



диярова решено сохранить основные факультеты и кафедры, ведущих подготовку специалистов клинического профиля, в том числе и педиатров, т.е. сделать инновационные преобразования максимально безболезненными, для чего разработаны новые взаимоотношения между структурными подразделениями, участвующими в образовательном процессе.

Ответственность за подготовку специалистов возлагается на деканаты факультетов. В функциональном подчинении у деканатов находятся вновь созданные Учебные департаменты:

- Общеобразовательных дисциплин;
- Базовых медицинских дисциплин;
- Хирургии;
- Внутренних болезней;
- Педиатрии;
- Стоматологии;
- Фармации;
- Общественного здравоохранения.

Учебные департаменты несут ответственность за формирование образовательных программ и компетенций у обучающихся.

Помощь студентам в выборе индивидуальных образовательных траекторий осуществляется службой эдвайзеров.

Координацию вопросов по реализации и экспертизе образовательных программ, контроль за формированием профессиональной компетентности студентов, а также за качеством организации учебного процесса в учебных департаментах будут осуществлять Комитеты образовательных программ.

Деканаты, Учебные департаменты, Комитеты образовательных программ находятся в матричной взаимосвязи друг с другом.

Таким образом, в результате поэтапной реализации концепции инновационных преобразований КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова предполагается повышение качества университетского образования, подготовка высококомпетентного конкурентоспособного на современном рынке труда специалиста медицинского профиля и повышение академической мобильности студентов.

МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СНИЖЕНИЯ

Т.К.Чувакова

Медицинский университет Астана, Казахстан

На сегодняшний день, главные вопросы, вызывающие особую тревогу, это: младенческая и материнская смертность, детская заболеваемость, доступ к качественному здравоохранению, которые в принципе решаются в Республике Казахстан (РК) через национальные процессы планирования и государственную политику, в частности, через Национальную стратегию развития РК (Стратегия 2030).

По данным официальной статистики, уровень младенческой смертности в Казахстане до 2007 г. имел устойчивую тенденцию к снижению с 19,6 в 2000 г. до 14,4 на 1000 родившихся живыми в 2007 г. Однако, согласно проведенному ЮНИСЕФ в 2006 году мультииндикаторному кластерному обследованию (МИКО, 2006), этот показатель был в 2 раза выше официального и составлял 31,8 на 1000 родившихся живыми. Следовательно, решение Целей развития тысячелетия (ЦРТ) 4 и задачи 5. «Сократить на две трети (65%) за период 1990-2015 гг. смертность детей в возрасте до 5 лет» остается одной из наиболее важных и актуальных задач РК, так как дети – это будущее нации каждой страны.

В первом отчете Правительства страны и представительства ООН в Республике Казахстан по

выполнению Целей тысячелетия (2000 год) было показано, что в Казахстане необходимо снизить смертность детей до 5 лет с уровня 1990 г 34,0 до 11,9 на 1000 родившихся живыми к 2015 г.

В 2005 году страновая команда ООН совместно с Правительством РК подготовила второй отчет о ЦРТ, в котором были представлены анализ и оценка достижений ЦРТ как на национальном, так и областном уровнях. В отчете 2007 года была представлена не только общая оценка прогресса по индикаторам, но также содержалось широкое обсуждение существующих проблем, их причин, и возможных путей решения, а также рекомендации на будущее.

Во время визита Генерального Секретаря ООН, г-на Пан Ги Муна в Республику Казахстан в начале этого года, Президент страны Н.А.Назарбаев отметил: «Очевидно, что задачи, которые ставит перед собой и решает Казахстан, соответствуют приоритетам государств-участников Всемирного Саммита Тысячелетия в 2000 году. Изложенные в моем недавнем Послании народу Казахстана пути ускоренной, экономической, социальной и политической модернизации страны направлены на скорейшее достижение Казахстаном Целей развития, обозначенных в Декларации тысячелетия».



В рамках реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы, была определена совокупность необходимых мер, направленных на развитие доступной, качественной, социально-ориентированной и экономически эффективной медицинской помощи. В соответствии с ней, в 2007 году была завершена реализация ее I этапа, направленного на масштабные инвестиции в отрасль: техническую модернизацию, развитие инфраструктуры, решались задачи укрепления первичной медико-санитарной помощи, формирования здорового образа жизни, повышения качества медицинских услуг. В настоящее время развитие здравоохранения вступает в этап институциональных преобразований, развития кадрового потенциала, предоставления качественных медицинских услуг.

С 2008 года в республике началась реализация отраслевой Программы по снижению материнской и детской смертности в РК на 2008-2010 годы. В рамках этой программы введены международные критерии живорождения и мертворождения (в соответствии с Конвенцией о правах ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей ООН и ратифицированной Законом Республики Казахстан от 8 июня 1994 года) и некоторые эффективные технологии в области перинатологии. Помимо этого, предусматривается дальнейшее улучшение материально-технического оснащения родовспомогательных и детских организаций, строительство новых родильных домов и детских больниц.

В целом в Казахстане создана адекватная законодательная и нормативная правовая база, имеется полная приверженность Правительства обеспечить снижение детской смертности в стране.

Однако, в Казахстане, несмотря на некоторые позитивные сдвиги в демографической ситуации, остается актуальной проблема здоровья женщин, рожаящих маловесных и больных детей. Известно, что здоровье новорожденных (уровни их развития, заболеваемости и смертности) находятся в тесной зависимости от состояния здоровья их родителей. В свою очередь здоровье новорожденного определяет особенности дальнейшего развития ребенка, его адаптивные возможности, заболеваемость и вероятность летальных исходов болезней в последующие периоды его жизни.

В связи с переходом страны на международные критерии живорождения и мертворождения, по данным официальной статистики уровень младенческой смертности в Казахстане в 2008 году повысился до 20,4, а смертности детей до 5 лет до 23,5 на 1000 родившихся живыми. В 2009 г. эти показатели несколько снизились соответственно до 19,4 и 21,8 на 1000 родившихся живыми, оставаясь высокими в сравнении с другими странами Европейского региона ВОЗ.

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ X), в п.5.7 «Статистические разработки для международного сравнения», рекомендуется «...не включать в статистику для международного сравнения данные о группе с чрезвычайно малой массой тела при рождении

(ЧММТР), так как это снижает достоверность сравниваемой информации».

В Казахстане показатель младенческой смертности без учета новорожденных с чрезвычайно малой массой тела при рождении в 2009 году составил 14,9 на 1000 живорожденных, незначительно отличаясь от уровня 2007 г. 14,4. При этом сохраняется высокий уровень ранней неонатальной смертности – 7,4 как без учета новорожденных с чрезвычайно малой массой тела при рождении, так и с их учетом – 10,3 на 1000 родившихся живыми.

Удельный вес новорожденных, умерших в раннем неонатальном периоде, среди всех потерь детей до 5-ти лет составляет 55,9% в 2008 г. и 52,4% в 2009 г., а в структуре младенческой смертности состояния, возникшие в перинатальном периоде (перинатальные причины), составляют более 50% всех потерь младенцев до 1 года, (51,5% в 2008 г. и 58,4% в 2009 г.).

С 2008 года в Казахстане в статистическую отчетность внедрен расчет плодово-младенческих потерь с учетом массы тела при рождении и времени наступления смерти новорожденных и младенцев, основанный на использовании матрицы BABIES (1). Такой анализ статистических показателей способствует определению проблем, ответственных за плодово-младенческие потери на уровне страны, региона, лечебно-профилактического учреждения, а также подбору соответствующих пакетов вмешательств, направленных на решение выявленных проблем.

Согласно анализу с использованием матрицы BABIES в стране наиболее важной проблемой, определяющей высокие плодово-младенческие потери, является состояние здоровья женщин (11,5‰, таблица 1). При этом наиболее значимым фактором является нарушение их репродуктивного здоровья – основной причины преждевременного рождения младенцев с чрезвычайно малой (500-999 г.) и очень малой (1000-1500 г.) массой тела. Выживание этого контингента новорожденных требует наличия дорогостоящих технологий (оборудования и лекарственных препаратов). Значительно дешевле обойдутся затраты, направленные на улучшение репродуктивного здоровья женщин с привычным невынашиванием. Следовательно, МЗ РК необходимо разработать действенную программу, направленную на улучшение репродуктивного здоровья женщин, так как существующая программа не дает должного эффекта.

На втором месте по значимости стоит проблема неадекватной организации и ухода за новорожденными в родовспомогательных организациях (7,2‰), на 3-ем – уход за младенцем после выписки из родильного дома (6,2‰) и, наконец, уход за беременной женщиной, включающий антенатальный уход и оказание помощи роженице в родах (6,0‰). Все это вместе составляет высокие плодово-младенческие потери – 30,9‰ (11,5‰+7,2‰+6,2‰+6,0‰) и свидетельствует о неправильной организации и об использовании в практике родовспоможения и детства устаревших технологий ухода и медицинской помощи женщинам и детям.



Таблица 1. Факторы, определяющие плодово-младенческие потери в Казахстане, 2008 год

Масса тела при рождении в граммах	Аntenатальная смертность	Интра-натальная смертность	Ранняя неонатальная смертность	Поздняя неонатальная смертность	Постнеонатальная смертность
500-999	Здоровье женщин до беременности: 11,5%				
1000-1499					
1500-2499	Уход за беременной женщиной:		Уход за новорожденным:		6,2%
2500 и более	6,0%		7,2%	Уход за младенцем:	

При расчете специфических показателей мертворождаемости, ранней и поздней неонатальной и постнеонатальной смертности по весовым категориям в стране за 2009 год выявлено, что при общем уровне плодово-младенческой смертности 30,9 на 1000 живорожденных, основные потери приходятся на детей в весовой категории 500-1499г. Не менее значимы потери и в весовой категории более 1500 г (Таблица 2).

Столь высокие потери новорожденных с чрезвычайно малой и очень малой массой тела обусловлены реализацией у них тяжелых нарушений дыхания как следствие отсутствия или неполного проведения стероидной терапии у беременных с преждевременными родами, направленной на профилактику респираторного дистресс синдрома. Кроме того, меры реанимации и последующая интенсивная терапия, включая проведение аппаратной искусственной вентиляции легких, проводятся недостаточно адекватно, без контроля газов крови, электролитов и электролитов, что обуславливает развитие синдрома утечки воздуха, бронхолегочной дисплазии и гибель новорожденных. Такая ситуация определяется тем, что родовспомогательные организации Республики получили новейшее оборудование для проведения искусственной вентиляции легких, но медицинские работники не были обучены работе с этими аппаратами.

Во многих регионах страны все еще не решен вопрос о регионализации перинатальной службы, направленной на максимальное использование эффективных перинатальных технологий ухода и медицинской помощи беременным с учетом степени риска для них, их плодов и новорожденных. Это обуславливает рождение недоношенных младенцев с массой тела до 1500 г. в стационарах, не имеющих должного оборудования и навыков медицинских работников по ведению преждевременных родов и уходу за указанным контингентом новорожденных.

В стране, согласно приказу МЗ РК N335 от

2.08.2006 года, в практику родовспомогательных учреждений должны внедряться эффективные перинатальные технологии. Анализ показал, что их внедрение идет недостаточно интенсивно. Об этом свидетельствуют потери новорожденных с массой тела более 1500 г. при вполне предотвратимых причинах.

Среди причин смерти новорожденных все еще регистрируются асфиксия (18,0% в 2008 г. и 16,9% в 2009 г.), родовые травмы (3,1% и 3,0% соответственно), указывающие на отсутствие мониторинга родов по партограмме и их агрессивное ведение. Для профилактики реализации этих состояний не требуются дорогостоящие перинатальные технологии. Достаточно внедрения в практику родовспоможения тепловой цепочки, раннего кожного контакта матери и ребенка, с последующим совместным пребыванием в одной палате, раннее начало грудного вскармливания младенца, с последующим кормлением по его требованию, так часто и так долго как он хочет без ночного перерыва и строгое соблюдение правил мытья рук. Все это, наряду с квалифицированным ведением родов и проведением эффективной (не агрессивной) реанимации, способствует снижению смертности новорожденных от 30 до 70% (ВОЗ, 2002 г.)

Смертность детей в возрасте от 7 дней до 1 года (поздний неонатальный и постнеонатальный периоды) в большинстве случаев связана с врожденными пороками развития (18,5% в 2008 г. и 20,2% в 2009 г.), что указывает на потери каждого 4-го младенца при этой патологии. В абсолютном значении в 2009 г в Казахстане умерло 1343 детей от врожденных пороков, что превышает число умерших от болезней органов дыхания (514 – 8,1%) и инфекций (476 – 5,3%) вместе взятых.

В истинности этого показателя приходится сомневаться, так как, если это действительно пороки, несовместимые с жизнью, то в большинстве случаев летальный исход, как правило, происходит в раннем неонатальном периоде. Тем не менее

Таблица 2. Специфический показатель мертворождаемости и смертности младенцев в Казахстане в 2008 г. (на 1000 родившихся в соответствующей весовой категории).

Масса тела при рождении в граммах	Время наступления смерти					всего
	Аntenатально	Интранатально	0-6 дней	7-28 дней	28 дн-1год	
500-999.	344,5	77,4	440,1	43,2	20,8	926
1000-1499	170	21,8	279,1	57,7	21,4	560,2
1500-2499	43,1	5,8	59,7	14,4	18,9	141,8
2500 и >	2,7	0,9	3,5	1,3	4,3	12,6
Всего	8,8	1,9	12	2,8	5,4	30,9



такая ситуация требует тщательной проверки. Не исключено, что у детей с врожденным пороком, любое присоединившееся заболевание, в частности, болезни органов дыхания, протекает тяжелее, чем без порока и может закончиться летальным исходом. Тем не менее, в таком случае основной причиной смерти является заболевание, а не порок развития. Это доказывается тем, что на втором месте среди значимых причин смертности детей в возрасте от 7 дней до 1 года стоят болезни органов дыхания (ОРВИ, пневмония) и инфекции. Анализ показал, что среди детей, умерших от болезней органов дыхания значителен удельный вес младенцев, родившихся преждевременно, с наличием бронхолегочной дисплазии (хроническая болезнь легких) и детей с врожденными пороками развития.

Согласно данным литературы (2-5) названный контингент детей наиболее часто реализует тяжелую респираторно-вирусную инфекцию и пневмонию, в этиологии которых лидирующее положение занимает респираторно-синцитиальный вирус (рис.1).

В настоящее время разработан весьма эффективный метод профилактики респираторно-вирусной инфекции – вакцинация специфическим иммуноглобулином паливизумабом детей недоношенных, с врожденными пороками развития и бронхолегочной дисплазией, способствовавший сохранению жизни этим детям.

Вызывает тревогу регистрация в структуре причин смертности детей от 2 до 5 лет злокачественных новообразований - 8,3% в 2008 г. и 10% в 2009 г., что требует особого изучения причин их реализации. Проблемой является и смертность детей от несчастных случаев. Так, в структуре смертности в пост-

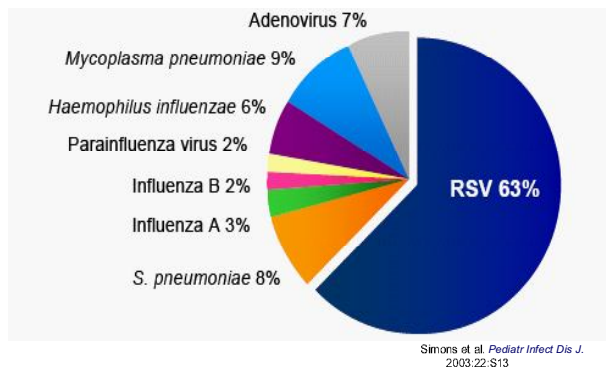


Рис.1. Респираторно-синцитиальный вирус – наиболее частый возбудитель острых респираторных инфекций у детей младше 5 лет (1998-2000 г.г., Бельгия)

неонатальном периоде потери детей от несчастных случаев в 2008 и 2009 гг. составили соответственно 9,8% и 9,9% и от 2 до 5 лет – 29,3% и 28,8%, превышая в сумме смертность от заболеваний органов дыхания и инфекций. В разработке мероприятий по предупреждению смертности этой категории детей должны принимать участие не только медики, но и широкий круг других заинтересованных лиц.

В заключении, необходимо отметить, что получение результатов в секторе здравоохранения зависит от эффективности связи между министерствами и департаментами. Любая реформа здравоохранения должна рассматриваться в качестве программы, в реализацию которой вовлекается несколько министерств и департаментов, а не только министерство здравоохранения.

Литература:

1. Lawn J., McCarthy B.J., Ross S.R. The Healthy Newborn. A Reference Manual for Program Managers. CDC. CCHI, 2000.
2. Hall CB, Hall BL. Bronchiolitis. In: Mandell GL eds. Principles and Practice of Infectious Diseases. 4th. New York: Churchill Livingstone; 1995: 612-619.
3. Russell B. Pediatrics, 1997; 99(3): 472-475.
4. Simoes EA, Carbonell-Estrany X. Impact of severe disease caused by respiratory syncytial virus in children living in developed countries. *Pediatr. Infect Dis J.* 2003; 22(2):13-18.
5. Thompson WW, Shay DK, Weintraub E, et al. Mortality associated with influenza and respiratory syncytial virus in the United States. *JAMA*, 2003; 289(2):179-186.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЦЕЛИАКИИ У ДЕТЕЙ

А.К.Машкеев

Научный центр педиатрии и детской хирургии, г.Алматы, Казахстан

Целиакия, характеризующаяся непереносимостью глютена, белка злаковых культур, наиболее употребляемых в пищу, на сегодня вызывает нарастающий научный интерес во всем мире.

На современном уровне знаний общепринятой является следующее определение заболевания. «Целиакия – хроническая генетически детерминированная аутоиммунная Т-клеточно-опосредованная