

Налицо нарастающая тенденция. Очень тревожит то, что из концентрированной стадии ВИЧ-инфекция перешла в генерализованную форму. То есть ВИЧ распространяется на все слои населения. Прежде подавляющее большинство больных составляли наркоманы, а сейчас это дети, студенты, рабочие, военнослужащие и даже беременные женщины. В Алматы было выявлено 95 ВИЧ-инфицированных беременных женщин (по состоянию на 1 ноября). Заразили их половые партнеры, зачастую наркоманы. Из числа этих беременных родили - 52, аборт сделаны 42 женщинам. 5 новорожденных инфицированы. Остальным детям диагноз пока не выставлен, они находятся под наблюдением до достижения ими 1 года.

В целом по республике рост по сравнению с прошлым годом составил 1,2 раза. Показатель распространенности среди взрослого населения страны составляет 52,1 чел. на 100 тыс. чел. Основную часть ВИЧ-инфицированных составляют лица молодого возраста - 55,8% больных приходится на возрастную группу 15–29 лет. В гендерном разрезе преобладают мужчины: 70,9% инфицированных - мужчины, 29,1% - женщины. 63,8 % зараженных - потребители инъекционных наркотиков, 24,2% заразились половым путем.

Особую обеспокоенность медиков вызывает распространность ВИЧ среди детей до 14 лет. В нашей стране этот показатель составляет 5,1 на 100 тыс. детского населения. При массовом заражении ВИЧ детей и их матерей в Шымкенте, когда в результате вспышки ВИЧ были инфицированы 118 детей и 14 женщин, 10 зараженных детей уже умерли, однако причиной их смерти признаны хронические заболевания, которыми они страдали до заражения. Один из зараженных детей скончался в больнице Шымкента 19 июня этого года. Показатель распространения ВИЧ среди населения республики в среднем увеличивается на 20 процентов ежегодно. Если будут сохраняться такие темпы распространения, то в ближайшем будущем эпидемии не избежать.

В настоящее время научно-исследовательская работа ведется в различных направлениях. Подготовлены научные публикации по эпидемиологическому значению циркуляции различных генотипов ВИЧ среди населения Казахстана, по вопросу ранней диагностики ВИЧ-инфекции у детей раннего возраста, рожденных ВИЧ-инфицированными ма-

терями; налажено медико-психологическое консультирование по вопросам ВИЧ/СПИД в Казахстане.

Основные мероприятия по профилактике СПИДа включают в себя несколько стандартных способов, используемых в большинстве стран: - своевременное выявление инфицированных людей; - своевременное оповещение населения регионов о возможном источнике заражения; - регулярное медицинское обследование определенных групп людей; - проведение инспекции медицинских учреждений; - повышенное наблюдение к протеканию беременности у ВИЧ-инфицированных женщин; - проведение различных бесед с выявленными больными; - максимальное ограждение от возможного заражения медицинских работников; - обеспечение всех медицинских учреждений необходимыми препаратами. Медицинский персонал, осуществляющий лечение людей, больных СПИДом должен, в первую очередь, сам соблюдать все необходимые правила как лечения, так и непосредственного общения с инфицированными людьми [4]. По мнению специалистов, на данный момент продолжает оставаться актуальным вопрос о поддержке и мобилизации населения на противодействие инфекции. И главным для казахстанского общества является толерантность к зараженным, нельзя допускать в их отношении дискриминацию.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. [http://immunotest.kz/news/zabolevaemost\\_spidom\\_v\\_kazahstane\\_snizilas\\_na\\_15/2012-07-23-255](http://immunotest.kz/news/zabolevaemost_spidom_v_kazahstane_snizilas_na_15/2012-07-23-255)
2. <http://news.nur.kz/tag/258-spид.html>
3. <http://www.rcaids.kz/ru/page477/>
4. <http://www.spy.kz/Farm/SPID-v-Kazahstane-na-porogehpidemii/>
5. [http://www.tiensmed.ru/news/post\\_new1450.html](http://www.tiensmed.ru/news/post_new1450.html)

#### ТҮЙІН

Статистикалық мәліметтерлер және мақала әкелінген социологиялық зерттеулерді нәтиже белсенді жүргізудің қажеттілігі туралы куәландыр Қазақстанда профилактика спид өлді.

#### SUMMARY

Statistical data and the results of the sociological research, mentioned in the article shows the necessity of active preventive measures of AIDS in Kazakhstan.

## СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ СПИД В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

УДК 616.98:578.828.6+616-08-039.75

**М. Есеналиев, А.Е Денебаева, Г. К. Кдырниязова, Г.С.Сеитова**

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Центр по профилактике и борьбе со СПИД,  
г.Алматы, Областная клиническая больница, г.Уральск,*

В связи с увеличением числа больных СПИДом, стремительным старением населения и продолжающимся нарастанием числа больных злокачественными новообразованиями и другими прогрессирующими заболеваниями в 2002 году ВОЗ расширила свой подход к определению паллиативной помощи. В то время как ранее паллиативной помощью считалось симптоматическое лечение больных злокачественными новообразованиями, сейчас это понятие распространяется на пациентов с любыми инкурабельными хроническими заболеваниями в

терминальной стадии развития, среди которых, конечно, основную массу составляют онкологические больные.

Подход ВОЗ к определению паллиативной помощи также был расширен: купирование болевого синдрома все еще остается важным компонентом, но ни в коем случае не единственным. Другие физические, эмоциональные и духовные потребности больного считаются также важными аспектами паллиативной помощи.

Также в новом определении ВОЗ объектом помощи является не только сам пациент. Оно включает в себя

понятие здоровья и благополучия членов семьи и других лиц, ухаживающих за больным. Оно выходит за рамки периода оказания помощи больному во время болезни и включает в себя поддержку близких, переживающих утрату, и после смерти больного.

Выделено три основных группы больных, требующих специализированной паллиативной помощи в конце жизни:

- больные злокачественными новообразованиями 4 стадии;
- больные СПИДом в терминальной стадии;
- больные неонкологическими хроническими прогрессирующими заболеваниями в терминальной стадии развития (стадия декомпенсации сердечной, легочной, печеночной и почечной недостаточности, рассеянный склероз, тяжелые последствия нарушений мозгового кровообращения и др.).

В настоящее время формы оказания паллиативной помощи пациентам в разных странах различаются, так как в каждой стране происходит развитие этого направления по самостоятельному плану. Но в соответствии с рекомендациями ВОЗ все многообразие можно объединить в две основные группы – это помощь на дому и в стационаре. Стационарными учреждениями паллиативной помощи являются хосписы, отделения (палаты) паллиативной помощи многопрофильных больниц общего профиля, онкологических диспансеров, а также стационарных учреждений социальной защиты. Помощь на дому осуществляется специалистами выездной службы, организованной как самостоятельная структура или являющейся структурным подразделением стационарного учреждения.

Рекомендуемый ВОЗ норматив числа хосписных коек составляет 25-30 коек на 300-400 тыс. населения. Хосписы имеют минимум медицинского персонала, здесь отсутствуют специализированные диагностические лаборатории и лечебные отделения с дорогостоящей аппаратурой, однако, это не исключает возможности проведения консультаций врачами-специалистами.

Хосписы в Казахстане во многом отличаются от подобных учреждений развитых стран. Прежде всего, они финансируются государством, в то время как во многих странах до 80% бюджета хосписов – это благотворительные взносы, пожертвования частных лиц и компаний, вклады государственных и негосударственных организаций и религиозных фондов.

К сожалению, до сих пор в номенклатуре специальностей нет врача паллиативной медицины, хотя во всех цивилизованных странах такая специальность предусмотрена. Отсутствуют стандарты паллиативной помощи, утвержденные на уровне страны. Учитывая специфику больных, нет системы оценки эффективности лечения инкурабельных больных. В связи с переходом большинства больничных организаций в новую юридическую форму (Государственные коммунальные предприятия на праве хозяйственной собственности (ГКП на ПХВ) возникает проблема создания специализированных паллиативных отделений в многопрофильных больницах, ориентированных на оплату услуг по клинико-затратным группам (КЗГ).

В отделениях паллиативной помощи хосписов получают лечение в основном онкологические больные (75-80%) и 20-25% - инкурабельные больные терапевтического профиля в возрасте старше 60 лет. Отсутствие специализированной службы для оказания медицинской и психологической помощи безнадежным больным СПИДом также сдерживает развитие паллиативной службы.

Все эти проблемы не могут удовлетворить растущие нужды людей, страдающих тяжелыми хроническими болезнями.

В целом главный сдерживающий фактор развития паллиативной помощи - отсутствие единой стратегии развития паллиативной помощи в стране, отсутствие единых стандартов (подходов) и протоколов диагностики и ухода за инкурабельными пациентами. Более того, хосписы обслуживают в основном пациентов с онкологической и гериатрической патологией, отказывая больным с ВИЧ/СПИД, с соматическими заболеваниями в терминальных стадиях, детям с неизлечимыми заболеваниями.

#### ТҮЙІН

Мақалада Қазақстанда паллиатив көмектің жақсартуының мәселесінің сарапшылығы өлмелі аурумен. Хоспистер жұмысының ұйымының халықаралық тәжірибесі келтірілген.

#### SUMMARY

In the article an estimation of problem of improvement of palliative help a dying patient is in Kazakhstan. International practice over of organization of work of хосписов is brought.

## ЗНАЧЕНИЕ ФИНАНСОВЫХ МЕХАНИЗМОВ В СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

УДК 614.2.390.567.228

**Д.К. Рахимбекова, М. Есеналиев, А.Е Денебаева, Г. К. Кдырниязова, Г.С. Сеитова**

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, Центр по профилактике и борьбе со СПИД  
г. Алматы, областная клиническая больница. г. Уральск*

Реализация социальной политики государства по охране здоровья населения в условиях рыночных экономических отношений связана с необходимостью изменения существующих подходов к управлению медицинскими организациями, с предоставлением им большей юридической и финансовой самостоятельности, возмещением всех понесенных затрат. В целом система финансирования как первичной медико-санитарной помощи (ПМСП), так и больничной, претерпела за годы реформ в Казахстане значительные изменения, однако на сегодняшний день перед

государством стоит задача ее дальнейшего совершенствования путем предоставления дополнительных стимулов для поставщиков эффективно предоставлять качественную помощь населению. Такая ориентация на результат деятельности будет способствовать развитию эффективного внутреннего менеджмента и мотивации сотрудников, что, в свою очередь, повлияет на повышение качества оказываемых услуг, создание более эффективной организационной структуры поставщика и рациональное использование имеющихся ресурсов.