

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖАҢАЛЫҚТАРЫ • HEALTHCARE NEWS • WWW.MEDZDRAV.KZ

№ 04 (182),
от 30 апреля 2019 г.



II КОНГРЕСС РЕВМАТОЛОГОВ КАЗАХСТАНА

26-27 апреля в Алматы проходил II Конгресс ревматологов Казахстана памяти Аскара Шакеновича Сейсенбаева. Организатором Конгресса выступили Казахская коллегия ревматологов совместно с Министерством здравоохранения Республики Казахстан и АО «Национальный медицинский университет».



Высокий уровень Конгресса обусловлен участием ученых из России, Беларуси, Киргизии, Украины, Южной Кореи. С приветственными словами к участникам обратились академик **Торегельды Шарманов**, председатель Казахской коллегии ревматологов, профессор, д.м.н. **Галымжан Асылбекович Тоғизбаев**, ректор НМУ, профессор, д.м.н. **Талгат Сейтжанович Нургожин**. Официальными лицами были отмечены заслуги авторитетного в РК ревматолога, ученого, профессора Аскара Шакеновича Сейсенбаева, его память почтили минутой молчания. Многие участники конгресса считают себя его учениками.

Участниками мероприятия стали более 500 врачей из всех областей Казахстана. Уникальность Конгресса – междисциплинарный подход к обсуждению проблем клинической практики, поэтому форум был интересен не только для ревматологов, но и для терапевтов, занимающихся проблемами внутренних

органов. Конгресс стал стартовой площадкой внедрения современных методов диагностики в здравоохранение Казахстана.

В настоящее время ревматические заболевания занимают третье место в мире по инвалидизации после кардиологических заболеваний и онкологии. 72% пациентов с ревматическими заболеваниями составляют лица трудоспособного возраста от 18 до 59 лет. 65% всех заболевших составляют женщины. Сравнительный анализ показателей болезней костно-мышечной системы за последние 5 лет показал динамику прироста основных ревматических заболеваний, как общих (на 26,4%), так и впервые выявленных (на 24,5%). Пациенты с остеоартритом составили более 157 тыс. больных, ревматоидным артритом – более 64 тыс., анкилозирующим спондилоартритом – более 4 тыс., системной красной волчанкой (СКВ) – около 4 тыс., подагрой – более 3 тыс. и остеопорозом – более 1,5 тыс. Динамика прироста общей заболеваемости остеоартрозом составила 157,1%, ревматоидным артритом – до 60%, СКВ – 41%, анкилозирующим спондилитом – 48%, подагры – 43,9% и остеопорозом – 39,5%.

Программа Конгресса была очень насыщенная, в течение двух дней участники обсуждали актуальные теоретические и клинические проблемы ревматологии, современные клинические рекомендации, касающиеся диагностики и лечения ревматических болезней (таких как ревматоидный артрит, спондилоартрит, аутовоспалительные заболевания, системная красная волчанка, системный склероз, системный васкулит, остеоартроз, остеопороз), новые направления фундаментальных исследований в области ревматологии, перспективы развития и совершенствования ревматологической службы в Казахстане.

Профессор, д.м.н. Г.А.Тоғизбаев сообщил о перспективах развития трансфера технологий в ревматологии Казахстана на примере сотрудничества с Южной Кореей (демонстрационный материал к его выступлению был подготовлен на английском языке). Докладчик остановился на внедрении передовых диагностических технологий в клиническую практику, рассказав об открытии в Алматы мрк Clinic, деятельности Medical Partners Korea Qazaqstan. Сейчас в клинике создается лаборатория, в ней вместе с казахстанскими специалистами будут работать их корейские коллеги, в дальнейшем передовые техноло-

гии будут внедряться по всей стране. Говоря о недостатках, имеющихся в нашем здравоохранении, профессор отметил проблемы с интерпретацией диагностических тестов.

Среди спикеров были ведущие ученые из Сеула. Доктор **Dohsik Minn** говорил о лабораторной оценке ревматических заболеваний и иммунологии позвоночника. В перечне тестов он сделал акцент на антинуклеарных антителах, ANA-тесте, который актуален при развитии от 15 до 100% аутоиммунных заболеваний, хотя в некоторых случаях ANA-тест может вводить врачей в заблуждение. Доклад **Nackmoon Sung** (Корея) был посвящен молекулярной диагностике с инновационными технологиями, лектор рассказал о преимуществах использования автоматизированных систем молекулярной диагностики при обработке образцов анализов, об особенностях ПЦР-диагностики. Сейчас в Корею проводится мультиплекс ПЦР-исследование и интерпретация в реальном времени, в день обрабатывается 30 тысяч образцов. При помощи Allplex технологий распознаются 26 патологий при респираторных заболеваниях, а также 25 интестинальных патогенов и вирус папилломы человека.

Доктор **Nackmoon Sung** рассказал о выявленных случаях активации латентного туберкулеза у пациентов, получавших лечение инфлексимабом. В качестве побочных эффектов наблюдались эндобронхальные расстройства. При масштабном исследовании было выявлено 448 человек с активным туберкулезом (среди пациентов, получавших противоревматическое лечение) на 100 тысяч населения, тогда как распространенность туберкулеза в Южной Корее – 5 человек на 100 тысяч населения. Поэтому, назначая инфлексимаб, врачам всегда нужно помнить об этом побочном эффекте. Это основная проблема, связанная с латентным туберкулезом, тогда как треть населения в мире является носителем латентного туберкулеза. Разработанные тесты позволяют на основе образцов мокроты выявить резистентность к изониазиду, рифампицину, фторхинолонам или к инъекционным препаратам. Применение разработанных тестов позволяет затрачивать намного меньше времени, чем при определении резистентности с помощью культуральных методов. Тест на определение скрытого туберкулеза стоит около 40 долларов США.

Окончание на стр. 2



КОНГРЕСС

ОБСУЖДЕНЫ СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ

стр. 6



ПРАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ

стр. 7



ПРОФИЛАКТИКА

ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА

стр. 8



ВЫСТАВКА

KITF-2019

стр. 12

Окончание. Начало на стр. 1

По окончании доклада именно на эту тему началась дискуссия между казахстанскими и корейскими ревматологами. Сейчас **Nackmoon Sung** ведет разработки по одновременной диагностике туберкулеза и бактериальной пневмонии у пациентов (за один прогон, в одном аппарате), которые получают препарат анти-ФНО-альфа. Прозвучала информация, что в Таиланде, Малайзии, во Вьетнаме серьезной проблемой стала грибковая пневмония.



Min Heesuk (Корея) в докладе «Реальный случай кардиологической проблемы у ревматологического больного: диагностика и лечение» затронул вопросы профилактики сердечно-сосудистых осложнений при аутоиммунных ревматических заболеваниях. Он отметил, что ревматические заболевания могут вызвать манифестацию со стороны сосудов, миокарда, клапанов сердца, перикарда, стать причиной атеросклеротических и системных изменений. Высокий уровень С-реактивного белка, как и сахарный диабет, ассоциируется с васкулярными заболеваниями. Ревматоидный артрит несет ответственность за высокий уровень сердечной недостаточности у пациентов. Риск определяется по специальному алгоритму. Высокий риск кардио-васкулярных осложнений наблюдается у пациентов с системным склерозом (стенокардия, нарушения сердечного ритма, синкопальные состояния). В обследовании важны стресс-тесты, ЭКГ, РМР-тест, эхокардиография. Необходимо следить за артериальным давлением (профессор уточнил, что в США давление 130/90 мм рт. ст. расценивается, как артериальная гипертензия), липидным профилем. В зависимости от уровня риска пациенты делятся на три группы. Доктор **Min Heesuk** упомянул о риске развития сахарного диабета при длительном лечении статинами и бета-блокаторами, о развитии остеоартритов у людей с ожирением. Важны изменение образа жизни, снижение массы тела (в том числе применяя медикаментозные средства), повышение физической активности. Лектор познакомил коллег с комплексом рекомендуемых физических упражнений для суставов, включая аэробные, силовые, упражнения на гибкость, растяжение, баланс, а также водные упражнения. Полезны йога, игра в гольф, прогулки с собакой.



С доменным подходом к лечению остеоартрита врачей познакомил профессор, д.м.н. **Антон Вячеславович Наумов**, Москва. Он начал свой доклад с сообщения о том, что итальянский скульптор, худож-

ник, мыслитель Микеланджело Буонарроти (1475–1564) страдал остеоартритом, болезненным синдромом, что отражено во фресках потолка Сикстинской капеллы. Данная проблема по сей день актуальна. «Несмотря на достижения современной ревматологии, эпидемиология остеоартрита поражает все население, – заявил А.В. Наумов. – После 80 лет практически вся популяция страдает остеоартритом (ОА)». По словам лектора, чтобы необходимый энергетический, пластический материал попадал в костную, хрящевую ткань, где нет сосудистого русла, нужно физически трудиться, двигаться, ходить, а большинство людей с младенческого возраста склонны к гиподинамии, и с самого начала их костная ткань недополучает необходимые строительные материалы. На фоне факторов риска дегенеративные процессы быстро прогрессируют. Главное, что беспокоит пациентов, – это боль. Говоря о ее лечении, профессор упомянул о лестнице анальгезии. Начинать терапию следует с парацетамола и адъювантных средств, со временем к ним присоединяются НПВП, на следующем этапе НПВП и/или центральные анальгетики, или слабые опиоиды. При неэффективности терапия дополняется сильными опиоидами. Лектор подчеркнул, что местные средства дают эффект при использовании по инструкции: втирание мази производится каждые 4-6 часов, выдавливая от 2 до 5 см крема. После 65 лет резко увеличивается частота госпитализаций по поводу нежелательных эффектов НПВП. Они вносят более 67% риска сердечно-сосудистых заболеваний у больных с ОА. Важно лечение нейропатического компонента боли, используя антиконвульсанты, при наличии психогенного компонента назначаются антидепрессанты, а также витамин D₃, кальцитонин D₃, препараты гиалуроновой кислоты, глюкозамин хондроитин. Болевой домен реализуется через синдром системного воспаления. Глюкозамин хондроитин снижает активацию молекул простагландинов, уменьшает экспрессию генов ЦОГ-2, воспаление, апоптоз клеток, а также снижает риск сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Хондроитин тормозит ангиогенез в хряще, тем самым уменьшает воспаление. Принципиально важна коррекция деформации пальцев стопы, использование ортезов. Далее профессор познакомил врачей с опросником больных для выявления саркопении SARC-F. Снижение мышечной силы и мышечной массы усугубляет тяжесть течения остеоартрита, должна внедряться мышечная заместительная терапия. Физическая активность снижает риск смерти вне зависимости от исходного фактора риска и увеличивает выживаемость пациентов. Сегодня дополнительно в лечении болевого синдрома используется виртуальная реальность.



Доклад профессора **Марка Васильевича Головизнина** (Москва) был на тему: «Инфекция, аутовоспаление и аутоиммунитет в ревматологии». Прежде чем приступить к нему, он сообщил, что с профессором Аскар Шакеновичем Сейсенбаевым познакомился 10 лет назад, слушал его выступления на международных форумах и всегда восхищался им как профессионалом, ученым и всесторонне развитым человеком... «71 год назад, в 1948 г. иммунологические методы в ревматологии позволили идентифицировать аутоантитела (реакция Ваалера-Роуза) и тем самым очертить круг аутоиммунных заболеваний, – напомнил Марк Васильевич. – Наблюдение за механизмами антителогенеза поставило на повестку дня тестирование

клеточного иммунитета. Именно в ревматологии зародилось понятие базисной иммунотерапии. Рецепторы иммунных клеток и цитокинов являются мишенями для биотерапии. Несмотря на бурное развитие «таргетной» иммунотерапии в ревматологии в последние годы, ее нельзя назвать этиотропной и даже в полной мере патогенетической, поскольку наши знания об этиопатогенезе системных воспалительных заболеваний соединительной ткани остаются во многом фрагментарными. Эта фрагментарность препятствует созданию действительно научно обоснованных алгоритмов иммунотропной терапии в ревматологии, которая пробивает себе дорогу чаще всего методом проб и ошибок, для анализа которых создаются многочисленные регистры. Надежды на новые прорывы в этой области появились с разработкой парадигмы врожденного иммунитета и аутовоспаления. В рамках этой парадигмы, в частности, по-новому видится роль некоторых системных инфекций, прежде всего микобактериозов в патогенезе ревматических заболеваний. С другой стороны, разграничение понятий «аутовоспаление» и «аутоиммунитет» является перспективным для лучшего понимания патогенеза системных ревматических заболеваний и создания современных стратегий таргетной иммунотерапии... Длительное время механизмы развития стерильного воспаления оставались неизвестными. Неясно было, чем индуцируется реакция, какие рецепторы и каких клеток распознают поступающую молекулярную информацию. Ситуация изменилась после появления в 1994 году концепции «угрозы» (Danger model), как концепции активности иммунитета. Ее автором была Полли Матзингер. Новизна ее мысли в том, что активация антигенпрезентирующих клеток может вызываться не только экзогенными структурами, но и эндогенными молекулами, несущими сигнал «опасности». Основным источником таких молекул она считала поврежденные ткани и клетки органов. Эта идея блестяще подтвердилась. Были открыты эндогенные молекулы «опасности» или алармины (DAMPs): протеины теплового шока, ядерный белок HMGB-1, EDA-фибриноген, мочевая кислота, интерфероны I типа, АТФ, ДНК и РНК собственных клеток. Было установлено, что они выделяются при повреждении тканей, в том числе в стерильных условиях, когда отсутствуют инфекционные агенты. На антигенпрезентирующих клетках были обнаружены рецепторы для аларминов, часть из которых связывает как PAMPs, так и DAMPs». Далее Марк Головизнин провел клинко-патогенетический параллелизм между ревматоидным артритом (РА) и системными микобактериозами. И при РА, и при лепре поражение различных органов (артрит, иридоциклит, кожный васкулит и др.) связано с иммунологическими реакциями. С другой стороны, одним из центральных морфологических элементов системных микобактериозов является гранулема. Также он привел пример, что в ученом мире есть мнение, что болезнь Кавасаки может являться последствием аутовоспалительного заболевания коронарных артерий. Далее лектор перечислил эффекты цитокина интерлейкина-1бета и отметил, что лечение связано с блокированием действия интерлейкина. В докладе прозвучало, что единственным реальным способом остановить неуклонное прогрессирование РА являются максимально ранняя диагностика (при длительности заболевания менее 3 месяцев) и раннее начало активной терапии. Особую роль играет иммунологическая диагностика, в первую очередь – определение аутоантител (РФ, антител к цитруллинированным белкам) и маркеров воспаления (СОЭ, СРБ). АЦЦП – биомаркер аутовоспаления при РА. Иммунограмму при системных болезнях соединительной ткани целесообразно разделить на три блока: 1. Основные субпопуляции лимфоцитов (Basic T- and B subsets). 2. Активированные лимфоциты. 3. Минорные субпопуляции. При этом нужно помнить, что в периферической крови находится около 5% всех лимфоцитов человека. Профессор из г. Семей **Раифа Латыфова Иванова** выступила с докладом «Подходы к диагностике и лечению спондилоартритов (SpA) в реальной практике ревматологии в Казахстане». Она отметила, что их распространенность зависит от частоты HLA-B27 (лейкоцитарных антигенов главного комплекса гистосовместимости) в популяции и состав-

ляет 0,15-1,5%-2%. Мужчины болеют в 3 раза чаще женщин и в основном в подростковом и молодом возрасте.

Критерии диагноза (модифицированные Нью-Йоркские критерии):

1. Клинические признаки: боли в нижней части спины, длящиеся не менее 3 месяцев, уменьшающиеся при физических упражнениях; ограничение движений в поясничном отделе позвоночника; уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки.

2. Рентгенологические признаки: двухсторонний сакроилит (стадии 2-4); односторонний сакроилит (стадии 3-4).



Профессор Р.Л. Иванова заострила внимание коллег, на что нужно обращать внимание при сборе жалоб, анамнеза (энтезит, дактилит, увеит, случаи SpA в семье, перемежающиеся боли в ягодицах, псориаз, асимметричный артрит нижних конечностей); рассказала об изменениях в парадигме SpA. Диагноз достоверен в сочетании одного рентгенологического признака с любым клиническим. При обнаружении HLA-B27 диагноз AC можно считать обоснованным (вероятность около 90%), при отсутствии HLA-B27 – маловероятным. Выявление HLA-B27 указывает на целесообразность провести МРТ крестцово-подвздошных сочленений. Раиса Латыфова осветила алгоритм T2T подхода при SpA: изменение образа жизни (диета, ежедневные упражнения, профилактика травм, прекращение курения); НПВП (ежедневный прием как минимум двух НПВП, как минимум 30 дней); БМАРП (монотерапия или комбинация сульфасалазина, лефлуномида); ингибиторы ФНО (при неэффективности НПВП; эффективны при периферических и внесуставных симптомах) и экспериментальная терапия.



Доклад киевского профессора **В.В. Повознюк** назывался «Мировой опыт применения высоких доз холекальциферола в лечении дефицита и недостаточности витамина D». Прежде чем начать свою лекцию, он показал фотоматериалы, демонстрирующие дружбу Аскара Сейсенбаева с украинскими коллегами, их деловые встречи за рубежом. Гость признался, что Аскар Шакенович пользовался большим уважением и притягивал людей, как магнит.

Благодаря Конгрессу и в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016–2020 годы динамично расширяется практика привлечения ведущих зарубежных специалистов и ученых, клиницистов, талантливых педагогов и организаторов здравоохранения.

Зухра Табаева,
фото автора

БЕСПЛАТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПО ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ПРОФИЛЮ

В Казахстане с начала 2019 года бесплатно прооперировано около 2 тыс. пациентов по ортопедическому профилю.

В Казахстане с начала 2019 года по ортопедическому профилю в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП) специалистами Научно-исследовательского института травматологии МЗ РК (НИИТО) проведено 1940 операций на общую сумму 781 млн. 156 тыс. 703 тенге.

Необходимо отметить, что высокотехнологичные медуслуги в рамках ГОБМП предоставляются гражданам Казахстана на бесплатной основе. Стоимость одной операции варьируется от 170 тыс. тенге до 1,7 млн тенге.

Специалистами НИИТО проведены следующие операции: на позвоночник с применением нейронавигации – 24, вертебропластика – 38, торакопластика – 11, артроскопия – 380, спондилолиз с применением эндокорректора – 34, полная замена тазобедренного сустава – 161, полная замена коленного сустава – 129, частичная замена тазобедренного сустава – 21 и полная замена плечевого сустава – 1.

Напомним, НИИТО МЗ РК занимает лидирующие позиции в своей отрасли, являясь ведущим научно-практическим и организационно-методическим центром, и вносит весомый вклад в развитие ортопедо-травматологической службы в республике, осуществляя развитие кадрового потенциала и внедряя инновационные методы в практическую медицину.

Число ВТМУ по технологиям профиля «Травматология и ортопедия» за 2015-2018 годы увеличилось с 3360 до 3813, в том числе: эндопротезирование коленного сустава – с



470 до 594; тазобедренного сустава – с 712 до 741; артроскопических операций – с 1247 до 1288.

В институте со дня открытия успешно проводятся высокотехнологичные операции, в том числе на постоянной основе выполняются артроскопические вмешательства на коленном и плечевом суставах (минимально инвазивная хирургическая манипуляция, осуществляемая в целях диагностики и/или лечения поврежденных внутренней части сустава. Проводится через разрез в 1 см). В 2018 году на базе НИИТО выполнено более 1288 артроскопических вмешательств, преимущественно реконструктивного характера.

Также на базе НИИТО активно разрабатываются и внедряются клеточные технологии в коррекции патологии хрящевой ткани (выращивание клеток на базе ткани пациента). Совместно с Национальным центром биотехнологии разработана методика выращивания аутологичных мезенхимальных стволовых клеток синовиальной оболочки, пройден этап доклинических исследований, в настоящее время проводится внедрение в клиническую практику.

11 АПРЕЛЯ – ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ БОРЬБЫ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Он отмечается по инициативе Всемирной организации здравоохранения, которая учредила его в 1997 году. Дата этого праздника выбрана в память о докторе Джеймсе Паркинсоне (день рождения 11 апреля), который клинически выявил заболевание центральной нервной системы, впоследствии получившее его имя. Из-за основных симптомов Паркинсон называл недуг дрожательным параличом: движения больных замедляются, становятся скованными, мышцы сильно напрягаются, а руки, ноги, подбородок или все тело бесконтрольно трясутся. Впрочем, в четверти случаев дрожания самого известного признака болезни до сих пор нет.

В Казахстане в Национальном центре нейрохирургии успешно прооперированы более 300 пациентов с болезнью Паркинсона.

11 апреля по инициативе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно проводится Всемирный день борьбы с болезнью Паркинсона (World Parkinson's Day). Этот день призван повысить информированность общества о заболевании, оказать поддержку больным и их семьям, а также внести свой вклад в преодоление недуга.

В рамках этой даты АО «Национальный центр нейрохирургии» в период с 10-11 апреля 2019 года проводит бесплатные консультации неврологов для пациентов с двигательными расстройствами и болезнью Паркинсона. Прием ведут неврологи Центра, специализирующиеся на диагностике и лечении двигательных расстройств, болезни Паркинсона и других дегенеративных заболеваний.

Пациентка Бакыткуль Таукуеновна страдает болезнью Паркинсона с 2006 года, у нее появилась замедленность движения и сильное дрожание правой руки, а через 4-5 лет присоединилась уже левая сторона. В связи с прогрессированием болезни появилась неустойчивость, также пациентка была вынуждена повышать дозировку лекарственных противопаркинсонических средств, что вызвало выраженную лекарственную дискинезию. Пациентка не могла самостоятельно обслуживать себя, постоянно находилась дома, передвигалась только в сопровождении.

В 2014 году в Национальном центре нейрохирургии Бакыткуль Таукуеновне была сделана операция по глубокой стимуляции головного мозга. Вот уже пятый год женщина



живет с маленьким приборчиком размером с мобильный телефон-раскладушку, который позволяет ей менять одну программу на другую в зависимости от самочувствия, который, как отмечает женщина, улучшило ее качество жизни, и дает возможность контролировать координацию в ее движениях и обслуживать себя без посторонней помощи.

Сегодня женщина приехала вновь в Центр нейрохирургии, чтобы заменить батарею данного устройства и снова жить как полноценный человек.

Исходя из мировой статистики, в Казахстане на сегодняшний день поражено более двадцати тысяч человек, страдающих болезнью Паркинсона, у которых появился шанс значительно повысить качество своей жизни.

С 2013 года АО «Национальный центр нейрохирургии» внедрил и успешно применяет нейрохирургические методы лечения данной патологии – глубинную нейростимуляцию головного мозга и методику проведения аблятивных вмешательств, таких как паллидотомия и таламотомия. На сегодняшний день в Национальном центре нейрохирургии проведено более 300 хирургических вмешательств при болезни Паркинсона.

Данные высокотехнологичные операции в Казахстане проводятся бесплатно в рамках ГОБМП.

Исходя из мировой статистики, в Казахстане на сегодняшний день поражено более 20-ти тысяч человек, страдающих болезнью Паркинсона, у которых появился шанс значительно повысить качество своей жизни. С 2013 года АО «Национальный центр нейрохирургии» внедрил и успешно применяет нейрохирургические методы лечения данной патологии – глубинную нейростимуляцию головного мозга и методику проведения аблятивных вмешательств, таких как паллидотомия и таламотомия. На сегодняшний день в Национальном центре нейрохирургии проведено более 300 хирургических вмешательств при болезни Паркинсона.

МАКСИМАЛЬНЫЙ ОХВАТ ПАЦИЕНТОВ ЖИЗНЕННО НЕОБХОДИМЫМ ЛЕЧЕНИЕМ

GlaxoSmithKline отказались включить в добровольную лицензию Казахстана для возможности закупить аналог препарата через международные организации с 25-кратным снижением цены, охватив таким образом всех состоящих на учете пациентов.

Договоренность о более чем 25-кратном снижении цены на терапию при покупке генерического препарата Долутегравир до уровня 4,5 доллара за упаковку была достигнута в рамках сотрудничества с международной организацией ПИРООН и ТОО СК «Фармация». Такое снижение цены позволило бы охватить самой современной антиретровирусной терапией всех казахстанских пациентов с ВИЧ, которым такая терапия показана.

Однако, по словам представителей патентообладателя, компании GlaxoSmithKline, закуп генерического Долутегравира возможен лишь в странах с невысоким уровнем доходов населения и/или находящихся в критической ситуации. Таким странам правообладатель предоставляет лицензию, однако Казахстан, как страна с уровнем дохода выше среднего, на такую лицензию претендовать не может. К слову, в регионе такие права получили Украина, Таджикистан и Узбекистан.

Вместе с тем, выделенный государством бюджет не позволит охватить терапией всех пациентов с ВИЧ по ценам, предлагаемым поставщиком. Для решения сложившейся ситуации Министерство здравоохранения инициировало проведение на базе СК-Фармация круглого стола с участием представителя GlaxoSmithKline – производителя препарата Долутегравир, а также пациентских организаций.

В своем выступлении на круглом столе с участием производителя и пациентских организаций, Председатель комитета фармации МЗ РК Людмила Бюрабекова отметила, что усилия Министерства здравоохранения направлены на обеспечение максимального охвата пациентов жизненно необходимым лечением, возможным при максимальном снижении цен на препараты для антиретровирусной терапии.

Однако, по словам Джеймса Брингло, коммерческого директора по регионам Россия/СНГ, Ближний Восток и Африка ViiV



Healthcare, предложенная Казахстану цена на Долутегравир является максимально сниженной, учитывая уровень доходов населения. Тем не менее, по словам директора по работе с государственными органами, политике и доступу препаратов ViiV Healthcare Анджели Рэдклифф, своей основной задачей GlaxoSmithKline видит максимальный охват пациентов качественным современным лечением пациентов с ВИЧ. В этой связи в настоящее время компанией прорабатываются инструменты сотрудничества с ЮНИСЕФ для обеспечения пациентов, но эти инструменты заработают не ранее следующего года.

Представитель пациентской организации, директор филиала Общественного фонда «Answer» Елена Растокина в своем выступлении отметила, что в настоящее время в Казахстане сложилась острая ситуация с доступностью препарата Долутегравир – одного из ключевых препаратов для лечения ВИЧ-инфекции, запасов которого хватит лишь на три недели, после чего может возникнуть необходимость изменения схем лечения пациентов, живущих с ВИЧ. Сложившаяся ситуация требует срочного решения.

По итогам встречи Председатель комитета фармации Людмила Бюрабекова сообщила о планах Минздрава рассмотреть возможность получения принудительной лицензии на препарат в судебном порядке. Компания ViiV Healthcare письмом подтвердила свое намерение сохранить запрет на лицензирование для возможностикупа Казахстаном генерического долутегравира, так же как и сохранить цену на препарат.

ЛЕЧЕНИЕ СТВОЛОВЫМИ КЛЕТКАМИ – НАДЕЖДА ПАЦИЕНТОВ С ХСН

Есть ли выход для больных с хронической сердечной недостаточностью? Как улучшить качество жизни пациентов с ХСН до получения донорского сердца? Об этом рассказывает врач-кардиолог отдела интервенционной кардиологии №2 АО «ННМЦ» Назгуль Кульмырзаева.

Хроническая сердечная недостаточность — это состояние, при котором сердце не может перекачивать кровь в достаточном объеме, в результате чего органы и ткани испытывают нехватку кислорода и питательных веществ.

ХСН развивается по разным причинам, но самыми очевидными признаками сердечной недостаточности являются одышка и отеки. Одышка наступает в связи с застоем крови в легочных сосудах и повышенной потребностью организма в кислороде. Отеки появляются из-за застоя в крови в венозном русле. «Сердечная недостаточность является глобальной проблемой во всем мире. В мировой статистике от момента выявления симптомов СН 5-летняя смертность является очень высоким, равнозначным онкологическим заболеванием, таким как рак легких. На сегодняшний день лечение сердечной недостаточности прошло большой путь – от медикаментозного лечения, до хирургического вмешательства, трансплантации сердца. Трансплантация сердца при тяжелых СН является методом выбора, однако, проблема донора не дает возможности оказать помощь всем пациентам, нуждающимся в трансплантации. И на сегодняшний день лечение пациентов с тяжелым СН с применением опыта регенеративной терапии, с использованием стволовых клеток как собственных, так и стволовых клеток донора или клеточных культур, а также использование специфических факторов роста, которые стимулируют выход стволовых клеток в периферический кровоток стала реальностью» — рассказывает Назгуль Кульмырзаева.

По словам доктора первичной терапевтической целью этих инновационных стратегий является сокращение нежизнеспособной ткани миокарда путем создания новой функциональ-



ной сердечной ткани и активизации эндогенных сердечно-сосудистых механизмов восстановления. Лечение стволовыми клетками подходит людям с диагнозами: ишемическая кардиомиопатия, дилатационная кардиомиопатия, гипертоническое ремоделирование сердца с низкой фракцией выброса левого желудочка ниже 40% по данным эхокардиографии.

«Трансплантация стволовых клеток проводится в два этапа. Первое — забор костного мозга из подвздошной кости — миелоэкспузия. Второй этап — миелотрансплантация, затем через 3 месяца пациент должен снова госпитализироваться по предварительной дате. Терапию можно повторять до 5 раз. При этом максимальный эффект лечения у большинства пациентов проявляется через 6-7 месяцев. У пациентов уменьшается симптомы сердечной недостаточности и улучшается качество жизни» — делится Назгуль Кульмырзаева.

По статистике хронической сердечной недостаточностью чаще болеют мужчины, средний возраст больных от 42 до 56 лет.

«Если взять всех пациентов, которые ранее пролечились в нашем центре, то из них всего 10 процентов женщины. Нужно отметить, что заболевание молодеет. Поэтому, лечение с применением регенеративной терапии стволовыми клетками при СН является «новой надеждой» пациентам с СН и открывает новые возможности в лечение сердечной недостаточности», — добавила доктор.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ПРЕЗИДЕНТІ ІС БАСҚАРМАСЫНЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОРТАЛЫҒЫ ЕЛІМІЗДЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ОҒАЛТУДЫ ЖАНДАНДЫРЫП ЖАТЫР. БАСПАСӨЗ ХАБАРЛАМАСЫ



Бурабай кенті, 2019 жылғы 18-19 сәуір «Шипажай» форумын Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасының тапсырысы бойынша Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасының Медициналық орталығы төртінші жыл қатарынан өткізеді. Бұл тұрақты халықаралық алаң, оған бүкіл дүниежүзінен мамандар қатысады және Қазақстанда медициналық оңалтудың ауқымды мәселелерін шешуге көмектесе отырып, кәсіби тәжірибелерімен бөліседі.

«Медициналық оңалту форумның басты тақырыбы ретінде кездейсоқ таңдалған жоқ, өйткені 2020 жылы міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыруды енгізумен бірге бізге жаңа тарифтік саясатты есепке ала отырып, санаторийлік-курорттық саланы одан әрі дамыту мәселесін шешу қажет» - деді Іс Басқармасы Медициналық орталығының басшысы Алексей Цой.

Өкінішке қарай, бүгінде біздің елімізде қалпына келтіру емінің қажеттілігі аса жоғары болса да, емдеу бағдарламаларының міндетті бөлігі бола алмай отыр, жыл сайын операциядан кейін 400 000 мыңнан астам адам оңалтуға мұқтаж болады. Президенттік аурухана дерігерлерінің үш жылдық зерт-

теулерінің нәтижесінде санаторийлік-курорттық және қалпына келтіру емдерінен өткен пациенттердің арасында жылына дәрігерлерге жүгіну саны 20%-ға төмендеген. «Медициналық нәтижелерден бөлек елеулі экономикалық нәтиже де бар, яғни жұмыс беруші қаржыны не еңбекке жарамсыздық парақтарына мүлде жұмсамайды, не ол төлемдер айтарлықтай қысқарады» - деп санайды зерттеу жүргізген авторлардың бірі – директордың ғылым жөніндегі орынбасары, Президенттік аурухананың онкологі Насрулла Шаназаров. Сонымен қатар, санаторийлердің қолжетімді болмауынан халықтың мүгедектік деңгейі есуде, аурулардың асқину қатері артауда.

Президент Іс Басқармасының Медициналық орталығы осы мәселені ЖҮЙЕЛІ түрде шешуге мүдделілік танытуда және бірнеше маңызды қадам жасалды:

1. Сапа: ҚР ПІБ МО санаторийлеріне Europe Spa халықаралық аккредиттеуді (Қазақстанда алғаш рет) енгізу, оны сақтандыру компанияларының қолдауымен Дүниежүзілік сараптамалық комиссия әзірлеген. Europe Spa – бұл сапа, қауіпсіздік пен сервис стандарттары, оған бүкіл әлем сенеді. Аккредиттеу

қызмет көрсетудің құнына ешқандай әсер етпейді, бірақ клиенттің үмітін еселеп арттырады. Форумға Europe Spa аккредиттеу саласында әлемдік деңгейдегі сарапшы Теодор Штоффира қатысады.

2. Білім: Тәжірибе алмасу және ынтымақтастық. Форумда Іс Басқармасының Медициналық орталығы Венгрия елшілігімен және «Kazakh Tourism» ұлттық компаниясымен ынтымақтастық туралы меморандумдарға қол қояды. Туризмнің Швейцариялық кеңсесі мен Бурабай курортының арасында бірлескен құжатқа қол қою дайындығы жүріп жатыр, сонымен бірге Қазақстанның санаторийлерін консорциумға біріктіріп, еліміздегі клиникалармен меморандумдарға қол қойылады деп күтілуде. Форумға Швейцария, Германия, Чехия, Венгрия, Грузия, Литва, Ресей елдерінен үздік мамандар келеді.

3. Инфрақұрылым: Қазақстан азаматтарының санаторийлік-курорттық қажеттіліктерін ескере келе Щучье-Бурабай курорттық аймағын дамыту жөнінде жұмыс тобы құрылды. Форум күндері жұмыс тобының жиыны өтеді.

4. Тәжірибе: Оңалтудың бірегей технологиясын әзірлеу. Технологиялардың бірі – пан-

томен емдеу – Медициналық орталықтың санаторийлерінде аурулар шоғырын емдеу, иммунитетті нығайту үшін табысты қолданылып келеді. Форумның қонақтары (журналистер) «Оқжетпес» санаторийіне экскурсия жасағанда әртүрлі сауықтыру емшараларын көріп, байқап қарай алады және шипагер жануарларды өсіріп жатқан марал шаруашылығын да көруге мүмкіндіктері бар.

* Қазақстан Республикасы Президенті Іс Басқармасы Медициналық орталығы ұйымдар кешенінен тұрады, оның ішінде Президенттік клиника, Орталық клиникалық аурухана (Алматы қаласында), «Оқжетпес», «Алматы», «Қазақстан» (Ессентуки) санаторийлері, Медициналық технологиялар және ақпараттық жүйелер орталығы, Санитарлық-эпидемиологиялық сараптама орталығы, «Қарлығаш» балабақшасы бар. Іс Басқармасы Медициналық орталығының ұйымдары қазіргі заманғы технологияларды енгізумен, ғылыми зерттеулермен айналысады және тәжірибе жинақтап, сол тәжірибелерімен бүкіл елімізбен бөлісуге дайын.

Пресс-служба Управления Делами
Президента Республики Казахстан

МИНЗДРАВ РК: С 9 АПРЕЛЯ Т.Г. ВСТУПИЛА В СИЛУ НОРМА ЗАКОНА РК, НАДЕЛЯЮЩАЯ КОМПЕТЕНЦИЕЙ ПО РЕГУЛИРОВАНИЮ ЦЕН НА ВСЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

Об этом в ходе брифинга в СЦК рассказала председатель Комитета фармации МЗ РК Людмила Бюрабекова.

«С 9 апреля вступает в силу норма Закона Республики Казахстан, согласно которой Министерство здравоохранения наделено компетенцией регулирования цен на все лекарственные средства. Разработана гибкая регрессивная система оптовых и розничных наценок, согласованная с рынком, НПП Атамекен и профильными ассоциациями. Правила находятся на согласовании в Министерстве юстиции. Все цены будут размещены на интернет-ресурсах МЗ, КФ и НЦЭЛС, а также разработано мобильное приложение», - рассказала Людмила Бюрабекова.

«Год назад, на фоне многочисленных жалоб на перебои в поставках бесплатных лекарственных препаратов, в том числе по которым закуп был произведен своевременно, в марте – апреле 2018 года Министерством было принято решение о создании мониторинговых групп в регионах для проведения проверок», - рассказала Людмила Бюрабекова.

По словам руководителя Комитета фармации, по итогам проверок были выявлены факты неполучения пациентами выписанных лекарств, при отметке в программе ИСЛО о факте получения, а также неиспользованные остатки лекарственных средств и изделий медицинского назначения. Остатки лекарственных препаратов и медицинских изделий за 2016 – 2017 годы в 11 регионах страны на общую сумму 4,3 млрд. тенге. При этом в ИСЛО по регионам остатки отсутствуют, все лекарства списаны пациентам. По итогам проверки Генеральной прокуратуры в регионах на сегодняшний день возбуждено более 20 уголовных дел.

Также Людмила Бюрабекова рассказала, что по поручению министра здравоохранения РК Елжана Биртанова, данным на Коллегии Министерства здравоохранения РК по итогам 2018 года, проведен мониторинг анализа рационального использования лекарственных средств и обеспеченности лекарственными средствами пациентов с психическими, онкологическими заболеваниями, ВИЧ/СПИД и больных туберкулезом в 2018 году в 70 медорганизациях Казахстана.

По словам Людмилы Бюрабековой, результаты мониторинга выявили факты некорректного (избыточного) формирования потребности, нерегулярного обеспечения пациентов лекарственными средствами и не в полном объеме, нерациональное использование лекарственных средств и обеспечение больных препаратами сверх нормы потребления, отсутствие записей о выданных рецептах, включение в лекарственный формуляр медицинских организаций препаратов, не имеющих доказанную клиническую эффективность, самостоятельный закуп лекарственных препаратов по цене, превышающей утвержденные предельные цены, отсутствие в регистре диспансерных больных пациентов, подлежащих бесплатному лекарственному обеспечению, несоответствие выписанных рецептов по количеству лекарственных средств в информационной системе и амбулаторной карте больного. Все материалы мониторинга переданы в Генеральную прокуратуру РК для принятия мер.

«Более того, начат второй этап мониторинга в виде перекрестных проверок в регионах с участием представителей территориальных департаментов Комитета фармации МЗ РК из разных регионов. Срок окончания



мониторинга – 29 апреля», - сообщила Людмила Бюрабекова.

Кроме того, для решения вопроса рационального планирования лекарств для бесплатного амбулаторного обеспечения пациентов Министерством принято решение о переходе на электронный формат при формировании заявки.

Также председатель Комитета фармации сообщила, что завершена интеграция Регистра диспансерных больных с Информационной системой лекарственного обеспечения МЗ РК и Единой фармацевтической системой СК-Фармации.

Исполняющий обязанности председателя правления ТОО «СК-Фармация» Берик Шарип рассказал, что для мониторинга лекарственного

обеспечения в компании используются инструменты обратной связи. «Обращения на номер контакт-центра 1439 обрабатываются индивидуально, решение вопроса фиксируется звонком оператора контакт-центра пациенту. За время работы контакт-центра поступило 10 тысяч обращений от граждан, в том числе 5 тысяч – на 1 квартал 2019 года», - рассказал Берик Шарип.

Также руководитель единого дистрибутора рассказал о запуске на портале компании интерактивного справочника по остаткам лекарственных препаратов в медорганизациях. «Теперь заявки медорганизаций на лекарственные препараты стали еще более прозрачны для пациентов: справочник выполнен в формате интерактивной карты, где пациенты сами смогут увидеть в онлайн-режиме всю информацию по заявке медицинских организаций на лекарственные средства: была ли размещена заявка на искомый препарат медицинской организацией, в каком количестве и по какому графику, а также его наличие на текущий момент и планируемые сроки следующих поставок», - сказал и.о. председателя правления ТОО «СК-Фармация».

Пилотное тестирование интерактивного справочника было осуществлено в 1 квартале, а с 1 апреля заработал в рабочем режиме для всех пациентов.

Также Берик Шарип рассказал и о ходе отгрузки лекарств в регионе. По его данным, в медицинские организации страны к настоящему моменту отгружено медикаментов на сумму 33,5 млрд. тенге.

За 1 квартал в Казахстане было выписано порядка 2,1 млн. рецептов на сумму 14 млрд. тенге, а получили казахстанцы по рецептам бесплатные лекарства на сумму 13 млрд. тенге.

АРХИТЕКТОРЫ ЗДОРОВЬЯ

Если говорить о профессии медика, то она существует не одно столетие. Во все времена к ним относились прекрасно – когда в них была острая необходимость, неуважительно и безразлично – если в данный момент они не нужны. У многих из нас время от времени появляется необходимость обратиться к врачу.



В хирургическом отделении Кокшетауской поликлиники, в народе центральной работает удивительная женщина – старшая медсестра **Сулушаш Бекишовна Жумабекова**. А родом она из бывшего целинного совхоза «Херсонский», моего родного Кзылтуского, ныне Уалихановского района Северо-Казахстанской области. Архивные источники о нашей малой родине гласят: «Бесконечная и ковыльная степь, гордые беркуты, ...большие табуны лошадей на пойменных лугах Текинского и Слетинских озер» и – это все Кзылту, которому уже за 90 лет. «А еще безбрежное море спелой, золотой пшеницы, скрип деревянной телеги, привкус белоснежного кумыса, запах кизячного дыма – и это малая родина наша, которую никогда не забыть». (из книги автора «...Кокшетау – души целитель!»). С моими словами перекликаются прекрасные строчки из стихотворения поэта С.Рахимова:

*«...Я млею от запаха курта,
Пьянит ароматный кумыс.
И, кажется, хочется юрте
Взлететь белым лебедем ввысь».*

Если вернуться к нашей героине, то «детско-юношеские годы прошли как у всех», отмечает Сулушаш Жумабекова. После школы поступила в городе Омске в медицинское училище, в 1986 году получив диплом медсестры широкого профиля, стала трудиться сначала в совхозе «Озерный», затем Амангельдинский, а именно в ауле Джамбул, в ФАПе

– медсестрой. После повышения квалификации в 1993 году была переведена заведующей сельской амбулаторией в Амангельдинский совхоз.

Сельские медики, как и городские, – это люди, которые ежедневно несут тяжелое бремя ответственности за самочувствие больных, их выздоровление или даже жизнь. Им вдвойне тяжело работать в сельской местности. Приходится бывать и акушером, даже хирургом, оказывать первую неотложную медицинскую помощь, кем только ни приходится бывать, что и говорить. С коллегами из районной больницы выезжали и в слякоть, и в буряны на медицинский осмотр населения, при этом проводили работу с детьми, выполняли вовремя план, проводили много других мероприятий в своей компетенции. Рядом, как в городе, других медиков не было, и на это все один заведующий ФАПом. Работать медиком на селе, как и в прошедшие годы, и сейчас, было и есть – настоящий подвиг, ведь пришлось быть квалифицированным специалистом во всех отраслях медицины.

В 1999 году по семейным обстоятельствам пришлось переехать в город Кокшетау. С июня того же года была принята медсестрой в городскую поликлинику. Сначала работала в ЦСО, затем в кабинете УЗИ, после была переведена в ФГДС, с 2003 года работала в онко-кабинете медсестрой. Пришлось поработать и в перевязочной, и на приеме принимать больных вместе с врачами. Проводила диспансеризацию, сверку в АООД, составляла и предоставляла отчеты. В онко-кабинете поработала 16 лет, за свой нелегкий труд медсестры имеет грамоты и другие поощрения своей поликлиники, но самое важное для нее – это благодарность людей, их теплые слова и письма в поликлинику с благодарностью о ней. Так что трудовую квалификацию получила хорошую. «Всякое было за 33 года, но все преодолела, выдержала, работала, училась и снова работала», – отмечает старшая медсестра хирургического отделения Сулушаш Бекишевна.

«Например, врачи, если больной не тяжелый, то общаются с ним один-два раза в день. А медсестры, санитарки – все время. Негатива медсестрам достается больше. О санитарочках вообще можно говорить – очень много. Они за мизерную заработную плату выполняют очень большую, а для некоторых людей не очень приятную работу. Тем более в хирургии, – рассказывает Сулушаш Бекишевна. Я уважаю людей, которые ценят труд нашего медицинского персонала».

С. Жумабекова свой опыт приобрела упорным трудом и при этом произносит важ-

ную фразу: «Разочарования в профессии нет. Мне всегда интересно, познавательно углубляться в выбранную специальность». Ныне старшая медсестра высшей категории Сулушаш Жумабекова продолжает трудиться в отделе хирургии и травматологии.

Любит она в свободное время, что очень редко бывает, готовить, печь, вязать, счастлива в браке с супругом Адаем Жумабековым, который с сыном Асхатом трудится в ИП «Курылыс Адай». У сына Асхата и его супруги Жанары четверо детей. Дочь Айнагуль живет и работает в сельском округе Карла Маркса Кзылтуского, ныне Уалихановского района – в акимате бухгалтером, с мужем Ерланом воспитывают троих детей. Вместе с супругом, счастливы в окружении своих родных, детей и семерых внуков.



Ее коллега старшая медсестра оперативного и центрального стерилизационного отделений (ЦСО) **Марзия Калкешевна Жанатасова** работает в городской поликлинике с 1994 года. А трудовую свою деятельность начала после окончания Кокшетауского тогда медицинского училища в 1992 году, получив диплом зубного врача, во врачебной амбулатории села Карасевка, ныне Айыртауского района тогда еще Кокшетауской области.

Странички биографии свидетельствуют, что Марзия Жанатасова родилась в 1971 году. В поселке Трудовое, ранее совхоз, был организован в 1961 году, ныне аул Енбек Алексеевского ныне Аккольского района тогда Целиноградской области.

Исторические сведения констатируют, что «территория данного района находится в пределах степной зоны. Преобладают черноземные почвы. На межзопочных пространствах распространены типчаково-полынные степи. Леса занимают около 50 га. Древесно-кустарниковый состав: осина, береза, тополь, шиповник, вишня степная. Водятся волк, лисица, барсук, корсак, степная пеструшка, сус-

лик. В водоёмах – щука, сазан и другие. Функционируют заводы железобетонных конструкций, мясо- и молочный комбинат, лесхозы и другие. Большая часть населения занята в сельском хозяйстве. Основное направление – зерновое хозяйство». Вот в таких местах прошли детские и юношеские годы Марзии Жанатасовой. Школу окончила в 1988 году. Она выросла в многодетной, дружной, рабочей семье, у родителей их – восемь детей. Из детства часто вспоминается родное село, отчий дом, когда вся семья собиралась вокруг стола за едой.

В своей работе Марзия Жанатасова считает, что проявление душевного внимания к пациентам медиками необходимо в работе, и это стараются прививать молодым своим коллегам.

«Работа моя мне нравится – рассказывает старшая медсестра М. Жанатасова, – и коллектив у нас дружный, много уже молодых медиков, задронные, работоспособные, везде участвуем, дружно работаем и живем. Рядом работают опытные врачи и медсестры, училась у таких асов, как главные медсестры нашей поликлиники – Г.А. Нурсейтова, Б.С. Исмагулова и другие. Вообще невозможно выделить кого-то особо. Все стараются, работают, каждый на своем месте трудится с большой отдачей. Сама стараюсь пополнять свои знания, постоянно повышаю свою квалификацию».

Обязанностей у старшей медсестры М. Жанатасовой хватает – это и составление графика выхода на работу, ежедневный обход отделений, контроль выписки больничных листов и вызова врачей на дом, график приема врачей и многое другое.

«У Марзии Калкешевны есть свое природное милосердие. Она никогда ни в чем не подвела людей, не нарушила клятвы Гиппократова. Она любит трудиться и честно жить, с утра до вечера находясь в поликлинике», – отмечают ее коллеги. Не зря великими отмечено: «Жизнь рода человеческого есть его воспитание».

У работников сферы здравоохранения – самая гуманная и ответственная миссия: забота о самом дорогом – жизни и здоровье. Благородный труд медиков, сопряженный с огромной ответственностью, пользуется заслуженным уважением и почетом среди людей.

Дорогие наши медики, спасибо за ваш тяжелый труд, за терпение и доброту, за то, что рядом в самый тяжелый час! Сил вам и здоровья, пусть окружают вас любящие близкие и благодарные пациенты!

**Гульбаршин Салык,
член Союза журналистов
Республики Казахстан**

С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ПРАЗДНИКОМ, 103!

28 апреля – День работников Скорой медицинской помощи!

Одна из версий выбора даты связана с тем, что 28 апреля 1898 года в Москве открылись первые две станции скорой медицинской помощи. На каждой станции были конная карета, перевязочный материал, носилки, некоторые инструменты и лекарственные средства. Задача этих станций заключалась в оказании первой помощи при внезапных заболеваниях и несчастных случаях в общественных местах, а также транспортирование больных в лечебное учреждение. Есть информация, что первые московские кареты скорой помощи, прежде всего, спасали пьяных людей, которые находились на улице в бессознательном состоянии.

Первая в мире станция скорой помощи была создана в Вене в 1881 году после пожара в Большом театре, во время которого было много пострадавших, оставшихся без какой-либо помощи. По инициативе венского врача Ярослава Мунди была организована станция скорой помощи, в ее задачи входило оказание первой помощи пострадавшим и транспортирование их. Эта станция не имела штатного состава и пользовалась помощью добровольцев – врачей и студентов-медиков.

А еще раньше, в IV веке, на дорогах, ведущих в Иерусалим, были организованы так называемые странноприимные дома для оказа-

ния помощи путникам. В 1092 г. в Англии был учрежден орден Иоаннитов, в задачу которого входило обслуживание больных в госпитале в Иерусалиме и оказание первой помощи путникам на дорогах. В начале XV века – в 1417 г. – в Голландии была организована служба для оказания помощи тонущим на многочисленных каналах, перерезающих эту страну.

В своей книге «История медицины Алматы» известный в Казахстане врач Амантай Биртанов (долгие годы успешно возглавлявший БСМП), писал: «Служба Скорой медицинской помощи впервые в Алма-Ате создана в 1926 году при центральной городской амбулатории. В феврале 1927 года передана амбулатории городской больницы, ее первый штат состоял из 4 человек персонала, в ней работала 1 кучер, имелась 1 лошадь и 1 повозка. Собственного транспорта для обслуживания больных на дому скорая помощь не имела. Случаи вызовов на дом были очень редки, 7-8 вызовов в день. 5 февраля 1928 года при городской больнице создан пункт скорой помощи, который 15 февраля 1928 года переименован в отряд скорой помощи, имевший 2 выездные бригады. По состоянию на 1930 год отряд состоял из 5 врачей, 4 шоферов и 4 санитаров. В 1934 году отряд переименован в станцию скорой медицинской помощи при городской больнице». (В книге А. Биртанова, Е. Биртанова «История медицины Алматы», из-

данной в 1998 году к 100-летию БСМП, становлению службы «03» г. Алматы посвящена Х глава.) В составе Станции скорой медицинской помощи Алматы на 11 подстанциях действуют 177 выездных бригад.

С профессиональным праздником сотрудников службы 103 поздравил министр здравоохранения РК Елжан Биртанов: «Самое важное в вашей повседневной работе – это профессионализм врачей и фельдшеров, их диагностический опыт и опыт молниеносного принятия верного решения, которые определяют всю дальнейшую тактику на догоспитальном этапе. Каждое их действие требует глубоких знаний и отточенных действий. Именно поэтому одним из основных направлений модернизации службы является повышение потенциала сотрудников скорой помощи. Большое внимание уделяется повышению квалификации медицинского персонала. Для обучения сотрудников в условиях, максимально приближенных к реальным, создан и эффективно работает Учебно-тренинговый центр, который оборудован самыми современными манекенами-симуляторами. Продолжено внедрение международных стандартов оказания экстренной медицинской помощи. Таким образом, как показатель повышения качества оказания медицинской помощи, в сравнении с 2016 годом, в 2018 году показатель успешной реанимации улучшен на 11%: в 2016 году

показатель составлял 35,7%, в 2017 – 40,5, на конец 2018 года при плановом значении на 2018 год – 45%, по итогам 12 месяцев 2018 года показатель успешной реанимации составил 46,7% от всех реанимаций, проведенных сотрудниками скорой медицинской помощи.

По итогам 2018 года в результате проведенной модернизации уже значительно сократилось время доезда до пациента. В сравнении с 2017 годом, уже в июле 2018 года время доезда сократилось с 25 до 18 минут, на конец 2018 года средняя скорость доезда составила 15 минут 42 секунды. Соответственно снизилось количество вызовов 103, обслуженных с опозданием. В сравнении с 2016 годом в 2018 году количество вызовов, обслуженных с опозданием, сократилось на 1,4% – на 102 078 случаев. Улучшение данных показателей отразилось на снижении показателя догоспитальной смертности: в сравнении с 2016 годом показатель снижен на 1048 летальных случаев. В рамках пилотного проекта внедрен новый формат работы приемных отделений стационаров – результат обучения специалистов, внедрение стандартов, редизайн и реконструкция, улучшение материально-технического оснащения. Все эти положительные изменения и достижения – результат упорной работы сотрудников службы 103!»

**Сотрудники подстанции
№6 ССМП г. Алматы**



ОБСУЖДЕНЫ СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ

19-20 апреля в Алматы прошел 7-й Конгресс по лабораторной медицине. Организатор - Казахстанская ассоциация медицинской лабораторной диагностики (КАМЛД) посвятила мероприятие актуальным вопросам развития современной лабораторной диагностики в Казахстане в условиях формирующейся интегрированной системы здравоохранения, которая ориентируется на нужды пациента.

В работе международного конгресса приняли участие руководители и сотрудники клинико-диагностических лабораторий, медицинских компаний, врачи клинического профиля, сотрудники профильных вузов и НИИ, а также ведущие ученые и эксперты из Казахстана, ближнего и дальнего зарубежья.

Свою поддержку конгрессу оказала Международная федерация клинической химии и лабораторной медицины (IFCC). В числе организаторов конгресса Министерство здравоохранения РК, АО «Национальный медицинский университет», Казахстанская ассоциация медицинской лабораторной диагностики, соорганизатором выступила Ассоциация клинических цитологов РК.

С каждым годом возрастает потребность отечественной медицины в лабораторных анализах, ставших неотъемлемой частью лечебного процесса. Внедрение новых организационно-правовых форм деятельности клинико-диагностических лабораторий является жизненно необходимой составляющей для их правильного функционирования и приближения к общемировым стандартам. Анализ показал, что наблюдается тенденция роста общеклинических и иммунологических исследований, выполняемых в медицинских лабораториях.

В программу Конгресса вошли презентации научных и практических достижений по основным направлениям клинической лабораторной диагностики. Активно обсуждались и дискутировались проблемы подготовки и аккредитации специалистов лабораторной медицины, логистики лабораторных потоков для оптимизации финансовых и трудовых затрат, внедрение в лабораторную практику новых технологий, системы регистрации медицинских изделий и изделий in vitro диагностики в рамках международного сотрудничества.

Подчеркивая цели и задачи мероприятия, президент Казахстанской ассоциации медицинской лабораторной диагностики, профессор кафедры клинической лабораторной диагностики АО «НМУ» МЗ РК **Мустафа Рысулы** отметил:

- Ежегодно мы проводим международный конгресс, приглашая отечественных и зарубежных специалистов лабораторной медицины, стараясь охватить все области Казахстана, в первую очередь представителей государственных лабораторий системы Минздрава. В работе Конгресса участвуют частные лаборатории, производители реагентов и оборудования, организуя выставки для рекламы и продвижения своих услуг и товаров.

В данном случае сегодня это уже 7-й Конгресс. Его особенность в том, что к нам при-



ехала солидная делегация Международной федерации клинической химии (IFCC), которая в рамках нашей специальности объединяет все мировые организации. Федерация имеет несколько подразделений, которые делятся на Азиатскую, Африканскую, Североамериканскую, Латиноамериканскую, Тихоокеанскую и Европейскую, в которую входит и наша Ассоциация. Поэтому мы попросили президента IFCC профессора Ховарда Мориса и других известных коллег из разных стран провести мастер-класс и семинары в Казахстане.

Дело в том, что в разных странах стандарты по клинической химии разные и, в частности, в Североамериканской и Европейской федерациях подходы к стандартам качества отличаются, эти школы постоянно конкурируют друг с другом.

Система качества лабораторной диагностики напрямую связана с качеством лечения. Ни один врач не рискнет поставить достоверный диагноз, не имея на руках лабораторных показателей. А без постановки правильного диагноза нет эффективного лечения. Сегодня в лабораторных условиях мы можем провести около 10 000 различных лабораторных исследований, но в реальной жизни применяем около 200. Это и цитологические исследования, и гистологические, и онкомаркеры.



В Казахстане в этой отрасли есть ряд проблем. Это вопросы кадрового дефицита, нехватка специалистов с высшим и средним медицинским образованием, низкий уровень информатизации лабораторных процессов, отсутствие экспертных и национальных референс-лабораторий по клинико-диагностическим исследованиям, отсутствие национальной модели лабораторной службы РК.

Существует также технологическая проблема. Технологический рывок, который сделал запад, недостижим для нас и мы его пока не можем догнать в плане цифровых технологий. В ведущих странах, к примеру, вы можете позвонить в лабораторию, которая присылает вам специальные контейнеры, после чего анализы отправляются также по почте. Это очень удобно и позволяет сэкономить время, сделать анализы дистанционно, не идти в лабораторию. Или, например, взяли биоптат костного мозга, сделали препараты, показали их специалистам, которые находятся за тысячи километров, и они поставили диагноз. И последнее достижение цифровых технологий – это мобильные приложения.

Мы отстаем от передовых стран в плане развития геномных технологий. У каждого человека есть свой уникальный геном, где записаны все его болезни. Данные технологии позволяют посмотреть геномный код пациента и сделать его клинический паспорт. Это сегодня необходимая составляющая для врача, по ней можно делать профилактику и предотвращать болезни.

Следует отметить также проблемы на национальном уровне. В связи с этим необходимо пересмотреть систему образования тарифов лабораторных услуг, учитывая внедрение новых диагностических тестов, недостаточное финансирование для приобретения оборудования и внедрения лабораторно-информационной системы (ЛИС), отсутствие экспертных и национальных референс-лабораторий по клинико-диагностическим исследованиям.

Поэтому современная клинико-диагностическая лабораторная служба должна быть динамичной системой, соответствующей бюджету здравоохранения и при этом направленной на повышение качества и ценности диагностики, - отметил в своем интервью Мустафа Рысулы.

Современные высокоточные методы лабораторной диагностики при ряде заболеваний превосходят по информативности



инструментальные методы и входят в перечень стандартных исследований, необходимых для постановки точного диагноза.

На Конгрессе выступил немецкий профессор **Игон Аман**, председатель департамента «Развитие компетенций в области качества в медицинских лабораториях», который поделился информацией о качестве работы и развитии лабораторной диагностики в Германии.

По словам профессора, в Германии совершенствуется специальный лабораторный сервис для обеспечения качества базы данных в сфере здравоохранения. Несмотря на то, что в этой стране имеется большое количество частных лабораторий, государство вливает в эту отрасль огромные средства, вносит большие инвестиции для новых методов и технологий. Профессор Игон Аман также отметил, что в Германии не стоят так остро, как в Казахстане, кадровый вопрос и нехватка специалистов. Это связано с тем, что большее развитие в стране приобрела автоматизация и роботизация лабораторной службы. Поэтому участия большого количества лабораторных специалистов здесь не требуется. Это очень выгодно с экономической стороны и позволяет исключить человеческий фактор, из-за которого нередко допускаются ошибки.

В рамках Конгресса прошли семинары, выставка современного лабораторного оборудования, реактивов, расходных материалов.

Нынешний Конгресс вновь показал, что является традиционной и авторитетной площадкой для международного сотрудничества, обмена опытом специалистов развитой европейской лабораторной медицины. Согласно рекомендациям профессионального сообщества по итогам работы Конгресса была принята резолюция по развитию национальной модели лабораторной медицины с учетом развития современных мировых тенденций персонализированной медицины.

Болат Беркимбаев

ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ

Во всем мире и Казахстане с каждым годом необходимость в качественных клинических и бактериологических лабораторных исследованиях существенно возрастает – лабораторная медицина занимает важнейшую роль в диагностике различных заболеваний и, следовательно, в выборе правильного лечения.

Открытие на базе ГКБ №7 отдела бактериологии стало значимым событием в жизни клинического учреждения. На церемонии запуска лаборатории отмечалась ее роль в оптимизации инфекционно-эпидемиологического надзора, основанного на тотальном микробиологическом мониторинге за этиологической структурой и распространенностью госпитальных инфекций, эффективном выявлении случаев внутрибольничных инфекций, своевременном осуществлении адекватных противоэпидемических и профилактических мероприятий в стационаре и улучшении микробиологической диагностики сепсиса.

Бактериологическая лаборатория проводит диагностические микробиологические исследования с микроорганизмами 3-4 групп патогенности, серологические исследования по диагностике инфекционных заболеваний, санитарно-бактериологические исследования по производственному контролю отделений.

Выступившие специалисты отметили, что профилактика и лечение воспалительных и гнойно-септических заболеваний являются одними из принципиальных направлений здравоохранения, как мирового, так и отечественного. Это вызвано тем, что с каждым годом увеличивается количество инфекций, послеоперационных осложнений, гнойно-септических заболеваний, повышается резистентность микроорганизмов к антибактериальным препаратам.

Все это ставит качественные микробиологические исследования и современные лаборатории во главу угла, требуя решения вопросов обеспечения ими поликлиник и стационаров.

Сегодня специалисты говорят о большой проблеме, которая грозит человечеству – речь идет об антибиотикорезистентности, устойчивости микроорганизмов к антибиотикам. В результате этого, если прекратить исследования и научные разработки, то человечество вымрет не от войн и не от ядерного оружия, а от крошечных микроорганизмов, которых антибиотики будут только укреплять.

Отмечалось, что во всем мире возрастает тенденция снижения эффективности противомикробных препаратов. В первую очередь, это связано с бесконтрольным, безрецептурным применением антибиотиков. Пациент самостоятельно, без назначения врача принимает антибиотики, чем провоцирует переход инфекционной патологии в хроническую стадию. Подобное отношение к таким сильным препаратам, как антибиотики, не остается безнаказанным – бактерии мутируют, тем самым перестают реагировать на лекарства.

Также неправильный подбор противомикробных препаратов или недоведение пациентом курса лечения антибиотиками до конца только усугубляет ситуацию. Антибиотики широкого спектра действия эффективны против ряда инфекций, но они также убивают и

полезную микрофлору кишечника, от которой зависят работа желудочно-кишечного тракта, иммунитет и все обменные процессы человеческого организма.

Неслучайно Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выразила обеспокоенность бесконтрольным применением антибиотиков на фоне роста частоты случаев инфекционных заболеваний, вызванных бактериями, нечувствительными к существующим антибиотикам. Многие заболевания инфекционного характера все труднее лечить из-за приобретения опасными бактериями резистентности к тем или иным антибиотикам, и тогда потребуются более сильные препараты, что в свою очередь может привести к прогрессирующему развитию невосприимчивости к ним микробов.

Через 20 лет человечество может остаться без эффективных антибактериальных пре-

паратов. И тогда банальная простуда или любое хирургическое вмешательство могут вызвать нежелательный а то и печальный исход.

Заведующая лабораторией ГКБ №7 г. Алматы В. Сон отметила, что для назначения того или иного антибиотика необходимо определить чувствительность к тем или иным антибиотикам. Нерациональное использование антибактериальных препаратов или назначение антибиотиков в случаях, когда в этом нет необходимости, а также чрезмерно длительный или, наоборот, прерванный курс антибактериальной терапии может привести к развитию устойчивого к воздействию антибиотика штамму.

В клинико-диагностической лаборатории ГКБ №7 для определения вида возбудителей инфекции, группы антибиотиков, необходимых для лечения, стали применять бактериологические анализаторы.

Анализатор для культур крови позволяет ежегодно проводить анализ 3600 образцов крови на предмет выявления бактерий или гематогенной грибковой инфекции.

Определять микроорганизмы по стандартизированным биохимическим тестам и выявлять их чувствительность к антибиотикам позволяет автоматическая интегрированная система. Благодаря высокой стандартизации процесса, использование автоматических систем позволяет максимально повысить точность и воспроизводимость результатов.

Преимуществом данных исследований является возможность выделения из гемокультур возбудителей на фоне проводимой антибиотикотерапии. Внедрение современных технологий направлено на достижение достаточного уровня диагностических исследований для надежного выявления возбудителя заболевания и эффективного слежения за процессом лечения. В этом плане квалификация специалистов лаборатории имеет большое значение.

Согласно номенклатуре исследований лаборатория оснащена необходимым оборудованием, соответствующим международным стандартам, что позволяет вести высококачественные исследования. В день лаборатория выполняет свыше 8000 исследований.

ВОЗ признала сепсис (заражение крови) одной из основных причин внутрибольничной

заболеваемости и смертности по всему миру. Это заболевание может быть вызвано большинством микроорганизмов, в том числе бактериями, грибами, вирусами и паразитами. Смертность от сепсиса составляет 30-80%. Отсутствие клинического ответа на лечение и быстрое развитие сепсиса и септического шока являются признаком устойчивости к противомикробным препаратам.

Недостаточное диагностирование сепсиса на ранней стадии, когда процесс еще потенциально обратим, является одной из острых проблем. Для увеличения вероятности выживания большое значение имеют ранняя диагностика и своевременное, адекватное клиническое ведение сепсиса.

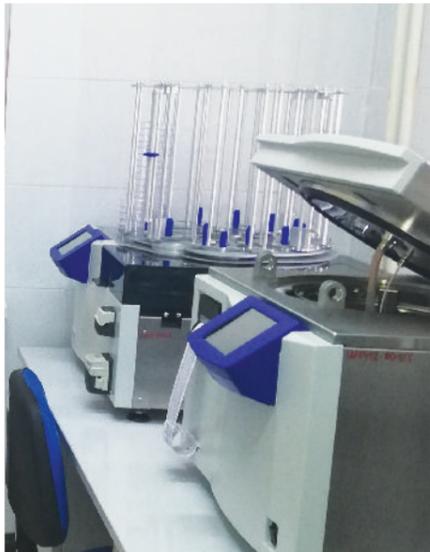
Лабораторные методы исследования нередко являются основными и даже единственными достоверными способами выявления этиологии заболевания, контроля эффективности лечения, корректировки тактики ведения больного.

Проблемы бактериологической службы, которые необходимо решить в кратчайшие сроки, – это распространение инфекционных заболеваний, бесконтрольность применения антибиотиков и антисептиков, низкий уровень развития микробиологических лабораторий.

А во многих лабораториях медицинских организаций микробиологический контроль чувствительности патогенной микрофлоры к лекарственным препаратам вообще не проводится. Не секрет, что в медицинских организациях не налажено снабжение системами экспресс-диагностики, а микробиологические исследования занимают незначительную долю среди других видов лабораторных исследований, тогда как в странах с развитой медицинской долей микробиологических исследований составляет половину от других лабораторных услуг; отсутствие стандартизованных методик, внешнего контроля качества.

Открытие лаборатории на базе крупнейшей больницы стало серьезным шагом к качественно новому уровню бактериологических исследований, что, несомненно, положительно повлияет на улучшение эпидемиологической ситуации.

Омар Куандык



ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА



22 апреля в Алматы в пресс-центре «Интерфакс-Казахстан» состоялась пресс-конференция по актуальным вопросам вакцинопрофилактики в Казахстане.

В ее работе приняли участие ведущие ученые и практические врачи Казахстана, занимающиеся вопросами организации вакцинологии.

По оценкам ВОЗ вакцинация позволяет ежегодно предотвращать порядка 2,5 миллиона случаев смерти. При достижении уровня охвата по 14 вакциноуправляемым инфекциям до 95% во всех странах мира еще 2 млн. детей избежали бы смертельных исходов.

В рамках Национального календаря прививок ежегодно в Казахстане бесплатно около 5 млн. человек, в т.ч. детей 1,3 млн., получают прививки против 21 инфекции, часть которых закупается за счет средств местного бюджета (против вирусного гепатита А, гриппа, туляремии и сибирской язвы). Из республиканского бюджета выделяется около 27 миллионов тенге в год.

Вакцинация в республике проводится против тех заболеваний, которые протекают в тя-

желой форме, с осложнениями, летальными исходами, поражают в первую очередь детей. Дети, страдающие хроническими заболеваниями, иммунодефицитными и другими состояниями больше подвержены риску заболеть управляемой инфекцией и получить тяжелые осложнения инфекций.

- Календарь профилактических прививок имеется во всех странах мира, и дети получают прививки уже в родильных домах против вирусного гепатита В, туберкулеза, полиомиелита в зависимости от эпидемиологической ситуации в стране. В связи со стабилизацией ситуации по полиомиелиту с 2008 года в Казахстане вакцинация против полиомиелита перенесена в более старшем возрасте - на 12-15 месяцев. После стабилизации эпидситуации в Нигерии, Пакистане и Афганистане в мире поэтапно будет решаться вопрос отказа от вакцинации, аналогично отказу от вакцинации против натуральной оспы, - подчеркнула руководитель Управления профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний филиала НПЦСЭИМ Манар Смагул.

Проводимая многолетняя работа по иммунизации населения в Казахстане позволила значительно снизить заболеваемость вакциноуправляемыми инфекциями среди населения. За последние 20 лет и более заболеваемость краснухой снизилась в более чем в 8000 раз (с 8369 случаев в 1995 году до 1 случая в 2018 году), коклюшем - в 5 раз, эпидемическим паротитом - в 120 раз.

По сравнению с допрививочным периодом (вакцинация начата в 1998 году), заболеваемость вирусным гепатитом В среди детей снизилась до единичных случаев (с 965 случаев в 1995 году до 2 случаев в 2015 году, в 2016 году не зарегистрировано). Не регистрируется случаи дифтерии, полиомиелита.

- Все вакциноуправляемые инфекции протекают тяжело и с тяжелыми осложнениями: после коклюша у детей могут развиваться пневмония - у 20%, поражения нервной системы - 0,7-76%, смерть - 0,25-4%; после дифтерии поражение сердца до 60%, поражение нервной системы до 75%, летальность - более 30%; после столбняка очень высока летальность (смерть) - 25-70%. Поэтому необходимо следовать рекомендациям врачей и защитить детей, в этом случае нельзя отказываться от вакцинации против инфекций, - рассказала Жанар Нургуалиева.

В мире за последнее десятилетие стали доступными новые и усовершенствованные вакцины. Затраты на вакцинацию против любой инфекции, эпидемиологическая эффективность которой доказана, примерно в 10 раз меньше, чем затраты, необходимые на лечение данного заболевания.

В настоящее время учеными многих стран доказано отсутствие связи между вакцинацией и ДЦП, а также аутизмом. Журнал «Ланцет» изъясил из своих записей статью, опубликованную в 1998 году, где утверждалась связь вакцинации с развитием аутизма. - сообщила Гулнара Мухамбетова.

В современном мире, где активно развиваются международные связи, туризм, трудовая миграция, риск распространения

любого инфекционного заболевания высок. Снижение охвата вакцинацией неминуемо приводит к утрате коллективной защиты и, как следствие, к возврату инфекций и вспышкам.

Вспышка кори в многих странах в последние годы свидетельствует тому. Так, в 2018 г. от кори умерли 72 жителя Европейского региона из общего числа 82 596 заболевших в 47 из 53 стран региона. В 2018 г. было зарегистрировано рекордное для текущего десятилетия число людей, заразившихся вирусом кори, в 3 раза превышающее показатель за 2017 г. и в 15 раз - за 2016 г.

В свое время сбой в иммунизации привел к накоплению восприимчивых лиц и регистрации вспышки дифтерии, когда в 1995 году в республике заболело 1105 человек, из которых 66 умерли.

Доказано вирусное происхождение развития рака шейки матки у женщин. ВОЗ объявила 2019 год годом борьбы с раком шейки матки. Для профилактики рака шейки матки среди женщин Казахстана проводится скрининг. Все женщины от 30 до 70 лет могут пройти бесплатный скрининг в своих поликлиниках, кратность - раз в 4 года. Скрининг на рак шейки матки в Казахстане проводится на бесплатной основе, - рассказал заведующий отделением онкогинекологии КазНИИОиР МЗ РК, к.м.н. Ерлан Кукубасов.

- В Казахстане зарегистрированы вакцины против рака шейки матки, которые признаны высокоэффективными, безопасными препаратами для снижения смертности от рака шейки матки, - подчеркнула руководитель управления НПЦСЭИМ Айнагул Кутбаева.

Остается добавить, что 2 апреля в Алматы с участием специалистов из разных стран прошла ежегодная конференция по иммунопрофилактике «Актуальные вопросы вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний».

Информацию подготовила
Зухра Табаева

МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ, СИМПТОМЫ И ПРОФИЛАКТИКА



Кадышева Инна Леонидовна, врач-инфекционист высшей квалификационной категории Городской клинической инфекционной больницы им. И. Жекеновой

Менингококковая инфекция - заболевание с воздушно-капельным путем передачи. Практически 80% от всех клинических случаев приходится на детей. Пик заболевания приходится на теплое время года, однако случаи поражения диагностируются и в течение всего года. Каждые одно или два десятилетия наблюдается подъем уровня заболеваемости этой инфекцией. Это происходит из-за смены провокатора, возбудителя инфекции и пере-

меной в структуре иммунитета населения, например, перемена может произойти из-за увеличения слоя населения, более восприимчивого к заражению, ослаблением иммунной системы у взрослых людей.

Возбудителем заболевания является менингококк *Neisseria meningitidis*. Следует отметить, что данный возбудитель практически не устойчив к воздействию внешней среды. Он погибает от перепада температурного режима, влажности, под воздействием солнечных лучей. Вне живого организма вирус погибает через 30 минут.

Носителем заболевания является зараженный человек. Наибольшую опасность представляют больные с пораженными дыхательными путями.

Иммунитета к менингококковой инфекции нет. Не редкость случаи, когда переболевший ребенок повторно инфицировался данным недугом через 2-3 года.

При благоприятных для инфекции условиях, попадая на слизистую оболочку в носоглотку, вирус начинает размножаться. В зависимости от реактивности организма и возраста пациента этот процесс имеет различную продолжительность. Далее инфекция может попадать в кровеносное русло. В таком случае начинается менингококковый сепсис - наблюдается распад менингококков, и начинается выработка эндотоксина. Таким образом, вырабатывается сильный сосудистый яд. В свою очередь это приводит к кровоизлияниям в кожные покровы и внутренние органы.

Инкубационный период данного инфекционного процесса составляет от 2 до 10 дней. На начальном этапе развития менингококковая инфекция по клинической карти-

не практически ничем не отличается от ОРЗ. Если диагностировать заболевание на ранней стадии, осложнений можно избежать. По мере развития патологического процесса, на начальном этапе, можно наблюдать такие симптомы менингококковой инфекции: температура тела повышается до 38 градусов; головная боль; слабость, сонливость; насморк, иногда просто заложенность носа, боль в горле. Такое состояние больного может наблюдаться около трех дней. Так протекает локализованная форма болезни - менингококковый назофарингит.

Выделяют генерализованные формы менингококковой инфекции: менингококковый менингит и менингококцемию. При развитии менингококкового менингита можно наблюдать такие признаки инфекции: температура тела повышается до 39 градусов; больной жалуется на упорную головную боль, тошноту, боль в глазных яблоках, светобоязнь. Отмечаются повторная рвота, не приносящая облегчения, и наличие менингеальных знаков.

Более тяжелой форма менингококковой инфекции - менингококцемия, иначе называется менингококковый сепсис. Больного мучают озноб, лихорадка; боли в мышечных структурах и суставных сочленениях; резкие перепады настроения; тошнота и рвотные позывы; практически полное отсутствие аппетита. На коже нижних конечностей, в частности на коже бедер и ягодичной области, появляется геморрагическая сыпь.

Менингококковая инфекция у детей является практически так же. Однако следует отметить, что сыпь при менингококковой инфекции у них наблюдается гораздо чаще, чем у взрослых. Геморрагическая сыпь, как пра-

вило, проявляется на первые-вторые сутки после проявления первых симптомов. Именно появление сыпи указывает на крайне неблагоприятный прогноз менингококковой инфекции. Как правило, сыпь располагается по всему туловищу и конечностям хаотично. Пятна не имеют четких контуров, светло-розового цвета. Менингококковая инфекция при такой клинической картине может привести к летальному исходу.

Профилактика

Основные мероприятия по борьбе с менингококковой инфекцией направлены на раннее выявление больных и максимальное ограничение возможностей распространения инфекции из очага.

Больные менингитом и менингококцемией подлежат немедленной изоляции в специализированные отделения или в боксы.

В очаге, где был обнаружен случай менингококковой инфекции, проводят бактериологическое обследование на носительство всех, кто находился в контакте с заболевшим. Контактным лицам проводят профилактическую антибиотикотерапию. В очаге инфекции устанавливают активное наблюдение (осмотр кожных покровов и носоглотки у детей), проводят термометрию 2 раза в сутки, в течение 10 дней с момента регистрации последнего случая заболевания.

Выявленные носители, прежде всего в закрытых коллективах, подлежат санации (можно производить с изоляцией детей на дому).

В очаге инфекции следует проводить влажную уборку помещения с хлорсодержащими растворами, частое проветривание, ультрафиолетовое облучение воздуха, кипячение посуды.

ДИАГНОСТИКА

5-6 апреля в библиотеке КазНУ им. Аль-Фараби прошел I Международный конгресс «Лабораторная диагностика в клинической медицине: традиции и новации».

Организаторами мероприятия выступили: ОО «Центрально-Азиатское объединение медицинской лабораторной диагностики и экспертиз», ОЮЛ «Ассоциация лабораторной медицины и экспертиз» и КазНУ им. Аль-Фараби.

Программа мероприятия охватила ряд современных направлений лабораторной медицины с позиции междисциплинарных подходов и интегральных технологий в лабораторной диагностике, интеграции лабораторной медицины с клинической медициной.

В работе Конгресса приняли участие 380 человек, в том числе из Российской Федерации, Республики Беларусь, Кыргызской Республики, Узбекистана, Азербайджана, Бельгии и Франции, а также представители Европейского Бюро ВОЗ. В рамках Конгресса прошла международная выставка оборудования, техники, приборов, расходных материалов и реагентов для лабораторной диагностики.

В ходе заседаний были представлены 48 докладов, обсуждены управленческие, научно-практические вопросы внедрения передовых достижений мировой лабораторной медицины в педиатрии, иммунологии, аллергологии, репродуктологии и урологии, гастроэнтерологии и других направлений клинической медицины. Отдельное внимание было уделено организационным и правовым вопросам лабораторного обеспечения медицинской помощи, додипломной и постдипломной подготовки специалистов, системы применяемой сегодня оценки квали-

фикации специалистов с медицинским и немедицинским образованием, разработки профессиональных стандартов и образовательных программ. Участниками Конгресса было отмечено, что в Казахстане сложилась уникальная структура лабораторной медицины, которая внедряет международные стандарты, наукоемкие технологии, реформируется структура службы в организационных, законодательных, образовательных формах деятельности с учетом возросшего в последние годы ее материально-технического потенциала.

На круглом столе «Лабораторная диагностика вирусных гепатитов в РК: проблемы, решения» был рассмотрен вопрос работы Референс-лаборатории по парентеральным и вирусным гепатитам на базе Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы. Согласно предварительным данным серологического исследования вирусных гепатитов Ассоциации лабораторной медицины и экспертизы («АЛМЭ»), уровень зараженных гепатитом С в Казахстане оценивается на уровне 12% населения страны! Стоит отметить, что схожие результаты (8%) были отмечены и в Грузии несколько лет назад, что вызвало принятие специализированной программы, позволившей полностью решить данную проблему. Дело в том, что еще несколько лет назад курс лечения от данного гепатита стоил порядка 100 тыс. долларов, а сейчас при грамотном страновом решении может быть снижен до 300 долларов! А это сотни тысяч спасенных жизней наших сограждан по всей стране!

Второй круглый стол посвятили теме: «Проблемы экспертизы и регулирования в области контроля».



Также прошел мастер-класс на тему «Внешний и внутренний контроль качества в коагулологии, проблемы и пути их решения»

По результатам Конгресса был принят ряд важных решений, касающихся организационных, правовых, методологических, научно-инновационных и образовательных вопросов в сфере лабораторной медицины, направленных на повышение качества медицинской помощи. В частности, были сформулированы предложения по совершенствованию организации лабораторной диагностики ВИЧ/СПИД и гепатитов инфекционной этиологии.

Представителями государственных структур, общественных объединений и бизнеса в сфере лабораторной медицины Казахстана, Кыргызской Республики, Республики Беларусь и Российской Федерации был подписан Меморандум о намерениях о совместной деятельности по созданию Единой Евразийской федерации лабораторной медицины (ЕЕФЛМ), в целях реализации совместных законодательных, образовательных, научно-технических программ и проектов, а также поддержки субъектов клинической лабораторной диагностики стран-подписантов.

Зухра Табаева

КАК ОТКАЗАТЬСЯ ОТ САХАРА И СОЛИ

Сахар и соль – это те вкусовые добавки, которые мы используем каждый день, даже не задумываясь об этом. Сахар мы кладем в напитки, также он необходим для приготовления классической выпечки. Без применения соли не обходится ни одно повседневное блюдо. Но мало что задумывается, как влияет на организм ежедневное употребление сладкого и насколько меняет вкусовое восприятие соль.

Кто-то отказывается от этих добавок с целью улучшить свое здоровье, а кто-то желает ощутить натуральный вкус и аромат пищи. И тем, и другим будет полезно узнать, как сделать этот переход более плавным.



В чём заключается вред сахара и соли
Сахар представляет собой продукт, не имеющий биологической ценности: в нём нет ничего, кроме легкоусвояемых углеводов. При этом его калорийность довольно высока.

Его избыточное употребление ведёт к быстрой прибавке в весе, повышает риск сердечно-сосудистых заболеваний. Сахар провоцирует развитие кариеса, способствует появлению угревой сыпи, сложно поддающейся лечению косметическими средствами. У детей, любящих сладкое, нередко развивается диатез – предрасположенность к аллергическим реакциям.

При употреблении сахаросодержащих продуктов в крови происходит скачок инсулина – на короткое время мы чувствуем прилив энергии, но вскоре его вновь сменяет чувство голода.

В свою очередь излишнее количество соли задерживает жидкость в организме, что приводит к отёкам и лишнему весу. Чтобы избавиться от отёков, почкам приходится работать на износ. Соль негативно воздействует на состояние суставов, провоцирует повышение артериального давления.

Главная опасность обеих добавок заключается в том, что они быстро вызывают у человека привыкание. Без добавления соли еда кажется пресной и невкусной, без сладкого портится настроение. Разве вы хотите быть

зависимыми от вредных добавок? Этих аргументов достаточно, чтобы хотя бы попробовать отказаться от этих продуктов.

Как можно заменить сахар и соль

Разнообразить вкус блюд можно специями. Существует огромное количество пряностей, поэкспериментировав с которыми можно придать пище неповторимый вкус. Это базилик, анис, ваниль, имбирь, зира, кардамон, куркума, майоран, паприка, тмин, шафран и многие другие. Все эти специи являются растительными. Есть мнение, что в древности соль была дешёвой альтернативой дорогостоящим специям, поэтому и вошла в наш рацион. Но сегодня недостаток в приправах на прилавках магазинов нет.

Ещё одна нестандартная замена соли – сушёная морская капуста. Морская капуста содержит в себе множество полезных микроэлементов – магний, хлор, калий, натрий, фосфор.

Также в еду можно добавлять немного чеснока и сушеной зелени. Чеснок обладает острым ароматом и возбуждает аппетит.

Чтобы не чувствовать недостаток соли в овощных салатах, их можно заправлять смесью оливкового масла, лимонного сока и бальзамического уксуса.

Приготовление еды на гриле или в пароварке помогает сохранить в ней натуральное

количество соли, поэтому досаливать такое блюдо не захочется. Также в такой пище сохраняется больше витаминов.

Отличная замена сахару – свежие ягоды. Их можно добавлять в каши. Также недостаток сладкого можно компенсировать небольшим количеством мёда, но необходимо учитывать, что мёд – очень аллергенный продукт. Некоторые люди отдают предпочтение кленовому сиропу. Он представляет собой сироп, полученный из сока дерева красного, чёрного или остролистного клена.

Известным натуральным сахарозаменителем является стевия. Это полностью натуральный, растительный продукт.

Если человека настойчиво тянет на сладкое, в рацион стоит включить такие фрукты, как бананы, яблоки и груши. В них достаточное количество фруктозы. Это будет приятный десерт, не оказывающий вреда здоровью.

Что происходит с организмом после отказа от сахара и соли

Возможно, первые несколько недель покажутся немного сложными, ведь избавляться от старых привычек совсем нелегко. Но если приложить усилия и проявить силу воли, уже вскоре можно будет заметить положительные изменения. Вот что происходит с организмом после отказа от сахара:

- Немного снизится вес. Сахар содержит большое количество пустых калорий. После его изъятия из рациона суточный калорий в потребляемой пище снизится, что приведёт к потере пары килограммов.

- Прибавится энергии. Исключается такое явление, как скачки уровня сахара в крови, вызывающие разбитость, вялость, желание прилечь и отдохнуть. На смену быстрым углеводам в рационе появятся углеводы медленные, надолго обеспечивающие организм энергией.

- Улучшится состояние кожи. Те, кто постоянно страдал от прыщей, угревой сыпи и различных высыпаний, с удивлением обнаружат, что они исчезли или их стало на порядок меньше. Улучшается состояние не только кожи лица, но и кожи тела.

- Уйдёт дурная привычка постоянно перекусывать чем-то сладким, что экономит не только часть бюджета, но и время.

- После отказа от соли человек с удивлением обнаруживает, что овощи имеют чудесный неповторимый вкус. Даже привычные огурцы и помидоры ощущаются совсем по-другому.

- Из организма выводится лишняя жидкость, уходят отёки, вследствие этого улучшается внешний вид, он становится более свежим.

Если с необходимостью отказаться от сахара сходу соглашаются многие, то отказ от приёма соли вызывает опасения. Действительно, в умеренных количествах соль помогает поддерживать в организме электролитный баланс и помогает продуцировать пищеварительные ферменты.

Необходимо знать, что во всех продуктах, которые мы употребляем, в определенных количествах уже содержится сахар – в первую очередь это относится к фруктам, и соль – она есть в овощах. Для начала откажитесь от привычки тянуться к солонке ещё до того, как вы попробовали блюдо. Со временем вы поймёте, что больше не зависите от искусственных добавок и наслаждаетесь всеми нюансами естественного вкуса продуктов.

Главный специалист Управления охраны общественного здоровья Туркисибского района
Абиева Ляззат Сатыбаиевна

Многое можно забыть в жизни – сегодняшнюю удачу, вчерашнюю печаль, но такое, как подвиг рядовых солдат и офицеров, подвиг панфиловцев, подвиг военных медиков в Великой Отечественной войне не подвластно времени. От сердца к сердцу обошел он миллионы людей. Реликвии нужно сохранять и, как эстафету, передать в бесконечное будущее.

Мой рассказ о женщинах-медиках Казахстана и о наших землячках, лауреатах Международной медали Флоренс Найтингейл и медиках афганской войны.

В газете «Правда» за 1941 год в статье «Забота о раненых» приводится цифра вернувшихся в строй раненых бойцов – 75%. За этими цифрами скрывается героический труд тысяч врачей, фельдшеров, санитаров, носильщиков. В научном труде доктора исторических наук Института российской истории РАН (Москва) Петрова Н.К. «Советские женщины в годы Великой Отечественной войны» читаем: «Необходимо учитывать, что укомплектованность медицинского состава к июню 1941 года в военных округах составляла 65%, хирургами 51%, фельдшерами 63,1%. Общий недоукомплектованный состав составил 20 000 человек. Медицинская служба, находясь на передовой, несла большие потери. Непосредственно на поле боя около 80% санитаров и носильщиков погибли в боях. За всю войну погибли или пропали без вести более 85 000 медиков: 5 000 врачей, 9 000 средних медработников, 23 000 санитаров, 48 000 санитаров и носильщиков».

Подвиг 42-х медработников отмечен званием Героя Советского Союза, а также орденами и медалями...».

Архивные документы свидетельствуют, что принятый IV сессией Верховного Совета СССР 1 сентября 1939 г. ст.13 Закона о всеобщей воинской обязанности Народным Комиссариатам Обороны и Военно-Морского Флота предоставлялось право брать в армию и флот женщин, имеющих медицинскую, ветеринарную и специально-техническую подготовку, а также привлекать их на учебные сборы. В военное время женщины, имеющие указанную подготовку, могли быть призваны в армию и флот для несения вспомогательной и специальной службы.

Официальная архивная статистика гласит, что созданный 30 июня 1941 года Государственный комитет обороны (ГКО) принял ряд постановлений о мобилизации женщин для несения службы в войсках ПВО, связи, внутренней охраны, на военно-автомобильных дорогах. Первыми на службу заступили женщины-медработники: медсестры, врачи и санитарки.

Именно о них, о тех, кто ушел защищать свою Родину, впоследствии писал поэт-фронтник К. Ваншенкин, что они были «рыцари джиза страха и упрека». Это относится к мужчинам и женщинам.

Историография Великой Отечественной войны богата сборниками документов и материалов об этом духовном порыве женщин СССР. Написано и издано огромное количество статей, монографий, коллективных работ и воспоминаний о труде женщин в годы войны в тылу, о подвигах на фронтах, в подполье, в партизанских отрядах, действовавших на временно оккупированной территории Советского Союза. Но жизнь свидетельствует, что не всё, не всех и не обо всем сказано и проанализировано. Многие документы и проблемы были «закрыты» для историков в прошлые годы. В настоящее время есть доступ к документам, не только малоизвестным, но и документам, требующим объективного подхода к изучению и беспристрастного их анализа. Советский Союз был единственным государством в годы Второй мировой войны, в котором женщины принимали непосредственное участие в ходе боевых действий. На фронте в разные периоды сражалось от 800 тыс. до 1 млн. женщин, 80 тыс. из них были советскими офицерами. Это было связано с двумя факторами. Во-первых, небывалым подъемом патриотизма молодежи, которая рвалась на борьбу с врагом, напавшим на ее родину. Во-вторых, сложной ситуацией, сложившейся на всех фронтах. Потери советских войск на начальном этапе войны привели к тому, что весной 1942 г. была проведена массовая мобилизация женщин на службу в действующую армию и тыловые соединения. (Женщины Великой Отечественной войны. М., 2014. Раздел 1: официальные документы свидетельствуют). По линии Красного Креста получили специальность и пришли на службу в военно-медицинские учреждения санитарной службы Красной Армии 300 тыс. медицинских сестер, 300 тыс. санитарок, свыше 500 тыс. сандружиниц ПВО.

К ДНЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ. МИЛОСЕРДИЕ НА ПОЛЕ БРАНИ



(Великая Отечественная война, 1941—1945 гг.: энциклопедия. М., 1985. С. 269).

Самое большое представительство участниц Великой Отечественной войны было среди женщин-медиков. Из общего числа врачей в Красной Армии — 41% были женщины, среди хирургов их было 43,5%. Было подсчитано, что девушки-санитарки стрелковых рот, медсанбатов, артиллерийских батарей помогли свыше 72% раненых и около 90% больных бойцов вернуться в строй. (Великая Отечественная война, 1941—1945 гг.: энциклопедия. С. 440). Женщины-медики служили во всех родах войск — в авиации и морской пехоте, на боевых кораблях Черноморского флота, Северного флота, Каспийской и Днепровской флотилиях, в плавучих военно-морских госпиталях и санитарных поездах. Вместе с конниками они уходили в глубокие рейды по тылам врага, были в партизанских отрядах. С пехотой дошли до Берлина, участвовали в штурме рейхстага.

А всего за подвиги в годы Великой Отечественной войны 90 женщин стали Героинями Советского Союза. Больше половины из них были удостоены этого звания посмертно...

Если вернуться к моей теме о женщинах-медиках Казахстана, лауреатах Международной серебряной медали имени Флоренс Найтингейл, данной медалью награждаются раз в два года 12 мая за спасение ими раненых и пострадавших, уход за больными в военное и мирное время, а также в знак признания их исключительных моральных и профессиональных качеств. Учреждена в 1912 году Лигой Международного Красного Креста и Красного Полумесяца. И среди них — Разия Шакиеновна Исакова, Вера Власовна Широкая, Смирнова-Кухарская Мария Петровна, Семибратова (Клокова) Любовь Христофоровна.

Разия Шакиеновна Исакова из Кызылординской области. После аульной школы, успешно оканчивает Чимкентский медицинский техникум, затем по комсомольской путевке едет со всеми строить Кировский канал в Махтаральский район. Было трудно, жили в палатках, строили канал и верили в светлое красивое будущее своей страны. Но мирную жизнь нарушила война, в 1941 году Разия Исакова добровольно попросилась на фронт в действующую армию. Попала на харьковское направление, шли ожесточенные бои, наши войска оставляли один за другим населенные пункты. Под свинцовым дождем огня выносила Разия с поле боя раненых, делала перевязки, оказывала первую помощь. В 1942 году Р. Исакова была ранена, после госпиталя она вернулась на фронт, воевала в танковой армии генерала Рыбалко, в составе которой спасла не одну жизнь на огненной земле Курской дуги. О ее бесстрашии и отваге слагали песни, солдаты тепло называли ее наша Роза, фронтовая сестричка. Про нее говорили, что лейтенант медслужбы Исакова проявила настоящий героизм. Из горящего танка спасла комбата Федорова, его экипаж, четыре других танковых экипажей и 15 танкистов. В этом бою она была ранена, но после лечения она вернулась в свою бригаду. На ее груди сияла очередная награда «За отвагу». Разия Шакиеновна прошла фронтовыми дорогами от Сталин-

града до Берлина. Ее военный подвиг отмечен орденами Красной Звезды, Отечественной войны 2-й степени, множеством медалей, как «За отвагу», «За боевые заслуги», «За освобождение Берлина», «За Прагу», «За освобождение Киева» и другие. В мирное время работала старшей медсестрой Чимкентской областной больницы, где проработала почти 50 лет. В 1975 году, спустя 30 лет после войны, она получила дорожную награду — Международную медаль имени Флоренс Найтингейл. А Красный Крест СССР, оценив ее гражданский подвиг, наградила в 1992 году медалью имени Пирогова за милосердие, отвагу, человеколюбие и верность выбранной профессии.

Вторая моя героиня — наша землячка Вера Власовна Широкая, родилась на Брянщине, но прожила в Казахстане, в Акмолинской области. После школы работала на заводе в Одессе, поступила и успела успешно окончить трехгодичную медицинскую школу, как началась война. Сразу в начале войны была ранена, после лечения, попала в город Грозный, в отдельный строительный батальон, рыла окопы и противотанковые рвы, возводила оборонительные сооружения. Затем снова фронт, получает тяжелое ранение в районе Ростова, снова госпиталь в Тбилиси, оттуда направили в Кисловодск, так как она была контужена, ее демобилизовали. Работала в своем родном селе, однажды по указанию райвоенкома направили на Сахалин сопровождать заключенных. В Омске случайно встретила своего спасителя Дмитрия Широкого, обрадовались встрече и разошлись. Приехав в Сахалин, снова встречает своего боевого товарища, который ей сказал «один раз я тебя уже потерял, больше не могу». И потом они проживут вместе до его смерти 40 лет...

В 1954-м году по путевке приехали на целину, в Акмолинскую область, именно оттуда она получила посылку. В облздраве ей предложили район — Коргалжынский, в ауле Кенбидайык, а затем Сабунды. Широкая стала медсестрой, акушеркой, врачом, хирургом одновременно. Тогда другого выхода не было. После работает в Целинограде в Доме ребенка, в 1-й городской больнице. Всего трое суток не дожил ее супруг Дмитрий Григорьевич до дня, когда Международный Комитет Красного Креста постановил наградить советскую медицинскую сестру В.В. Широкою медалью Флоренс Найтингейл.

Смирнова-Кухарская Мария Петровна родом из Одесской области, 1921 года рождения. После школы в июле 1941 года ушла на фронт. Сначала несет службу в санитарном поезде, а затем, став санитаром и разведчиком 402 отдельной разведывательной роты 343 стрелковой дивизии, спасает жизнь 400 раненых. Войну прошла санитаром стрелковой роты, роты разведки, командиром санитарного взвода стрелкового батальона. Прошла путь от Одессы до Праги. Несколько раз была ранена, но не оставляла свою роту, своих товарищей. Перед Сталинградской битвой Мария вступила в партию в 1942 году. За спец. операцию под Сталинградом она была награждена медалью «За отвагу». После освобождения данного города дивизия участвует в боях в

направлении Курско-Белгородской дуги, в форсировании Днепра. За вынос раненых на Днепре лейтенант М. Смирнова была награждена орденом Красной Звезды. И снова бои. За Днестр, Буг, Вислу, Одер. На небольшом плацдарме при форсировании Одера мужественная девушка раненная не ушла до тех пор, пока не вынесла всех бойцов с поле боя, за что была награждена орденом Отечественной войны 2-й степени. Победу Мария встретила в Дрездене. После войны в Брянске оканчивает двухгодичные курсы медсестер Красного Креста, затем с мужем Николаем Макаровичем Смирновым уезжает добровольцем на целину. В 1949 году она живет в Чкаловском районе, тогдашней Кокшетауской области, затем переезжает в Кокшетау, где училась в медицинском училище, и работала заместителем председателя обкома Красного Креста. После окончания училища ее направили в Ленинградский район той же области. Она проработала в течение долгих лет помощником санитарного врача, патронажной сестрой, главной медсестрой районной больницы. За работу на целине была награждена орденом Трудового Красного Знамени. В 1970 году была отмечена — знаком «Отличник здравоохранения», медалью «За освоение целинных земель». Во время войны вынесла с поля боя более 480 раненых, сама не раз была ранена. Ее подвиг отмечен орденами: Ленина, Отечественной войны 1,2 степеней, «Красной Звезды», 2-мя медалями «За отвагу» и др. В 1973 году была награждена высшей наградой — медалью Флоренс Найтингейл.

Семибратова (Клокова) Любовь Христофоровна — выпускница 1980 года Кокшетауского медицинского училища. Училась по специальности лечебное дело. После окончания училища работала в Омске акушеркой в родильном доме. Когда начались афганские события, желание туда поехать было сильным. Но в военкомате отказали, акушерки на войне не нужны. Приехав в отпуск в город Ленинград, случайно узнала, что открывается новая 3-я больница. Решила переехать в Ленинград. Там она устроилась сначала в роддом, затем начала трудиться в 3-й городской больнице, в операционном отделении. Мечта об Афганистане не оставляла ее в покое. Потихоньку накопила опыт и стала атаковать военкоматы. И наконец, в 1987 году ее отправили в неизвестную страну. Прилетела через Ташкент в Кабульский госпиталь, стала работать в хирургии.

Первое впечатление — хотелось быстрее уехать обратно, были и слезы отчаяния. Но обратной дороги уже не было. Это было бы уже предательством по отношению к своим товарищам, таким же коллегам. Из воспоминаний ветерана: «Бывала в горячих точках, летала под транссирующими пулями, видела вооруженных людей и много убитых... Было страшно. Без конца задавала себе вопрос: зачем эта война?».

Спасая людей рядом с опытными врачами-хирургами, операционная, хирургическая медсестра Люба Клыкова получала большой опыт. Работа была сложной, четкой и изнурительной, было много раненых наших солдат. Она гордилась, что приносит пользу. Из воспоминаний ветерана: «В Афгане я научилась многому. Это была настоящая школа профессионализма, а самое главное — жизни».

7 июля 1989 года начали выводить Кабульский госпиталь, 13 человек остались на аэродроме, там развернули временно операционную, работали без перерыва. И, только 4 февраля вместе с докторами и ранеными улетела в Союз. Прилетела в Ташкент и там, познакомившись с коллегами, уехала домой. Снова Ленинград, мирная жизнь и любимая работа. Любовь Христофоровна награждена орденом «Дружбы народов», «10 лет Афганской революции», Почетной грамотой ЦК ВЛКСМ. За мужество и героизм, проявленные при исполнении интернационального долга, медалью «За боевые заслуги» и другими знаками отличия. У нее прекрасная семья — супруг Илья, тоже прошел Афганистан офицером.

Обращаясь к проблеме «Женщины в годы Великой Отечественной войны», мы понимаем, что проблема необычайно широка и многогранна, и все охватить невозможно. Но хотелось бы, чтобы наша молодежь знала и помнила, какой ценой досталась великая Победа.

Не дать памяти остыть, погаснуть совсем. Мы и наши потомки должны помнить о подвигах наших воинов, не жалевших ни крови, ни самой жизни, приближая эту Победу.

Гульбаршин Салык,
краевед-публицист, член Союза
журналистов Республики Казахстан

НЕ БОЙСЯ, МЫ С ТОБОЙ!

В Казахстане около семи тысяч детей живут с диагнозом «рак». В Алматы и области 328 детей состоят на учёте. В 2017 году благодаря помощи Общественного фонда «Здоровая Азия» с учёта были сняты 72 ребёнка, которые справились с болезнью, в 2018 году – 62 ребёнка. Сейчас у этих детей наблюдается 5-летняя ремиссия. Это большая победа.

26 апреля 2019 года Международная школа «Мирас» г. Алматы, филиал ОФ «Фонд Образования Нурсултана Назарбаева», общественный фонд «Здоровая Азия» и сеть магазинов детских товаров «Magwin» провели благотворительную акцию «Коробка храбрости» в магазине детских товаров «Magwin» в ТРЦ «Mega Alma-Ata». Идея этой благородной акции – поддержка ребенка, чья жизнь сегодня протекает в различных медицинских манипуляциях и процедурах, создав мотивацию для дальнейшего продолжения борьбы за жизнь.

Вправду говорят: храбр не тот, кто не боится, а тот, кто преодолел страх. Дети, которые рано повзрослели, познав боль и страх,

вынуждены ежедневно бороться. Они часто повторяют, что часть их жизни проходит в процедурном кабинете – уколы, внутривенные системы, пункции, перевязки, установка и промывка катетеров.

Чтобы как-то минимизировать негативные эмоции, перед процедурами ребенку указывают на загадочный ящик, обещая игрушку из «коробки храбрости». С мыслью о предстоящем подарке ребенку уже не так страшно переступить порог процедурного кабинета или операционной комнаты. Такие подарки выдаются очень часто, а потому эта коробка храбрости должна постоянно пополняться.

Студенты, родители и сотрудники международной школы «Мирас» решили поддержать эту акцию и принять активное участие по сбору игрушек для детей с тяжелым заболеванием.

В течение двух часов школьники приглашали посетителей торгового центра купить в подарок игрушку детям с онкологическими заболеваниями. В акции по сбору игрушек приняли участие 34 «мирасовца». Школьники сами подготовили информационные бу-

клеты, которые раздали посетителям торгового центра, записали видеоролик про акцию. Помимо этого дети приготовили аудиозапись для радио.

Детям очень нравятся маленькие фонарики, куколки, наборы зверей, трансформеры, машинки, герои мультфильмов и сказок, пупсы, маленькие наборы ЛЕГО, покемоны, пазлы и книги.

Кстати, у игрушек есть свои критерии. Не подходят деревянные, плюшевые, бьющиеся (стеклянные и керамические), непрочные, острые, а также игрушки с большим количеством мелких деталей. Нельзя дарить детскую косметику и заколки. Домашняя пыль – страшный враг, поэтому мягкие игрушки нежелательны. Это вызвано серьезным ослаблением иммунитета у детей, проходящих лечение от онкологии.

По результатам благотворительной акции было собрано 192 игрушки, которые будут переданы в центр паллиативной помощи (детский хоспис).

Асем Сакенова



ГЕМОФИЛИЯ

Общественное объединение «Казахстанская Ассоциация инвалидов, больных гемофилией» провело пресс-конференцию, на которой обратилось к Министерству здравоохранения Республики Казахстан, депутатам Мажилиса Парламента РК, правозащитным организациям и Министерству труда и социальной защиты с заявлением о том, что на сегодня в стране низкий уровень лечебно-профилактической помощи пациентам с гемофилией.

В подготовленном общественным объединением «Казахстанская Ассоциация инвалидов, больных гемофилией» говорится, что «Гемофилия – социальная проблема любого государства. Это основной лозунг Всемирной Федерации Гемофилии. Однако, в РК это заболевание в Кодексе о здоровье нации и народа не входит в список социально значимых заболеваний. Мало того, у нас нет главных специалистов – главного детского гематолога и главного взрослого гематолога. Их сократили. В итоге фактически решать вопросы гематологической службы совершенно не с кем. В Министерстве здравоохранения нет ни одного специалиста в области гематологии, значит, и результатов улучшения лечения нет. На меж-

дународных конгрессах все удивляются: как такое можно представить, что в области гематологии нет главных специалистов в стране? Организаторы пресс-конференции встревожены тем, что теперь лечением пациентов с гематологическими заболеваниями занимаются участковые педиатры и терапевты: «Поэтому и качество лечения страдает, квалифицированного лечения практически нет. Терапевты и педиатры не знают даже названий препаратов, не знают квалификацию гемофилии, не умеют рассчитывать количество препарата на 1 кг массы тела, не знают протоколов лечения, не умеют составлять заявки. Единственно, что их удивляет, – цена препарата, это является причиной снижения дозировок препаратов при назначении. Так детям, братьям Имангалиевым из Балхашского района Алматинской области было выдано на профилактическое лечение 30 упаковок фактора крови VIII по 500 МЕ на один месяц. Каждая экстренная госпитализация пациентов с гемофилией длится 5-8 часов. Последнее время Минздрав стал экономить на лекарственном закупе, а кто-нибудь считал, сколько мы тратим на лечение?! Пациентам с гемофилией необходимы центры. Они имеются в большинстве стран мира, даже в африканских.

Мы неоднократно предлагали создать в Казахстане мини-центры во всех регионах Казахстана, где имеются гематологические отделения. Пациенты с гемофилией нуждаются во всех видах специализированной медицинской помощи, включая хирургическую, орто-хирургическую, неврологическую, психологическую, стоматологическую. Были созданы такие мини-центры в г. Алматы. Были даже оборудованы учебные кабинеты (во 2-й детской больнице) и дневной стационар (в ГКБ 7), однако, они были уничтожены из-за отсутствия финансирования врачей.

Гематологическая служба в Казахстане находится на самом низком уровне. В последние годы стала развиваться онко-гематологическая служба, но это только небольшая часть гематологии. У нас со времен СССР не было ни одного НИИ, гематологических центров, нет кафедры гематологии в Медицинской академии. В Алматы с начала 2019 года на 70 детей с гемофилией, да и по остальным гематологическим заболеваниям, нет детского гематолога. На всю страну 100 гематологов, 60 из них работают в Научном Центре Педиатрии.

Тендер по лекарственному обеспечению на 2019 год состоялся в октябре 2018 года с большим опозданием. Закуп препаратов на 2019 год немного лучше, чем в 2018 году. На 2019 год закуплены препараты 4-х производителей, хотя бы есть возможность выбора препаратов по индивидуальной переносимости.

Однако, в этом году эти препараты пока не дошли до пациентов. Выдаются препараты из остатков 2018 года и в крайне ограниченном количестве. Рекомбинантный препарат закуплен только один, выбора нет.

По гемофилии В закуплен только один плазматический препарат, а второй рекомбинантный – Бенефис, который не имел клиники в Казахстане с возрастным ограничением для детей от 0-6 лет, но зато закуплен по самой высокой цене, 214,16 тенге за МЕ, в то время, когда основная закупочная цена 65 тенге за МЕ. Непонятно: зачем закупать препарат без показаний, да ещё в четыре раза дороже? Логистики поставки практически нет. Сейчас к ТОО СК Фармация претензий нет, а вот заявки с регионов не поступают, так работают терапевты и педиатры, которые понятия не имеют о гемофилии. Поэтому жалобы поступают регулярно, особенно с Алматинской области и ВКО. По болезни фон-Виллибранда по II и III типу препараты вообще не закуплены. А ведь это жизнь рожениц вместе с новорожденными детьми. Наши обращения результатов не принесли. Даже ответных писем нет.

Всех детей и взрослых с гемофилией лишают инвалидности. Тяжелее всего заболевание вообще лишилось социальной защиты. У матерей и детей, которым предназначено пожизненно бороться с неизлечимым заболеванием, забрали последний кусок хлеба.

В связи с низким уровнем подготовки врачей в области лечения гемофилии 25-26 мая в г. Алматы будет проводиться VIII Международная научно-практическая конференция по гемофилии в РК. Издано распоряжение Минздрава №05-3-25/6020 от 28.03.2019 года и отправлено 40 писем во все регионы Казахстана. Для прочтения лекций приглашаются лучшие специалисты с ближнего и дальнего зарубежья. С каждого региона приглашаются врачи различных специализаций. Срок предоставления списков до 1 мая. Пока поступили списки с 4 регионов; с г. Павлодар только 2 человека, с Кустаная – 3. А ведь мы просим оплатить только стоимость приезда, остальные расходы берет на себя наша организация».

Президент ОО «Казахстанская Ассоциация инвалидов, больных гемофилией» Т.Г. Рыбалова

В АЛМАТЫ ПРОДОЛЖАЕТСЯ РЕГИСТРАЦИЯ СЛУЧАЕВ КОРИ

С наступлением весенне-летнего периода санитарные врачи рекомендуют населению и гостям города меры профилактики кори.

Департамент охраны общественного здоровья города Алматы информирует население, что с осени 2018 года и по настоящее время продолжается регистрация случаев кори среди непривитых детей и взрослых с неизвестным прививочным статусом.

С января текущего года по городу зарегистрировано 208 подтвержденных случаев кори, из них 53 взрослых с неизвестным прививочным статусом и 163 детей, непривитых против кори.

По эпидемиологическим показаниям с 1 апреля 2019 года в городе Алматы (как и по республике) проводится вакцинация против кори, краснухи, паротита детей в возрасте 9–10 месяцев, медицинских работников до 40 лет и контактных лиц до 30 лет — ранее не привитых, не переболевших корью и с 1 прививкой, полученной более 5 лет назад в территориальных поликлиниках, бесплатно», — сообщила руководитель ДООЗ Айзат Молдагасимова.

В Казахстане плановые прививки против кори проводятся бесплатно дважды: первая в возрасте 1 год и вторая в возрасте 6 лет.

«В связи с предстоящим праздником мусульман месяца Рамадан в целях профилактики кори среди населения просим имамов принять меры по созданию комфортных условий в мечетях для проведения намаза (регулярного проветривания и влажной уборки помещений с применением дезинфицирующих средств), и информирование посетителей о необходимости при появлении первых симптомов заболевания кори обратиться к врачу и следовать всем его рекомендациям», — проинформировали в ДООЗ Алматы.

МИА «Казинформ».





Kitf

С 17 по 19 апреля в Алматы прошла крупнейшая в Центральной Азии 10-я Казахстанская международная выставка «Туризм и путешествия» KITF. В ней приняли участие порядка 350 компаний из 27 стран.

Руководитель Управления туризма города Алматы Максат Кикимов отметил, что данная площадка служит развитию внутреннего и въездного туризма. Среди выставочных мероприятий на KITF присутствовало рекордное количество иностранных делегаций, ее посетили послы и представители дипломатических миссий из Азербайджана, Грузии, Египта, Латвии, Индии, Кубы, Кыргызстана, Литвы, Малайзии, Северной Македонии, Пакистана, России, Турции, Чехии, Узбекистана, Южной Кореи и др. KITF способствует развитию культурных и туристических связей между странами, укреплению здоровья казахстанцев, так как дает стимул развитию медицинского туризма, активного отдыха. Директор Казахстанской туристической ассоциации Рашида Шайкенова отметила: «Туризм - это посол мира. И такое количество представителей дипломатического корпуса является показателем высокого статуса выставки KITF». Особое внимание было уделено въездному и внутреннему туризму. Свои турпродукты профессиональным посетителям предложили 16 регионов Казахстана, в их числе: озеро Алаколь, горнолыжный курорт в Алматинской области, Баянаул, Балхаш, пляжный курорт на Каспийском море, Щучинско-Боровская курортная зона, Туркестанская область и др. Управления туризма различных областей заключили меморандумы между собой.

Дискуссионный клуб по медицинскому туризму охватил глобальные тренды в этой

сфере, видение казахстанского медицинского туризма, санаторно-курортное лечение в Казахстане. В ходе дискуссии прозвучало, что с созданием в нашей стране современных клиник, рынком в развитии кардиохирургической и нейрохирургической помощи потребность казахстанцев в зарубежном лечении значительно уменьшилась, а для иностранцев появилась возможность получать медицинские услуги по международным стандартам и доступным ценам в РК. В числе спикеров была директор ТОО «Khan Tugan», советник генерального директора РЦРЗ Мунирам Ахметова.

Медицинский и оздоровительный туризм - одно из основных направлений, которое было представлено на стенде Алтайского края. Алматы посетили представители правительства, санаториев и отелей города-курорта федерального значения Белокуриха («Алтай», «Россия», «Курорт Белокуриха», «Беловодье», «Эдем»), Отделенческой клинической больницы станции Барнаул Российских железных дорог, общества «Царская псовая охота». Новый турпродукт - комбинированный тур, сочетающий лечение и оздоровление в Белокурихе с познавательными экскурсиями. Лечение и отдых в украинском городе-курорте Трускавце, как и в прошлом году, рекламировал Петр Суда, заместитель генерального директора популярного гостинично-курортного комплекса «Карпаты», предлагающего перечень уникальных оздоравливающих процедур, СПА, прием целебной минеральной воды «Нафтуса».

Как всегда больше всех медицинских стендов представляли клиники Южной Кореи. Это объяснимо, ведь достижения страны утренней свежести в сфере здравоохране-

ния и медицины одни из лидирующих в мире. Приятно было встретить в числе посланцев Кореи старую знакомую нашей редакции Викторию Шегай, представляющую офтальмологическую клинику «Хангыль» (Hangil) - одну из лучших больниц в Южной Корее со специализацией в области консервативного и хирургического лечения катаракты, болезней сетчатки, косоглазия, амблиопии, педиатрической офтальмологии. В клинике Hangil 33 врача, в день в ней проходят обследование около 1200 пациентов из разных стран.

В нашем издании выходил цикл статей о здравоохранении Южной Кореи и Латвии, поэтому приятно было встретиться на KITF и с латвийскими партнерами. Очень информативную встречу с гостями выставки и журналистами провели Чрезвычайный и Полномочный Посол Латвийской Республики в РК Юрий Погребняк, руководитель внешнеэкономического представительства посольства Латвии в РК, советник Министрства экономики Латвии Владимир Самойленко и компания Air Baltic в странах СНГ. Тема презентации: «Прямой рейс Алматы - Рига - ворота в Латвию, Балтию и Европу; возможности туризма в Латвии и ведения бизнеса с латвийскими партнерами». К слову, на выставке можно было узнать новости многих авиакомпаний. К примеру, одной из самых авторитетных в мире - TURKISH AIRLINES. Региональный менеджер по продажам Жибек Камшибаева сообщила, что авиакомпания продолжает расширять свои направления. Теперь на борту лайнеров TURKISH AIRLINES можно по выгодным ценам отправиться в Шарджу (ОАЭ), Марракеш (Марокко) и Мексику!

Приятный сюрприз гостям выставки подготовило Туристическое управление Таиланда, все три дня у их стенда в порядке живой очереди можно было бесплатно получить сеанс знаменитого тайского массажа (страна славится оздоровительным туризмом: массаж, СПА, веллнесс, детокс, эффективные программы по коррекции веса, лечение в авторитетных клиниках). Туристическое управление Таиланда пред-

ставляла Екатерина Московец. Она презентовала новые маршруты в Королевстве Таиланд: север страны с его невероятными храмами, природой, чайными и рисовыми плантациями (провинции Чиангмай, Чианграй), восточные провинции Трат, Районг, Чангхабури с чистейшими пляжами, свежими экзотическими фруктами и рынком драгоценных камней. Таиланд идеален для гастрономического туризма, а влюбленные со всего мира любят проводить здесь брачные церемонии (в тайском стиле, под водой, в небе). По словам Екатерины, в Таиланд выгодно ехать летом, если вы хотите выиграть в экономии финансов, совершить выгодный шопинг (скидки до 90%) и избежать напыльва туристов. К тому же скоро начнется сезон фруктов.

В деловую программу KITF вошли мероприятия новых форматов - от интерактивных площадок, зон дискуссии и B2B встреч, до галерей и фестивалей кухни народов мира. Прошли круглые столы, форумы, семинары и презентации от компаний-участниц, Taste & Travel Fest, ярмарка вакансий, B2B встречи для байеров, ярмарка ремесленников. Форум KITF Travel Tech охватил темы: туризм онлайн против оффлайн, цифровое будущее в туризме, инструменты маркетинга и решения для турбизнеса.

Организатором события выступала компания Itesa совместно с международным партнером ITE Group Plc (Великобритания).

Зухра Табаева



Собственник
ТОО «Издательство
«Здравоохранение
Казахстана»

Адрес редакции:
050009, Алматы,
пр. Абая, 155, оф. 4.
Тел/факс: (727)
266-37-26, 394-30-14,
e-mail: mcn@medzdrav.kz

№ 04 (182),
от 30 апреля 2019 г.
Подписной индекс: 64018
Общий тираж: 10 000 экз.
Заказ: 573

Главный редактор: Н. Сейсенбаева
Зам. гл. редактора: З. Табаева
Корректор: Т. Панфилова
Дизайн и вёрстка: И. Брюханова

Отпечатано в типографии
ТОО «Гамма-Принт».
Адрес типографии:
050061, Алматы,
пр. Райымбека, 369,
тел. 247-98-30, 247-98-31

ISSN 1994-0173



9 771994 017008