data of the departments of statistics and quality control of medical services.

Used methods in the study: information-analytical, statistical, transverse analysis

**Results.** Many of the indicators of the institution have been improved. There was an improvement in the demographic situation, an increase in the birth rate, a decrease and stabilization in the mortality rate, an increase in the rate of natural population growth to  $9.8 \pm 0.6$  (2011 –  $7.7 \pm 0.5$ ) for 1000 population. For the year 2011, the birth rate was  $17.9 \pm 0.8$  for 1000 population, and for the year 2012, it was  $19.1 \pm 0.8$ . The birth rate for 2 years was below the average; the rate increased by 7%. For the year 2011, the death rate was  $10.2 \pm 0.6$  for 1000 population, and for the year 2012, it was  $9.3 \pm 0.6$ . The death rate per 1,000 population decreased by 8%; the mortality rate was average. The infant mortality rate decreased by 2 times; in 2011, the infant mortality rate was  $9.1 \pm 4$ , and in 2012, it was  $4.6 \pm 3$  (low) for 1000 live births. There was a tendency to a slight increase in abnormal situations from  $2.4 \pm 0.4$  to  $2.9 \pm 0.4$ . In 2011, the additional incentive for the medical staff of Polyclinic № 1 Municipal State Enterprise in Pavlodar was KZT 5742119898; in 2012, it was KZT 4897176917. The additional incentive decreased by 14.7%, due to the fact that the primary health care indicators worsened.

**Conclusion.** The improper organization of medical care was leading to an increase in the patient flow. The medical services provided to the patients not assigned to the polyclinic led to the increase in the indicators and to the reduction of the stimulating component. To improve the organization of primary health care it is necessary: in all cases to conduct in-house debriefings in order to reduce errors, as well the heads of structural units should assign a personal responsibility to prevent abnormal situations; it is necessary to set up a system of medical expertise to improve the quality of medical services.

**Key words:** primary health care, demographic indices, hospitalization, stimulating component to the normative standard per capita.

**Рецензент:** профессор, директор Павлодарского филиала ГМУ г. Семей С.Б. Имангазинов.

## ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

УДК 617.7(574)

Т.К. БОТАБЕКОВА, Г.У. КУЛКАЕВА, Ж.К. БУРИБАЕВА, Д.Б. АБДРАХИМОВА

*Казахский научно-исследовательский институт глазных болезней МЗ РК, г. Алматы*

### ОФТАЛЬМОЛОГИЯ КАЗАХСТАНА В РЕАЛИЗАЦИИ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА ВОЗ НА 2014-2019 ГГ. «ВСЕОБЩИЙ ДОСТУП К ЗДОРОВЬЮ ГЛАЗ»

На 66-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения (март 2013 г.) принят План действий по профилактике предупреждаемой слепоты и нарушений зрения «Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014-2019 гг.». Индикатором достижения глобальной цели является сокращение масштабов распространенности предупреждаемой слепоты и нарушений зрения от базисного показателя 2010 г. (3,18%) на 25% к 2019 г. (до 2,37%). Для каждой из этих задач разработаны показатели реализации.

В статье оцениваются индикаторы масштабов и причин нарушений зрения, состояния офтальмологической службы (в т.ч. кадров) и катарактальной хирургии в Казахстане. Представлены возможные направления реализации плана ВОЗ по предупреждению слепоты и слабовидения в Казахстане.

**Ключевые слова:** офтальмология Казахстана, план ВОЗ, слепота и нарушения зрения, индикаторы реализации, направления развития.

#### ПЛАН ВОЗ «ВСЕОБЩИЙ ДОСТУП К ЗДОРОВЬЮ ГЛАЗ: ГЛОБАЛЬНЫЙ ПЛАН ДЕЙСТВИЙ НА 2014-2019 ГГ.»

По оценкам ВОЗ, в 2010 г. в мире насчитывалось 285 млн. человек с нарушениями зрения, из которых 39 млн.

были слепыми. При этом 75% всех случаев нарушений зрения и слепоты являются предупреждаемыми. Две основные причины нарушений зрения в мире – это некорригированные аномалии рефракции (42%) и катаракта (33%).

Наиболее часто нарушения зрения встречаются у пожилых людей. В 2010 г. 82% слепых и 65% людей с умеренной или серьезной слепотой были старше 50 лет. К 2019 г. 84% всех случаев нарушений зрения будут приходиться на людей в возрасте 50 лет и старше. Чаще страдают от нарушений зрения малоимущие слои населения.

На 66-й сессии Всемирной Ассамблеи Здравоохранения (март 2013 г.) принят План действий по профилактике предупреждаемой слепоты и нарушений зрения на 2014-2019 гг. «Всеобщий доступ к здоровью глаз: глобальный план действий на 2014-2019 гг.».

Концепция глобального плана действий заключается в достижении мира, где не будет людей с нарушением зрения без причин, а люди с неизбежной потерей зрения смогут в полной мере реализовать свой потенциал, а также будет обеспечен всеобщий доступ к комплексным офтальмологическим службам.

Основная цель плана – сокращение предупреждаемых нарушений зрения в качестве глобальной общественной проблемы здравоохранения и обеспечении доступа к службам восстановления здоровья для людей с нарушением зрения.

В концепции ставятся задачи:

1) оценить масштабы и причины нарушений зрения, а также эффективность работы служб, в т.ч. обращается внимание на наличие систем мониторинга офтальмологической заболеваемости и деятельности офтальмологической службы. «...Системы мониторинга и оценки офтальмологических служб и эпидемиологических тенденций болезней глаз должны быть интегрированы в национальные системы медицинской информации. Информация, полученная в результате мониторинга и оценки, должна использоваться при планировании услуг и распределении ресурсов»;

2) разработать национальную программу по профилактике предупреждаемой слепоты и нарушений зрения, включая вопросы развития кадрового потенциала, финансирования, эффективного сотрудничества с частным сектором и социальным предпринимательством, а также для оказания медицинской помощи самым уязвимым группам населения. «...*Правительствам необходимо инвестировать средства в сокращение предупреждаемых нарушений зрения за счет принятия экономически эффективных профилактических мер и оказания поддержки людям с необратимыми нарушениями зрения в преодолении проблем, с которыми они сталкиваются в плане доступа к службам здравоохранения, реабилитации, поддержки и содействия, условий жизнедеятельности, образования и трудоустройства*».

3) разработка и реализация межотраслевых проектов и эффективных партнерств по укреплению здоровья глаз. «...Программы здоровья глаз следует включать в более широкие программы по борьбе с неинфекционными и инфекционными заболеваниями, а также в программы, посвященные вопросам старения населения. Проверенные факторы риска по некоторым причинам слепоты (например, сахарный диабет, курение, преждевременные роды, краснуха и дефицит витамина А) должны быть постоянно на контроле с помощью многосекторных профилактических мер».

В глобальном плане действий индикатором достижения глобальной цели является сокращение масштабов распространенности предупреждаемой слепоты и нарушений зрения от базисного показателя 2010 г. (3,18%) на 25% к 2019 г. (до 2,37%).

Для каждой из этих задач разработаны показатели реализации. При этом основными индикаторами оценки

уровня офтальмологической службы на национальном уровне являются:

1) уровень распространенности и причины нарушений зрения;

2) численность специалистов по глазным болезням;

3) хирургическая активность при катаракте (коэффициент операций по удалению катаракты и охват пациентов с двусторонней катарактой).

Основные усилия предполагается направить на сокращение распространенности предупреждаемых случаев нарушений зрения в возрастной группе старше 50 лет, в основном, это – катаракта и нескорректированные аномалии рефракции у пожилых людей.

### **ТРИ ПОКАЗАТЕЛЯ МОНИТОРИНГА ОСНОВНОЙ ЦЕЛИ В КАЗАХСТАНЕ**

#### **I. Масштабы и причины нарушений зрения и состояние офтальмологической службы**

По данным официальной статистики (Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 г.») в общей структуре общей заболеваемости населения РК офтальмопатология занимает 5 место после заболеваний дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и мочеполовой системы.

Общая заболеваемость глазной патологией постепенно растет и составила 5838 на 100 тыс. населения в 2011 г. Ежегодно регистрируется около 1 млн. жителей РК с различной патологией органа зрения (6% от общей численности населения страны).

Первичная заболеваемость глазной патологией незначительно уменьшилась с 2672,4 на 100 тыс. населения в 2010 г. до 2607,1 в 2012 г. Этот показатель в возрастном разрезе наиболее высок среди подростков (4379,9) и детей в возрасте 0-14 лет (3257,4). Сравнительно низкий уровень первичной заболеваемости наблюдается среди взрослых – 2257,2.

Основными причинами снижения зрения в РК являются аномалии рефракции, глаукома, травмы органа зрения, диабетическая ретинопатия, катаракта, возрастная макулярная дегенерация, ретинопатия недоношенных.

Распространенность катаракты и глаукомы на 100 тыс. взрослого населения составляет 805,5 и 730, соответственно, диабетической ретинопатии – 26,8 на 10 тыс. больных сахарным диабетом. Частота ретинопатии недоношенных – 36,3%.

Первичная заболеваемость глаукомой в РК возросла с 70,8 на 100 тыс. населения в 2011 г. до 83,6 в 2012 г. (рост на 18%), что, вероятно, обусловлено внедрением программы скринингового обследования населения РК на глаукому с апреля 2011 г. Уровень первичной заболеваемости глаукомой среди городских жителей значительно возрос с 79,6 в 2011 г. до 98,4 в 2012 г. (на 24%), в меньшей степени – среди сельских жителей (с 59,2 до 63,9 – на 8%).

Причинами инвалидности в РК, как первичной, так и повторно установленной, являются миопия, глаукома, травмы органа зрения, диабетическая ретинопатия, катаракта. Первичная инвалидность имеет стабильный уровень с тенденцией к увеличению.

Офтальмологическая помощь населению РК оказывается в организациях ПМСП и больничных учреждениях. Согласно приказу МЗ РК №120 от 28.02.12 г. «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих офтальмологическую помощь населению РК» создается сеть специализированных кабинетов – охраны зрения детей и подростков, глаукомных, сосудистой офтальмопатологии, кабинетов контактной коррекции. Функционирует система направления в специализированные учреждения и реабилитационные

службы для людей с нарушением зрения. Осуществляются меры по оказанию медицинской и социальной реабилитации, адаптации слепых и слабовидящих.

Согласно приказу МЗ РК №12 от 08.01.13 г. «Об утверждении правил оплаты ГОБМП за оказанные медуслуги в рамках ГОБМП, осуществляемые за счет средств республиканского бюджета» анализируются показатели организационно-методической работы (ОМР).

Всего в РК за 2012 г. было пролечено в стационарах (круглосуточных и дневных) 63 179 пациентов офтальмологического профиля, что составило 3,8% от общего числа населения страны.

В круглосуточных стационарах всего было пролечено 50 228 пациентов офтальмологического профиля, что составило 79,5% от общего числа всех случаев госпитализации данного профиля. Соответственно по стационарзамещающим технологиям (СЗТ) пролечено 12 951 больной (20,5% от общего числа всех случаев госпитализации по офтальмологическому профилю).

Средняя длительность пребывания в круглосуточном стационаре по офтальмологическому профилю в РК составила 8,0 дня.

В 2012 г. в стационарах (круглосуточных и СЗТ) пролечено, в целом, 8496 пациентов с глаукомой, что составило 13,4% от общего числа всех случаев госпитализации. Уровень госпитализированной заболеваемости глаукомой в среднем по РК составил 5,1 на 10 тыс. населения. Особого внимания заслуживает уровень экстренной госпитализации больных с глаукомой, который в среднем по РК составил 30,7% от всех случаев госпитализации больных с глаукомой.

В 2012 г. в стационарах (круглосуточных и СЗТ) прооперировано по энергетическим технологиям (ФЭК) 6693 пациента с катарактой. В условиях СЗТ по ФЭК-технологии прооперировано всего 540 случаев катаракты, что составило 8,1% от общего числа ФЭК-хирургии в стране.

В области здоровья глаз реализуется Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» (в части оказания ГОБМП и скрининга глаукомы).

За два года (2011-2012 гг.) действия скрининговой программы осмотрено 3 803 тыс. человек, у 10 812 человек впервые выявлена глаукома. В 10 регионах открыты и функционируют глаукомные кабинеты, оснащенные современным медицинским оборудованием.

Проводится работа по следующим направлениям:

- 1) сокращение коечного фонда круглосуточных стационаров с одновременным увеличением объема вне-стационарных видов офтальмологической помощи;
- 2) снижение средней длительности пребывания в круглосуточном стационаре;
- 3) сокращение уровня экстренной госпитализации больных с глаукомой;
- 4) сокращение числа пролеченных случаев катаракты (оперативных вмешательств) в круглосуточных стационарах и увеличения этого количества в СЗТ.

## **II. Численность специалистов по глазным болезням**

По данным официальной статистики (Статистический сборник «Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 г.») в динамике число врачей-офтальмологов, занятых в системе здравоохранения, постепенно снижается с 1293 в 2010 г. до 1274 в 2011 г.

Обеспеченность населения РК врачами-офтальмологами соответственно снизилась с 1,3 на 10 тыс. населения в 2010 г. до 1,2 в 2011 г., в т.ч. в городской местности с 1,3 до 1,2, а в сельской местности показатель

остался на прежнем уровне (0,2). Следует отметить, что соотношение числа офтальмологов, работающих в городской и сельской местности, составило 88% и 12%.

Областными / городскими управлениями здравоохранения фактически выделено только 923,25 ставки должностей офтальмологов, что составляет 74% от расчетного числа офтальмологов, установленных приказом МЗ РК №238 от 07.04.10 г.

Число занятых ставок должностей офтальмологов составляет 846,75, или 91,7%, от числа фактически выделенных ставок и 73,4% от расчетного числа.

Офтальмологов, работающих в сети ПМСП, насчитывается 509 физических лиц, что составляет 63,2% от общего числа офтальмологов, в т.ч. 224 (44%) работают в ЦРБ и 285 (56%) в городских поликлиниках. Следует отметить, что в 27 районах нет офтальмологов.

Число занятых ставок в сельской местности (225 ст.) составляет от числа фактически выделенных (281 ст.) – 80,1%, а от числа расчетных по приказу МЗ РК №238 (501,5 ст.) – 44,9%.

Несколько лучше ситуация в городе. Так, число занятых ставок в городских медорганизациях (303 ст.) составило 99,3% от числа фактически выделенных (305 ст.), а от числа расчетных по приказу МЗ РК №238 (602,5 ст.) – 50,3%.

Половина офтальмологов имеет категорию (256 физических лиц или 50,3% от общего числа офтальмологов), в т.ч. 51,8% сельских и 49,1% городских врачей. Из числа всех офтальмологов, имеющих квалификационную категорию, 53,1% имеют первую, 27% – вторую и 19,9% – высшую категорию.

В Казахстане принята Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения на 2012-2016 гг., целью которой является формирование эффективной кадровой политики отрасли, обеспечивающей предоставление качественных услуг здравоохранения.

## **III. Коэффициент операций по удалению катаракты**

Количество операций по поводу катаракты в 2011 г. составило 16500, а коэффициент операций на 1 миллион жителей – 989,5.

В 2012 г. в стационарах (круглосуточных и СЗТ) прооперировано по энергетическим технологиям (ФЭК) 6693 пациента с катарактой, что составило 40,6%, в т.ч. 8,1% в условиях СЗТ.

### **ВОЗМОЖНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПЛАНА ВОЗ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ СЛЕПОТЫ И СЛАБОВИДЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ**

#### **Цель 1. Масштабы и причины нарушений зрения и состояние офтальмологической службы**

Ожидается, что увеличение средней продолжительности жизни в РК приведет к росту офтальмопатологии среди пожилых (глаукома, возрастная макулярная дегенерация и катаракта), а увеличение случаев сахарного диабета – к диабетической ретинопатии. Переход на новые критерии живорожденности в РК сопровождается ростом числа детей с ретинопатией недоношенных, для данной патологии характерен наиболее высокий уровень инвалидизации и слепоты.

Повсеместная компьютеризация ведет к росту числа аномалий рефракции и синдрома «сухого глаза», особенно среди детей и подростков. В связи с этим возникла необходимость пересмотра клинко-методологических и организационных основ профилактики офтальмопатологии в образовательных учреждениях.

Следует отметить, что более точная оценка масштабов и причин нарушения зрения, а также эффективность работы офтальмологической службы в РК затруднена в связи с:

- 1) дефицитом офтальмологов в сельском здравоохранении до 70% (СКО, Мангыстауская область);
- 2) отсутствием информационной системы мониторинга заболеваемости, инвалидности по зрению;
- 3) слабой интеграцией деятельности медицинских и социальных служб, а также других органов и учреждений.

Из-за отсутствия единой медико-информационной системы невозможно определить эпидемиологические особенности распространения заболеваний глаз. А существующая система мониторинга и оценки деятельности офтальмологической службы ориентирована на сокращение коечного фонда и развитие стационарзамещающих технологий. При этом невозможно оценить воздействие медицинских мер на эпидемиологические показатели офтальмопатологии.

1.1. Уменьшить случаи предупреждаемой слепоты и нарушений зрения, а также обеспечить доступ к реабилитационным службам для людей с нарушением зрения

Потребность в хирургическом лечении катаракты в 3,6 раза выше количества проводимых операций в РК. Прогнозируемое увеличение заболеваемости катарактой соответственно увеличит потребность в хирургическом ее лечении, что диктует необходимость мониторинга хирургии при катаракте.

Для снижения причин предупреждаемой слепоты (катаракты и аномалий рефракции) во всех регионах РК внедрена технология энергетической хирургии катаракты (ФЭК), а технология лазерной коррекции зрения пока реализуется только на республиканском уровне. Необходимо расширение доступа населения регионов к этим услугам.

Следует отметить, что не все проблемы доступа людей с необратимыми нарушениями зрения к службам здравоохранения решены. Нуждается в развитии и совершенствовании система медицинской и социальной реабилитации больных и инвалидов по зрению. Необходимо развивать взаимодействие с негосударственными и общественными организациями для оказания поддержки социально уязвимым группам населения в вопросах охраны зрения.

1.2. Оценить потенциал государства по обеспечению комплексных офтальмологических услуг и выявить проблемы

Положительный опыт реализации скрининга глаукомы в рамках Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» необходимо, на наш взгляд, использовать и для выявления других инвалидизирующих патологий органа зрения – диабетической ретинопатии, возрастной макулярной дегенерации.

1.3. Использовать в информационно-разъяснительной работе примеры передовой практики в расширении всеобщего доступа к офтальмологическим услугам

С информационно-разъяснительной целью для населения и медицинских специалистов публикуются статьи в газетах и журналах, проводятся выступления по телевидению, открыты интернет-сайты, а также распространяются буклеты и листовки с информацией о мерах ранней диагностики и профилактики наиболее значимой офтальмопатологии, приводятся примеры передовой практики.

**Цель 2. Разработать и реализовать интегрированную национальную политику, планы и программы в области здоровья глаз с целью улучшения всеобщего доступа к здоровью глаз**

Утвержден Стратегический план КазНИИГБ на 2011-2015 гг., где приоритетными направлениями развития определены:

- 1) укрепление здоровья граждан в сфере офтальмологии;
- 2) развитие и распространение инновационных медицинских технологий в практике офтальмологической службы;
- 3) повышение эффективности управления офтальмологической службой;
- 4) развитие кадровых ресурсов и медицинской науки.

Следует отметить, что утвержденный Стратегический план не имеет финансового обеспечения.

2.1. Обеспечить руководство процессом разработки/пересмотра, реализации и мониторинга национальных/субнациональных мер политики и планов в области обеспечения здоровья глаз

Требуется разработка национальной политики и планов в области обеспечения здоровья глаз населения РК, в т.ч. по следующим направлениям:

1. Совершенствование национальных программ профилактики слепоты и слабовидения от социально значимой офтальмопатологии, в т.ч. программ по профилактике факторов риска инвалидизирующей офтальмопатологии и медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению.

2. Разработка национального регистра по социально значимой офтальмопатологии и комплексной медико-информационной системы мониторинга офтальмопатологии и офтальмологической службы.

3. Разработка стратегии кадрового обеспечения офтальмологической службы.

4. Увеличение числа научных программ и инновационных разработок в офтальмологии.

5. Развитие сотрудничества различных отраслей и секторов в сфере охраны зрения.

6. Дальнейшее развитие международного партнерства в охране зрения.

2.2. Обеспечить адекватные финансовые ресурсы для улучшения здоровья глаз и оказания комплексных офтальмологических услуг, интегрированных в системы здравоохранения через национальные политики, планы и программы

Объем финансирования по программе «Саламатты Қазақстан» по скринингу глаукомы составил 1 млрд 736 млн. 170 тыс. тенге. За 2 года действия скрининговой программы осмотрено 3 млн. 740 тыс. человек, у более чем 10 тыс. человек впервые выявлена глаукома. В 10 регионах открыты и функционируют самые современные глаукомные кабинеты.

Объем финансирования по организационно-методической работе КазНИИГБ с регионами на 2013 г. составил 8 млн. 394 тыс. тенге и, в основном, охватывает мероприятия по трансферу технологий ВСМП в регионы, проведению информационной работы с населением и подготовке кадров ПМСП для скрининга глаукомы.

Сверх существующего объема финансирования офтальмологической службы необходимо финансовое обеспечение программ раннего выявления, лечения и реабилитации больных с диабетической ретинопатией, возрастной макулярной дегенерацией и ретинопатией недоношенных, а также программ усовершенствования медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению.

2.3. Развивать и сохранять устойчивые людские ресурсы для оказания комплексных офтальмологических услуг в рамках более широкой программы развития медицинских кадров

Для увеличения доступности офтальмологических услуг для населения необходима подготовка кадров, в т.ч. детских офтальмологов и для работы в специализи-

рованных офтальмологических кабинетах. Необходимо предусмотреть механизмы мотивации и социальной поддержки медицинских работников, особенно для работы в сельской местности.

2.4. Оказывать комплексные и равные для всех офтальмологические услуги на первичном, вторичном и третичном уровнях.

Первичная офтальмологическая помощь включена в систему ПМСП. В Казахстане обеспечен всеобщий доступ к комплексным и равным для всех жителей РК офтальмологическим услугам. Начата работа по трансферту технологий ВСМП офтальмологического профиля в регионы.

2.5. Обеспечить наличие и доступность основных лекарственных препаратов, диагностики и медицинских технологий гарантированного качества с акцентом на уязвимые группы населения и изучить механизмы повышения ценовой доступности технологий.

Разработаны и утверждены стандарты качества и нормы в области обеспечения здоровья глаз (клинические протоколы и др.). Раздел по офтальмологии включен в перечни жизненно важных лекарственных препаратов, средств диагностики и медицинской технологии. Большая часть медицинских услуг по диагностике, лечению и реабилитации офтальмологических больных проводится в рамках ГОБМП и оказывается для населения бесплатно.

Исследований по определению ценовой доступности лекарственных средств и медицинских технологий по офтальмологическому профилю в негосударственном секторе не проводилось.

2.6. Включить показатели мониторинга оказания офтальмологических услуг и их качества в национальные информационные системы

В Казахстане действуют разрозненные медико-информационные системы «Электронный Регистр стационарного больного», «Электронный Регистр диспансерного больного» и др.

Оценка масштабов и причин нарушения зрения, а также эффективность работы офтальмологической службы в РК затруднены в связи с:

- 1) отсутствием информационной системы мониторинга заболеваемости, инвалидности по зрению;
- 2) слабой интеграцией деятельности медицинских и социальных служб, а также других органов и учреждений;
- 3) дефицитом офтальмологов в сельском здравоохранении (до 70%).

Из-за отсутствия единой медико-информационной системы невозможно определить эпидемиологические особенности распространения заболеваний глаз. А существующая система мониторинга и оценки деятельности офтальмологической службы ориентирована на сокращение коечного фонда и развитие стационарзамещающих технологий. При этом невозможно оценить воздействие медицинских мер на эпидемиологические показатели офтальмопатологии.

### **Цель 3. Межсекторальное участие и эффективные партнерства для укрепления и улучшения здоровья глаз**

КазНИИГБ является национальным координатором по офтальмологии и входит в состав Международного Совета по офтальмологии, международных экспертных советов по глаукоме, аномалиям рефракции и «Красному глазу». На базе КазНИИГБ представителями ВОЗ дважды проводились обучающие циклы по проблемам ликвидации необратимой слепоты.

Оказывается поддержка в развитии неправительственных объединений, организаций, представляющих

права слепых и слабовидящих (в РК функционируют 8 специализированных школ и детских садов для детей с нарушением зрения, во всех регионах РК работают филиалы Казахского общества слепых).

Поскольку парк большинства функционирующих детских садов и школ давно не обновлялся (здания, оборудование и технологии), необходимо создание современных реабилитационных центров для слепых и слабовидящих, соответствующих международным стандартам (специально оборудованное и приспособленное помещение, инновационное оборудование и вспомогательные средства, новейшие методики обучения пациентов и их родственников, специалисты).

3.1. Привлекать секторы, не связанные со здравоохранением, к разработке и реализации политики и планов по обеспечению здоровья глаз, профилактике слепоты и нарушений зрения

Необходимо более широкое привлечение секторов образования и науки, труда и социальной политики, индустрии и инноваций, неправительственных и общественных объединений к разработке и реализации политики и планов по обеспечению здоровья глаз, профилактике слепоты и нарушений зрения.

Планируется развитие государственно-частного партнерства в сфере оказания офтальмологических услуг.

3.2. Содействовать развитию эффективных международных и национальных партнерств и альянсов

В сфере офтальмологии осуществляется профессиональное и научное сотрудничество с медицинскими и научно-образовательными организациями Казахстана и других стран.

3.3. Интегрировать здоровье глаз в стратегии, инициативы и более широкие социально-экономические программы по снижению уровня бедности

В рамках ГОБМП офтальмологическая помощь оказывается населению, в т.ч. социально уязвимым и бедным слоям населения, бесплатно и включает как первичную, так и специализированную и высокоспециализированную офтальмологическую помощь.

Существует проблема трудоустройства инвалидов по зрению.

Таким образом, задачи Глобального плана действий ВОЗ на 2014-2019 гг. «Всеобщий доступ к здоровью глаз» актуальны и для Казахстана, и могут быть решены при условии разработки государственных программ в сфере охраны зрения населения. При этом, на наш взгляд, наиболее приоритетными направлениями являются: кадровое обеспечение, информатизация офтальмологической помощи и медико-социальная помощь инвалидам по зрению.

### **Т Ы Ж Ы Р Ы М**

**Т.К. БОТАБЕКОВА, Г.У. КУЛКАЕВА,  
Ж.Қ. БУРИБАЕВА, Д.Б. АБДРАХИМОВА**  
*Көз аурулары ҚазҒЗИ, Алматы қ.*

**2014-2019 жж. ДДҰ ГЛОБАЛЬДЫ ЖОСПАР «КӨЗДІҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ЖАЛПЫҒА БІРДЕЙ ҚОЛ ЖЕТКІЗУ» ҚАЗАҚСТАНДА**

2014-2019 жж. ДДҰ жаһандық жоспар 2013 ж. наурызда «Көздің денсаулығына жалпыға бірдей қол жеткізу». Оның ішінде әр міндеті жеткізудің көрсеткіштері құрастырылған. Ұлттық деңгейде офтальмологиялық қызметтің деңгейін бағалайтын негізгі көрсеткіштері анықталған: көз аурулардың таралуы және көз көру бұзылыстарының себептері, офтальмологиядағы мамандардың саны және катаракта жөніндегі хирургиялық белсенділік. Негізгі шаралар 50 жастан жоғары егде адамдар арасында көз көру бұзылыстарының деңгейін төмендетуге арналады, бұл – катаракта және рефракцияның аномалиялары.

Қазақстанда еңгізілетін Жаһандық жоспар бойынша ең басымды бағыттар анықталды: офтальмологиялық қызметті мамандармен қамтамасыз ету, офтальмологиялық көмекті ақпараттандыру және көз ауруларынан мүгедектерге медициналық-әлеуметтік көмекті жетілдіру.

**Негізгі сөздер:** қазақстан офтальмологиясы, ДДҰ жоспары, көзі көрмеу және нашар көру, іске асыру көрсеткіштері, дамытуға бағыттау.

#### SUMMARY

T.K. BOTABEKOVA, G.U. KULKAYEVA,  
Zh.K. BURIBAEVA, D.B. ABDRAHIMOVA

Kazakh Research Institute of Eye Diseases

GLOBAL PLAN WHO FOR 2014-2019 "UNIVERSAL ACCESS TO EYE HEALTH" IN KAZAKHSTAN

In March 2013 adopted the WHO Global Plan of Action for 2014-2019. "Universal access to eye health", where for each of the tasks of developing indicators of implementation. The major indicators for assessing ophthalmological services at the national level are: the prevalence and causes of visual impairment, the number of specialists in ophthalmology and surgical activity in cataract. The main effort will be allocated to reducing the prevalence of avoidable visual impairment in the age group over 50 years, basically, it's – cataract and uncorrected refractive errors in older people.

As part of the Global Plan of Action in Kazakhstan highest priority areas are: staffing, information and eye care health and social care visually impaired.

**Key words:** the ophthalmology of Kazakhstan, the WHO plan, blindness and visual impairment, the indicators of the implementation, the direction of development.

618.14-002.2

З.М. АУМОЛДАЕВА

Казахстанско-Российский медицинский университет, г. Алматы

## ЗНАЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА В СТРУКТУРЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Хронический эндометрит остается актуальным в структуре воспалительных заболеваний половых органов. Частота в структуре воспалительных заболеваний колеблется от 0,8 до 19%. В группе женщин с бесплодием ХЭ встречается от 12 до 68% случаев. ХЭ является причиной нарушения репродуктивной функции у женщин с бесплодием и невынашиванием беременности, таким образом, данное заболевание имеет не только медицинское, но и социальное значение. В данной статье освещены особенности этиопатогенеза, диагностики и лечения хронического эндометрита.

**Ключевые слова:** хронический эндометрит, бесплодие.

Актуальным и значимым в структуре гинекологической заболеваемости продолжает оставаться хронический эндометрит (ХЭ). ХЭ вызывает нарушения репродуктивной функции, являясь причиной бесплодия, неудачных попыток ЭКО, невынашивания беременности (НБ), осложненного течения беременности и родов, поэтому приобретает не только медицинское, но и социальное значение [1, 2]. Частота ХЭ в общей популяции женского населения колеблется от 0,8 до 19% [3], при этом наиболее высокие показатели ХЭ отмечены у женщин с привычным невынашиванием беременности – от 33,5 до 86,7% [4, 5, 6, 7]. В группе женщин с бесплодием ХЭ встречается в 12–68% случаев. У пациенток с неудачными попытками ЭКО и переноса эмбрионов (ПЭ) частота ХЭ возрастает до 60% и более [8].

В настоящее время ХЭ также рассматривают как клинко-морфологический синдром, при котором в результате персистирующего повреждения эндометрия инфекционным агентом возникают множественные вторичные морфофункциональные изменения, нарушающие циклическую биотрансформацию и рецепторный аппарат слизистой оболочки тела матки [9, 10, 11, 12]. ХЭ наиболее полно соответствует определению хронического продуктивного интерстициального воспаления. Наиболее выражена стадия пролиферации (размножения) клеточных элементов, при продуктивном воспалении остальные стадии (альтерация и экссудация) не выражены. При этом происходит образование клеточных инфильтратов полиморфно-клеточных, ма-

крофагальных, плазмоклеточных, гигантоклеточных в строме эндометрия [11, 13, 14].

Проводятся многочисленные исследования по оценке состояния эндометрия при невынашивании беременности с точки зрения иммунных и гормональных взаимоотношений при наличии ХЭ. В эндометрии в процессе имплантации и плацентации имеет место взаимодействие этих систем, а при осложнениях беременности могут быть вовлечены как гормональные, так и иммунные механизмы. Установлено что для реализации имплантации, роста и развития эмбриона необходимо создание в эндометрии состояния иммунной супрессии, что ведет к формированию защитного барьера и предотвращает отторжение плода. По данным В.М. Сидельниковой (2007) в группе женщин, страдающих привычным невынашиванием, вне беременности, диагноз ХЭ гистологически верифицирован в 73,1% случаев [15].

ХЭ определяется как морфологический субстрат с обязательным присутствием в ткани эндометрия плазматических клеток, стромального отека и воспалительных лимфоидных инфильтратов [6, 7]. По данным Шуршалиной А.В [16], ХЭ – это клинко-морфологический синдром, характеризующийся комплексом морфофункциональных изменений эндометрия, приводящих к нарушению его циклической трансформации и рецептивности. С учетом высокого процента бессимптомно и атипично протекающих форм заболевания, ХЭ верифицируется гистологически на основании обнаружения в эндометрии в пролиферативную фазу лимфоидных