

Соответственно наблюдается рост доли больных сахарным диабетом 2 типа по сравнению с пациентами диабетом 1 типа. Приведенные тенденции согласуются с мировыми статистическими данными и тем не менее свидетельствуют о недостаточной выявляемости сахарного диабета среди населения. По оценке экспертов ВОЗ к 2015г. в мире прогнозируется прирост числа больных, страдающих СД 2 типа, до 300 млн. человек. По данным Американской диабетологической ассоциации, ежегодно выявляется 800 000 новых случаев заболевания СД, подавляющее большинство которых- пациенты с СД 2 типа.

Высока среди больных и выявляемость специфических осложнений.

№		2007 г.	2008г.	2009	%
1	Полинейропатия	1648	2099	2638	91
2	Диабетическая ретинопатия	1252	1263	1317	45
3	Макроангиопатия н/к	1785	1446	1140	39
4	Нефропатия	780	396	568	20
5	Энцефалопатия	390	279	572	20
6	Парадонтоз	230	78	134	4,6
7	Гепатоз	115	208	411	14
8	Катаракта	290	118	111	3,8
9	Кетоацидоз	235	61	211	7,3
10	Диабетический нанизм	18	5	29	1
11	Диабетическая стопа	8	31	0	0
	Всего	6751	5984	7131	

Из них имели осложнения: диабетической невропатии – 91%, диабетическая ретинопатия – 45%, макроангиопатия нижних конечностей -39%. В тоже время в результате проводимых мероприятий ежегодно отмечается уменьшение количества инвалидов 1 и 2 группы.

Таким образом, в г. Шымкенте и ЮКО отмечается неуклонный рост частоты сахарного диабета за счет диабета 2 типа. Высок процент специфических осложнений. Отсутствие ранней диагностики (как было сказано выше 92% пациентов с сахарным диабетом- это тип 2. Чаще всего он диагностируется через 8-9 лет после начала заболевания, а развитие осложнений в основном приходится на период от 7-8 лет после заболевания). Регистр сахарного диабета не всегда своевременно отражает количество поставленных на учет пациентов (недостаточная компьютеризация органов здравоохранения, многие врачи и медсестры не умеют пользоваться компьютерами) соответственно отсюда невысокий процент заболеваемости диабетом, по сравнению с более развитыми странами мира.

Проблема: Для систематического мониторинга состояния диабетологической службы, а также с целью контроля уровня обеспечения инсулинами, таблетированными сахароснижающими препаратами, средствами контроля и доставки, необходимо оснастить эндокринологические кабинеты компьютерами. Для раннего выявления сахарного диабета необходимо обеспечить обследование на глюкозу в крови при направлении на госпитализацию всех пациентов, а также обследование « группы риска » участковой сетью, хирургами , гинекологами, и другими специалистами. Необходимо предусмотреть возможность открытия кабинета «диабетической стопы» во всех центрах районов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Koivisto V.A. Exercise and diabetes mellitus: Text-book of diabetes. Oxford: Black well Scientific, 1999, 795-802;
2. Manson J.E. et al. A prospective study of exercise and incidence of diabetes among US male physiciance. JAMA.1992,268,63-67;
3. Дедов И.И.,Шестакова М.В. «Сахарный диабет». Руководство для врачей. М.: Универсум Паблишинг, 2003;
4. Смирнов О.М. Впервые выявленный сахарный диабет 2 типа. Диагностика, тактика лечения. Медицина для вас. М., 2002;

УДК – 616.831.319-008.6-036.868

**ЦЕРЕБРАЛЬДЫ ИНСУЛЬТ АУРУЫНАН ТУЫНДАҒАН МҮҒЕДЕКТІКТІ ОҢАЛТУДЫҢ
ТИІМДІЛІГІН АРТТЫРУ ЖОЛДАРЫ**

С.Қ.Еркебаева, Г.У. Дүйсен, К.А. Қазыбекова

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы.

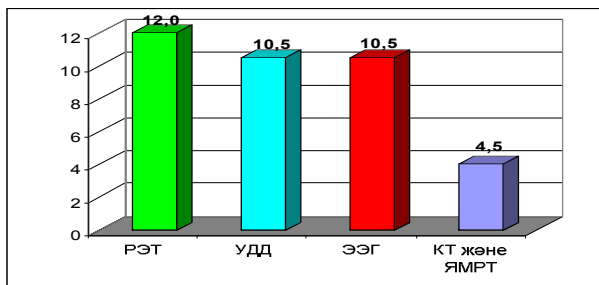
РЕЗЮМЕ

Научные результаты показывают, что реабилитационные мероприятия среди больных и инвалидов по церебральному инсульту должны организовываться согласно тяжести и степени поражения центральной нервной системы и функциональной недостаточности конечностей. Рациональная организация реабилитационных мероприятий дает хорошие медико – социальные результаты, что доказывается полученными данными.

SUMMARY

Scientific results of rehabilitation measures, which should be ornized among patients and disabled by cerebral stroke on the degree of the central nervous system and functional insuggiciency of the extremities described in this article.

Социологиялық зерттеу қорытындысы Шымкент қаласы тұрғындарының арасында инсультқа ұшыраған аурулардың толыққанды зерттелмегендігін көрсетеді. Бұл әсіресе кешенді зерттеу жұмысына байланысты айтылған мәселе. Әсіресе жаңа технологияларды қолдана отырып зерттеу жұмысы бұл аурулардың арасында мүлдем жүргізілмеген. Мысалы: КТ және ЯМРТ әдістерін қолданып зерттеу бар болғаны - 4,5% құраған. РЭГ - 12%, УДДГ - 10,5%, ЭЭГ - 10,5% ғана қарастырылған. Ал ЭХОЭГ әдісімен зерттеу және сонымен қатар көз түбін зерттеу жұмысы жақсы жолға қойылғандығын көрсетті (93,5-100%).(1 сурет)

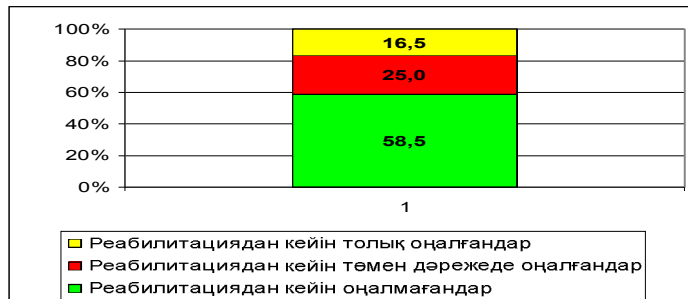


1 сурет - Инсультқа шалдыққан ауруларды кешенді зерттеулер дең

Осы ауру бойынша алғаш рет мүгедек деп табылған тұлғалардың материалдық жағдайын зерттеу олардың арасында әр бір отбасы мүшесіне есептегендегі табысы 9000 теңгеден асатындарының үлес салмағы - 45,2% жетті. 9000 теңге келетіндерінің үлес салмағы - 8,8%, 8000 теңге келетіндер үлес салмағы – 2,5%, 7000 теңге келетіндерінің үлес салмағы – 4%, қалған мүгедектердің отбасы мүшелеріне шаққанда 6000 теңгеден төмен табыс түседі (39,5%). Осыған қарағанда инсультпен ауырғандардың негізгі бөлігінің материалдық жағдайы төмен. Сондықтан олар қымбат тұратын диагностикалық шараларды қолдана алмайды. Инсультпен ауырған адамдардың өмір сүру сапасының нашарлауы олардың медициналық көмектің арнайы түрлеріне сұранысын төмендетеді және дер кезінде медициналық көмекті алуға кедергісін тигізеді. Яғни, социологиялық зерттеу қорытындылары инсультқа шалдыққан аурулардың дер кезінде медициналық көмекке қаралу оқиғаларының - 80,5% артпағандығын көрсетті. Олардың дер кезінде және қажетті емдік шараларды қабылдау деңгейі бар болғаны - 22% құрады.

Аурулардың сапалы емдік шараларға қол жетімдігі - 52% құрады. Жалпы, инсультқа шалдыққан аурулардың өз денсаулығының түзеліп кетуіне деген ынтасы аса жоғары емес (60,5%). Осы аурулардың оңалту шараларын қабылдауға жағдайы келе бермейді. Олардың арасында толыққанды оңалту шараларын жоғары дәрежеде алуға жағдайы барлары бар болғаны - 2,5% құрайды. Орташа дәрежеде оңалту шараларына жағдайы бар аурулардың үлес салмағы – 10% құрайды, оңалту шараларын төмен дәрежеде қабылдауға жағдайлары барлары – 58,5% құрайды. Ал оңалту шараларын қабылдауға жағдайлары мүлдем жоқтардың үлес салмағы – 29% дейін жетеді. Оңалту шараларының болашағын болжамдау оның жақсы болып аяқталатындығына күмән жоқ тұлғалардың үлес салмағының - 3% жететіндігін көрсетті. Бұл шаралардың салыстырмалы түрде жақсы болып аяқталатындығы мүмкін тұлғалардың үлес салмағы - 9,5%, ал күмәнді топқа жататындарының үлес салмағы - 64,5% құрады. Болжамды түрде оңалту шараларының ешқандайда дұрыс нәтиже бермейтіндердің үлес салмағы – 11,5% жетеді.

Алғаш рет әлеуметтік – медициналық сараптау комиссиясынан өткен ауруларда оңалтудың болашағын зерттеу олардың - 58,5% өте төмен, ал 25% толығынан оңалтудың нәтиже бермейтіндігі анықталды. Дәл осы аурулар мүгедектердің I және II тобын құрады. Ал оңалту шараларының жақсы нәтиже беру оқиғаларының саны – 16,5% жетті. (2 сурет)

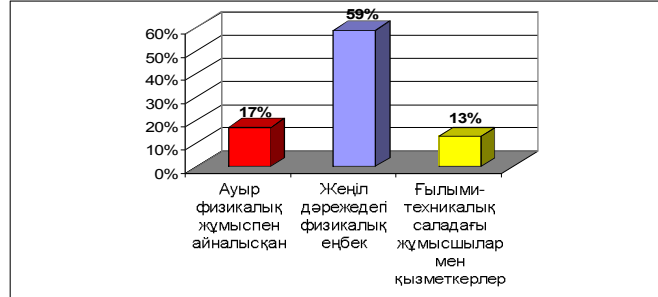


2 сурет - Инсультке алғаш рет шалдыққан аурулардың оңалту шараларынан кейінгі оңалу оқиғаларының үлес салмағы (%)

Сал болған адамдарды еңбекке жарамды қалыпқа келтіру үлкен әлеуметтік-медициналық және экономикалық мәселе болып табылады. Аурудың болжамды болашағы немесе қандай жетістіктермен аяқталуы көптеген себептерге байланысты, ол себептер оңалту шараларының тиімділігін анықтайды. Біздің ғылыми-зерттеу жұмысымыз еңбек терапиясын 4 кезеңдік бағдарлама бойынша жүзеге асыру керектігін көрсетеді: 1 кезең - ауыр парездерге ұшыраған аурулармен жұмыс істеу. 2 кезең - орташа өзгерістері бар ауруларға арналған оңалту шаралары. 3 және 4 кезең - жеңіл қозғалыс бұзылыстары бар ауруларға арналған шаралардан тұрады. 1-ші және 2-ші кезеңдегі еңбек терапиясы қозғалысты белсендіру және қалыпқа келтіру әдістерінен тұрады. 3 және 4-ші кезеңдер аурулардың кәсіби машықтарын және

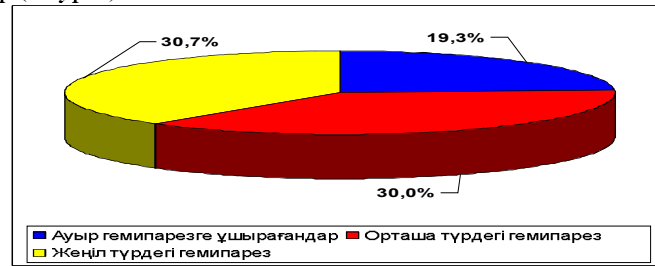
қозғалыстарын қалпына келтіруге бағытталған. 1- 3 кезеңдерде аурулар еңбекке толық немесе уақытша жарамсыз, ал 4-ші кезеңде аурулар өз кәсібiне оралады немесе қайта жұмысқа орналасуға тырысады.

Осылайша оңалту шараларын қабылдаған 140 аурудың амбулаторлық карталарындағы деректерді сараптау олардың еңбекке жарамдылығын қалыпқа келтіру шараларының жоғары тиімділігін байқатты: 140 аурудың 71,4% инсультке ұшырағаннан бұрын белгілі бір қызметте жұмыс атқарған. Олардың 17% - ауыр физикалық жұмыспен айналысқан, 59% - жеңіл дәрежедегі физикалық еңбекпен айналысса, 13% - ғылыми - техникалық саладағы жұмысшылар мен қызметкерлер болып шықты.(3 сурет)



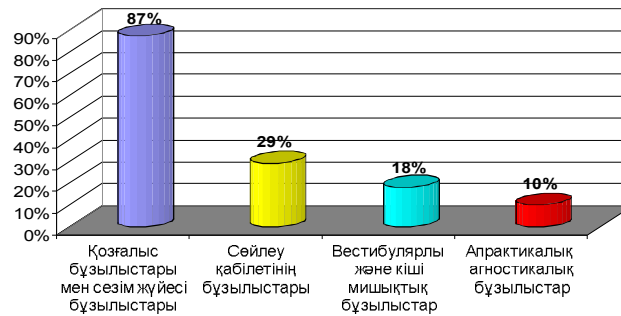
3 сурет. Инсультке ұшырағандардың қызметіне қарай таралуы (%)

Оңалту емін қабылдағандардың 19,3% - ауыр гемипарезге ұшырағандар, 30% - орташа, 30,7% - жеңіл түрдегі гемипарезге шалдыққандар.(4 сурет)



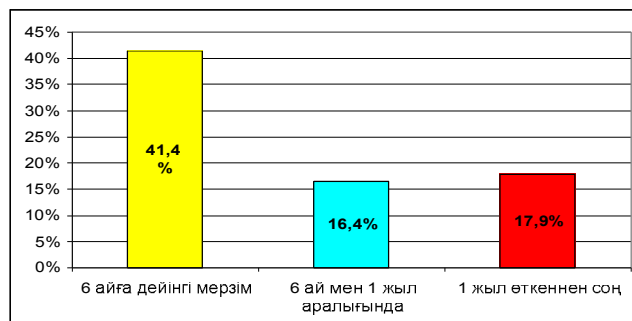
4 сурет.Инсульттан кейінгі қалыптасқан гемипарез түрлерінің таралуы (%)

Осы аурулардың арасындағы 87% қозғалыс бұзылыстарымен қатар сезім жүйесінің бұзылыстары анықталды, 29% сөйлеу қабілетінің бұзылыстары, 18% вестибулярлық және кіші мишықтық бұзылыстары, 10% апрактикалық - агностикалық бұзылыстар байқалды.(5 сурет)



5 сурет - Инсульт кезіндегі бұзылыстардың үлес салмағы (%)

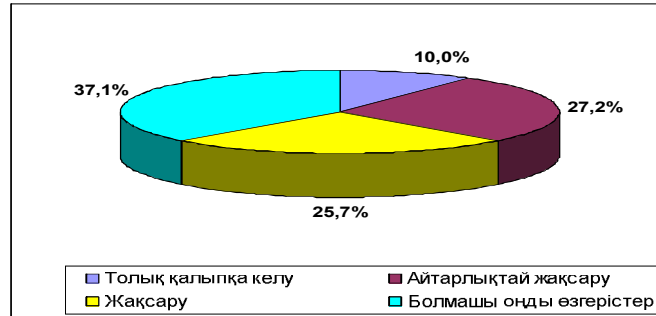
Аурулардың 75,7% инсульттан кейін бірден оңалту орталықтарына ем алу үшін қаралды. Олардың басым бөлігі инсульттан 6 ай өткеннен кейінгі мерзімде - 41,4%, инсульттан кейін 6 ай мен 1 жыл аралығында - 16,4%, аурудан кейін 1 жыл өткеннен соң немесе резидуальдық кезеңде - 17,9 % оңалту орталықтарында тіркелді.(6 сурет)



6 сурет - Оңалту орталықтарында тіркелу уақыты (%)

Оңалту курсынан кейін аурулардың 10% бұзылған қызметтерінің толық қалыпқа келуі байқалды. Айтарлықтай жақсару - 27,2%, ал жақсару - 25,7% байқалды. Аурулардың 37,1% болмашы оңды өзгерістер анықталды. Болмашы өзгерістер байқалған аурулардың басым бөлігі оңалту шараларын алуға өте кеш ұмтылыс жасаған. (7 сурет)

Оңалту шараларының клиникалық нәтижелері аурулардың әлеуметтік – тұрмыстық және әлеуметтік - еңбектік жағдайына өзгерістер енгізді. Аурулардың барлығы дерлік тұрмыстық жағдайын түзеп, үйінде белсенді жұмыстар атқара бастады. Ағайын - туғандарына тәуелділігі төмендеп, өзін – өзі қамтамасыз етуге жағдай пайда болды. Үй тірлігіне араласа бастайды. Инсульт алған аурулардың 62% еңбекке жарамдылығын қалпына келтірді.



7 сурет - Оңалту курсынан кейінгі бұзылған қызметтердің қалпына келу дәрежесі (%)

Инсульттан кейін оңалту шараларын алған науқастарға 1 жылдан кейін өткізілген кешенді тексеру осы шаралардың жоғары тиімділігін көрсетті.

Сонымен, церебральды инсультке ұшыраған мүгедектер арасындағы оңалту шараларын ерте кезеңнен және дұрыс ұйымдастыру жоғары тиімділігін береді.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Котов С.В., Исакова Е.В. К вопросу об организации помощи больным инсультом в Московской области. // Материалы XI международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни». Москва. – 2-4 октября 2006 г. –с 42-45.
2. Газалиева Ш.М., Илюшина Н.Ю., Секенова Р.К. Технология реабилитации инвалидов с последствиями ерепно-мозговой травмы // Международная научно-практическая конференция «Инновационные технологии в области здравоохранения и медицинской реабилитации» - Алматы, 2003. – с. 219-228.
3. Исакова Е.В. Клинико-экономические и организационные аспекты оказания помощи больным церебральным инсультом. /Автореф.дис.докт.мед.наук Москва 2007-47 с
4. Котов С.В., Неретил В.Я., Исаков Е.В. Новые подходы и перспективы в лечении и профилактике ишемического инсульта // В журнале «Альманах клинической медицины» М. –Т VIII-ч I 2005. с.216-219

ӘДК 614. 255. 13

УЧАСКЕЛІК ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ ЕҢБЕК ЕТУ ЖАҒДАЙЫНЫҢ МІНЕЗДЕМЕСІ

М.Б. Қаржаубаева, М.Ә. Бөлешов, Т.А. Маймаков

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы.

АО «Национальный медицинский холдинг», г.Астана

РЕЗЮМЕ

Результаты научного исследования показали, что работа участковых врачей амбулаторно – поликлинических учреждений характеризуется высокой напряженностью. Социологическое исследование проведенное среди них показало, что 45% врачей оценивают свою работу как тяжелый труд, более 40% из них нарушают режим питания. На качество работы 45,7% врачей определенное влияние оказывает неблагоприятный психологический климат в коллективе и в семье. 99% участковых врачей ежедневно в течение 3 – 4 часов занимаются домашним хозяйством. Неблагоприятный труд приводит к повышению уровня заболеваемости у 60% врачей, из них 9% получили стационарное лечение. Всего 17% врачей охвачены профилактическими мероприятиями. Результаты исследования показали о наличии значительных резервов повышения уровня здоровья участковых врачей.

SUMMARY

The research results showed that the work of district physicians of outpatient clinics characterizes the high tension. Sociological research carried out among them showed that 45% physicians evaluate their work as hard work, more than 40% of them break the regimen of good. On the quality of 45,7 % of doctors some impact adversely the psychological climate in the community in the family. 99% doctors on a daily basis for 3-4 hours engages in household work. Un favorable labor leads to increased disease in 60% of doctors, of whom 9 % received hospital treatment. Only 17% of physicians covered by prophylactic action. The research results showed the presence of significant reserves improve health of local doctors.