

на-Дону: Феникс, 2007. – 160 с.; 2. Отчеты и анализ деятельности медицинской организации с 1996-2010 гг. (статистические данные); 3. Государственная Программа реформирования и развития здравоохранения РК на 2005-2010 гг. Утверждена Указом Президента Республики Казахстан от 13 сентября 2004 года №1438; 4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2007 г. №1325 «Об утверждении Программы по снижению материнской и детской смертности в РК на 2008-2010 годы».

### Т Ж Ы Р Ы М

#### БЕЛГІЛІ БІР КЕЗЕНДЕГІ АУРУХАНАҒА ЖАТҚЫЗЫЛҒАН НАУҚАСТАРДЫҢ САНЫНЫҢ, ЖАСТЫҚ ҚҰРЫЛЫМНЫҢ ЖӘНЕ ӨЛІМ КӨРСЕТКІШТЕРІНІҢ ӨЗАРА БАЙЛАНЫСЫ

**С.К. Бекмухамбетов**

*Қалалық инфекциялық аурухана, Орал қ., БҚО*

Осы мақалада 1996-2010 жылдардың ішінде ауруханаға жатқызылған науқастардың санының, жастық құрылымның (ересектер мен балалар) және өзгерістердің динамикасы мен өзара байланысы көрсетілген. Саннан және жастық

құрылымнан өлім көрсеткіштерінің (жалпы, балалар, жұқпалы аурулардан) айқын өзара байланысы, сонымен қатар 2005-2010 жылдарға арналған ҚР Мемлекеттік денсаулықты сақтауды реформалау және дамыту бағдарламасының медициналық мекемелердің жұмысына оң әсері көрсетілген.

### S U M M A R Y

#### INTERRELATION OF THE QUANTITY OF HOSPITALIZED PATIENTS, AGE STRUCTURE AND LETHALITY RATE FOR DEFINITE PERIOD

**S.K. Bektukhambetov**

*City infectious diseases hospital, Uralsk c., ZKO*

This article shows the dynamics and interrelation of the quantity of hospitalized patients, age structure (children and adults) and changes during the period of 1996-2010 years. There is clear interrelation of lethality rates (total, child and infectious lethality rates) with the quantity and age structure as well as the positive influence of the State Program for Reforming and Development of the Public Health in RK for 2005-2010 years on the performance of medical organization.

## АНАЛИЗ ДИНАМИКИ И СТРУКТУРЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ, В ЦЕНТРЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ, Г. АЛМАТЫ

**К.С. БАЙМАҒАНБЕТОВА**

*Центр психического здоровья, г. Алматы*

**Н**аличие хронического психического заболевания у пациента является высоким риском в плане летального исхода. К неблагоприятному исходу психической болезни может привести неправильный образ жизни больного: нарушение качества и режима питания с преобладанием углеводов, наличие вредных привычек, социальная дезадаптация, длительный (годами) прием психотропных препаратов, а также несвоевременность предпринимаемых медицинской и социальной службой реабилитационных мер в отношении конкретного пациента.

Структура смертности среди психических больных остается в целом соответствующей общей популяции смертности среди населения, но удельный вес летальности среди психически больных высок в силу не только тяжести психической патологии, но и атипичности протекания коморбидных соматических патологических состояний. В первую очередь, сохраняется частота летальных исходов от инфаркта миокарда [1]. Многие психотропные препараты, принимаемые годами больными, кумулируют и негативно влияют на сердечно-сосудистую систему и при высоких дозах и длительном курсе лечения могут спровоцировать ухудшение уже в определенной степени декомпенсированных сердечных заболеваний со смертельным исходом [6]. Из-за риска для здоровья больных остаются до сих пор открытыми вопросы подбора индивидуальных дозировок психотропных препаратов и практического осуществления мониторинга концентрации препаратов в крови психически больных, необходимости длительных, непрерывных курсов психотропной терапии [4, 5, 6, 7]. При психической патологии достаточно часто встречается расторможенность влечений

(алкоголизация, курение), приводящие к развитию в последующем ХОБЛ, и смертность от ХОБЛ не редкость в психиатрической практике [2]. Порой тяжесть психической патологии и соматической патологии больного настолько переплетены, что в пору говорить о полиорганный недостаточности, практически одновременно задействованы в патологическом комплексе основные жизненные органы, что приводит к смерти больных [1, 3]. Относительно редко встречается смерть больного от хирургической патологии, в частности от сепсиса, кишечной непроходимости, ущемления грыжи и др. [5].

### Материал и методы

Метод сплошной выборки для исследования случаев смерти больных в стационаре Центра психического здоровья за период с 2005 по 9 месяцев 2011 годов и статистической обработки полученных данных. Всего за шесть неполных лет в стационаре Центра умерло 45 больных из пролеченных 20936 больных. Вариабельность показателя летальности по годам от 0,10 до 0,36, что значительно ниже республиканского показателя.

Таким образом, ежегодно, кроме 2011 года, больше умирало больных мужского пола. Факторов, способствующих такой гендерной неравности, множество, ведущие из которых: образ жизни с вредными привычками, несбалансированность питания психически больных, со склонностью их к приему преимущественно углеводной

Таблица 1

Динамика летальных случаев по годам

	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	9 мес 2011 г.
Мужчины	4	3	4	3	6	5	1
Женщины	2	1	4	2	2	4	4
Дети	0	0	0	0	0	0	0
Итого	6	4	8	5	8	9	5

Таблица 2

**Распределение умерших по полу и возрастам**

Годы	Пол	До 30 лет	31-40	41-50	51-60	61-70	Свыше 70 лет	Всего
2005	мужской	1			1	1	1	6
	женский			1	1			
2006	мужской			2	1			4
	женский				1			
2007	мужской	2	1		1			8
	женский				1		3	
2008	мужской				1	1	1	5
	женский					1	1	
2009	мужской	1		3		1	1	8
	женский				1		1	
2010	мужской		2		2	1		9
	женский			1	2		1	
2011 9 мес	мужской				1			5
	женский					1	3	

пищи и «fast food», занятость в работе с тяжелыми условиями труда, учета средней продолжительности жизни мужчин.

Таким образом, удельный вес больных предпенсионного (после 50 лет) и пенсионного возраста среди умерших преобладает – 68,9%, причем 27% свыше 70 лет, что свидетельствует в целом о качестве поддерживающей медицинской помощи в целом.

Таким образом, анализ данных показателей летальности свидетельствует, что по стационару Центра психического здоровья города Алматы в силу предпринимаемых комплексных мер профилактики удерживаются низкие показатели.

**Результаты и обсуждение**

Как видно из таблицы 4, по причине смерти среди больных шизофренией значительно преобладает (51% от

Таблица 3

**Сравнительные интенсивные показатели летальности по годам**

	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г. 9 мес	Суммарное число выписанных больных с 2005 г.
Показатель летальности в %	0,20	0,10	0,25	0,16	0,35	0,25	0,16	21864
Выписано пролеченных больных	2876	3044	3133	3296	3326	3618	2571	
Сравниваемые величины пролеченных по годам	13,2	13,9	14,3	15,1	15,2	16,5	11,8	В среднем в год 3123
Доказательный показатель летальности	0,19	0,13	0,26	0,16	0,26	0,29	0,21	

общего количества умерших) инфаркт миокарда. В период обострения шизофрении при сложных синдромах (острый кататонический синдром, острый аффективно-галлюцинаторно-бредовый синдром и др.) наблюдается большой выброс в кровь больных адреналина и возрастает двигательная активность больных, которая при наличии в анамнезе сопутствующей патологии сосудов и сердца может привести к летальному исходу. В момент обострения, первые сутки психоза процедуры обследования, в первую очередь рентгенография и ЭКГ обследование, невозможны из-за возбуждения больного. Психоз у больного маскирует проявления кардиопатологии, в связи с чем кардиологическая помощь больным запаздывает. В целом смерть от кардиопатологии среди умерших за 6 лет составила 67%, что свидетельствует о необходимости направления психиатрических, общемедицинских сил и средств для профилактики летальности в первую очередь по сердечно-сосудистой системе. Другие причины смерти отступают на задний план и больше касаются полиорганной недостаточности. Количество летальных случаев в год в Центре психического здоровья варьирует от 4 до 9. Показатели летальности удается сохранить низкими в Центре психического здоровья, так как проводится комплекс мероприятий, направленных на профилактику летальных случаев: разработан механизм ведения тяжелых больных из приемного покоя, работает практика организации консультаций узких специалистов и созыва своевременных консилиумов, терапия

психотропными средствами проводится с учетом соматического фона, проводится коррекция коморбидных патологических состояний, проводится разбор каждого случая летальности и анализы летальности по отчетным периодам, ежемесячные тематические семинары.

**Выводы**

1. Хроническое психическое заболевание является высоким риском летального исхода больного.
2. Основной причиной смерти психически больных является сердечно-сосудистая патология (инфаркт миокарда, ХИБС).
3. Психиатрический стационар должен иметь алгоритм ведения психических больных со сложным соматическим патологическим фоном (АГ с частыми кризами, хроническая ишемическая болезнь сердца, декомпенсированный сахарный диабет и др.), начиная с приемного покоя.
4. Показатель летальности в Центре психического здоровья удается удерживать на низком уровне благодаря комплексным мероприятиям профилактики летальности.

**ЛИТЕРАТУРА:**

1. Бурлаков А.В. Интегрированное ведение длительно протекающей психической и соматической патологии у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами. НЦПЗ, РАМН, Москва / Материалы симпозиума, проходившего 19.03.2007 г. в рамках 15 Европейского пси-

Таблица 4

Заключительные диагнозы, установленные умершим больным по годам

Основной диагноз	Сопутствующий диагнозы	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 9 мес
Инфаркт миокарда	ИБС. Шизофрения	2						
	Сахарный диабет декомпенсированный. Шизофрения						1	
	Порок сердца. Шизофрения						1	
	ХОБЛ. ДОА. Шизофрения						1	
	Алиментарная дистрофия. Шизофрения						1	
	Органический психоз				1	1		
	Шизофрения			2	3	4	1	
	Хронический пиелонефрит			1				
	Артериальная гипертензия. Ожирение			1			1	
	АГ со склонностью к кризам. ИБС. Шизофрения.	1						
	Цирроз печени. Энцефалопатия. Шизофрения		1					
Токсический миокардит	ХСН. Наркомания. Шизофрения	1						
	Алкоголизм. Энцефалопатия. Шизофрения		1					
	Цирроз печени. Энцефалопатия. Шизофрения		1					
Миокардиодистрофия, трепетание предсердий.	Ревматизм. Порок сердца Энцефалопатия. Органический психоз		1					
Хр. сердечно-легочная недостаточность	Органический психоз			2				
	Деменция при б. Альцгеймера							1
	Тяжелая умственная отсталость			1				
Полиорганная недостаточность	Алиментарная дистрофия. Энцефалопатия с хореиподобной симптоматикой. ИБС. ХОБЛ. Гастрит хр. Шизофрения	1						
	Сахарный диабет. Ожирение. Шизофрения							1
	Ранний сифилис. Шизофрения					1		
	Алиментарная дистрофия. ХСН, ХПН. Шизофрения. Дефект личности	1						
Пневмония	Органический психоз			1				
	Алиментарная дистрофия. Кифосколиоз. Тотальная деменция. Полиорганная недостаточность							1
Тромбоз легочной артерии	Шизофрения				1	1		
Абсцесс легких	Шизофрения						1	
Раковая интоксикация	Шизофрения						1	
Перитонит	Ущемленная диафрагмальная грыжа. Органическое выраженное расстройство личности						1	
Сепсис	Хр. остеомиелит. Ложный сустав бедренной кости. Шизофрения							1

хиатрического конгресса, Мадрид, Испания; **2.** Муминов Т.А., Семенова Р.И., Данышбаева А.Б. Клиника и лечение хронических обструктивных болезней легких (карманное руководство для врачей). Алматы, 2005; **3.** Лукьянчиков В., Калинин А., Карагезова А. Альдостеронизм. Конспект врача. Медицинская газета, №68 от 06.09.2000. – С. 8-9; **4.** Андреев Б.В., Лиманкина И.Н. Проблема интервала QT в психиатрической практике. Санкт-Петербургская психиатрическая больница П.П. Кашенко. Медицина XX века, 2006. 4-41-44; **5.** Козлов В.И. Современная концепция сепсиса. Основные понятия и определения. /Сб. Новгородского государственного университета апрель, 2007; **6.** Straus SMGM, Bleumink GS, Dieleman GP et al. Antipsychotics and the risk of sudden cardiac death. /Archives of Internal Medicine 2004; 164;1293-1297; **7.** Trenton AJ, Currier GW, Zwemer FL. Fatalities associated with therapeutic use and overdose of atypical antipsychotics/CNS Drugs 2003; 17;307-324; **8.** Glassman A.H. Schizophrenia, antipsychotic drugs, and cardiovascular disease. /J Clin Psychiatry 2005; 66 Suppl 6:5-10.

### ТҰЖЫРЫМ

**АЛМАТЫ Қ. ПСИХИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ОРТАЛЫ-  
ҒЫНДАҒЫ ӨЛІМНІҢ ДИНАМИКАСЫ МЕН ҚҰРЫЛЫМЫНА  
ТАЛДАУ**

**Қ.С. Баймағанбетова**

*Психика сауықтыру орталығы, Алматы қ.*

Психикасы бұзылған сырқаттардың ішінде өлімге шалдығуы өте бийік. Өлімге соқтыратын психика бұзылуының көтерілігінен басқа қосымша жағдайлар келтіреді: дұрыс тамақтанбау, өмір жағдайларының төмендеуі, жылдар бойы психотроптық дәрі дәрілік қолдануы және басқа. Психика сауықтыру орталығында өлім көрсеткішін алты жылдан астам уақыт бойынша өлгендерді зерттеуге алынды. Өлім көрсеткіші бұл мекеме де төмен. Жыныс жағынан өлімге көбінде ерлер ұшыраған. Жас көлемінде: елу жастан асқан аурулар өлген. Зерттеу қортындысы арқылы өлгендердің алпыс жеті пайызы жүрек және қан тамырының патологиясынан болғанын дәлелдедік. Сондықтан алдын ала ауруханаға түскен ауыр сырқаттанушыларға уақытында арнайы кешенді медициналық зерттеу мен емдеу тәсілдерді қолдану жөн.

### SUMMARY

**ANALYSIS OF DYNAMICS AND LETHALITY STRUCTURE  
IN THE MENTAL HEALTH CENTER, ALMATY**

**K.S. Baymaganbetova**

*Center of the Psychikal health, Almaty c.*

In the Center of the Psychikal health Almaty city research hospital cases death of patients. Taken archives with 2005 on 2011 years. Many patients death on the cardial pathology. Antipsychotics therapy is too the risk of sudden cardiac death. Fatalities associated with therapeutic use and overdose of atypical antipsychotics.

### СРАВНИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ГЕМАТОМ ПО ДАННЫМ КЛИНИКИ

**М.А. АЛИЕВ**

*Городская клиническая больница №7, г. Алматы*

**Ч**ерепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее частым видам повреждений и лидирует среди причин летальности и инвалидизации пациентов [2]. Осложнением ЧМТ является формирование внутричерепных гематом, которые, по мере компрессии головного мозга, неминуемо ведут к сдавлению ствола мозга и смерти пострадавшего [2, 3]. Проблема своевременной диагностики и совершенствования методов хирургического лечения внутричерепных гематом при ЧМТ, целью решения которой является снижение летальности и инвалидизации пациентов [1, 3].

Цель исследования – анализ результатов хирургического лечения пострадавших с острыми внутричерепными гематомами, оперированных в клинике в различные периоды времени: в период с 1991 по 1995 гг. и с 2006 по 2010 гг., позволит наметить перспективы дальнейшего улучшения деятельности нейроtraumatологической службы.

#### Материал и методы

Количество оперированных пациентов составило 514 и 677 пациентов, соответственно. Около 90% пациентов в обеих группах составили пострадавшие трудоспособного возраста. Мужчины составили 88,5% (455 пациентов) и 85,5% (579), женщины 11,5% (59) и 14,5% (98). Некоторый рост числа пострадавших женщин, по-видимому, связан с ростом количества дорожно-транспортных происшествий.

У пациентов наблюдалось сходство таких исходных показателей, как сроки поступления после перенесенной травмы, степень утраты сознания, фаза клинической компенсации (табл. 1). В диагностический комплекс обследования пострадавших входила компьютерная томография (КТ) головного мозга: у первой группы – в дневном режиме с необходимостью транспортировки пострадавших, у второй группы – в круглосуточном режиме в условиях стационара.

#### Результаты и обсуждение

Чаще всего оперировались субдуральные гематомы – у 43,8% и 44,6% пациентов (табл. 2). Наиболее высокая летальность у этих пациентов отмечалась в первой группе – у 57,9%, также высокая летальность наблюдалась у пациентов этой группы с множественными гематомами – 55,8%. Во второй группе наиболее высокая летальность наблюдалась у пациентов с внутримозговыми гематомами – 34,5%. Самая низкая летальность отмечалась у пациентов, оперированных по поводу эпидуральных гематом – у 22,4% и 9,6%, соответственно. Это связано с возможностью ранней диагностики эпидуральных гематом в период «светлого промежутка» у пациентов второй группы в фазе клинической компенсации. Факторами, влияющими на результаты хирургического лечения острых внутричерепных гематом, являются сроки диагностики и оперативного вмешательства, объем гематомы, возраст пациентов и состояние клинической компенсации