

в сочетании с лазиксом 2 мг/кг. Если через 1 час после введения лазикса повторно вводили в дозе 10 мг/кг. Одновременно с допамином применяли эуфиллин, трентал, глюकोзо-новокаиновую смесь (4:1).

При геморрагическом синдроме (носовые, кишечные кровотечения) назначали дицинон по 2 мл 3 раза в сутки. При угрозе развития и развившемся синдроме ДВС – внутривенно свежемороженая плазма (СЗП). При наличии хронических инфекций, развитии бактериальной инфекции (бронхит, пневмония) применяли антибиотики: пенициллин, ампициллин, клафоран, фортум. Противовирусную терапию (ПВТ) рибавирином, как описывают в литературе, мы не применяли из-за отсутствия препарата.

Следует отметить, что из 140 больных 31 (22,2%) лечился в ОРИТ, т.е. 1/4-1/5 часть от общего количества больных. Из общего количества тяжелых больных нуждались в проведении интенсивной терапии: на вспышке 2005-2006 гг. всего 83 больных, из них 15 (18%) нуждались в интенсивной терапии, при вспышке ГЛПС 2003-2004 гг. – 28 больных, из них 8 (28,5%) нуждались в реанимационных мероприятиях, в другие периоды с 2000 по 2010 годы из 29 больных в ОРИТ лечились 8 (27,5%).

Из 140 больных гемодиализ проводился 8 чел. (5,7%). У больных, направленных на гемодиализ, уровень креатинина превышал 800-900 ммоль/л и продолжительность анурии в среднем 1 сутки. На вспышке 2005-2006 гг. из 83 больных 4 (4,8%) были проведены на гемодиализ, в 2003-2004 гг. из 28 больных 2 (7,1%) и в остальные периоды еще 2 по показаниям проведены на гемодиализ. В процессе лечения летальных случаев не было, хотя по данным литературы летальность от 0,3 до 3,5%. На Дальнем Востоке – до 6-10%.

Выводы

1. На протяжении 10 лет наблюдения и лечения больных ГЛПС нами накоплен определенный опыт в диагностике и терапии этой инфекции и, несмотря на преобладание тяжелых форм ГЛПС, не было допущено летальных случаев.

2. Клиническими особенностями течения инфекции явились более длительный лихорадочный период – до 10 суток и менее выраженные проявления геморрагического синдрома.

3. Эпидемиологически пациенты, поступившие на лечение в стационар, проживали в лесных поймах р. Урал, т.е. это районы ЗКО, граничащие с Оренбургской областью Российской Федерации, и в настоящее время природный очаг ГЛПС является единственным на территории Казахстана, отмечена осенне-зимняя сезонность заболевания.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Руководство по инфекционным болезням. Под ред. В.И. Покровского. Москва. Медицина, 1986. – 404 с.;

2. Пиотрович А.К., Сиротин З.В. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом у детей. Москва, «Медицина», 1988. – 192 с.; 3. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. Москва, Медицина, 1990. – С. 457-460; 4. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом у детей. Учебно-методическое пособие. Саратовский госмедуниверситет, Саратов. 1995; 5. Руководство по внутренним болезням. Инфекционные болезни. Под ред. академика РАН Е.И. Чазова, академика РАМН В.И. Покровского. Москва, Медицина. 1996. – 527 с.; 6. Инфекционные болезни. Под ред. Е.П. Шуваловой, Ростов-на-Дону. Феникс. 2001. – С. 485; 7. Гражданов А.К. и соавт. Природная очаговость геморрагической лихорадки с почечным синдромом на Западе Казахстана. Медицина, 2002. – №4. – С. 19-23; 8. Гражданов А.К. и соавт. Об активизации геморрагической лихорадки с почечным синдромом на Западе Казахстана. Медицина, 2004. – №3. – С. 150-154; 9. Приказ МЗ РК №623 от 15 декабря 2006 г. «Об утверждении стандартов в области медицинской деятельности по определению случаев особо опасных инфекций человека при их учете и регистрации». Астана. 10. Профилактика геморрагической лихорадки с почечным синдромом в республике. Методические рекомендации КГСЭН МЗ РК, Астана, 2009. – 64 с.

ТҰЖЫРЫМ

ҚАЗАҚСТАНДА БҮЙРЕК АУРУЫ СИНДРОМЫ БАР ГЕМОРАГИЯЛЫҚ БЕЗГЕКТІ (БСГБ) ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ ТӘЖІРИБЕСІ

С.К. Бекмұхамбетов

Қалалық жұқпалы аурулар аруханасы, Орал қ., БҚО

Мақалада 2000-2010 жж. БСГБ ауырғандардың динамикасы көрсетілген, аталған инфекцияның 2 таралуы белгіленді. Клиникалық тұрғыда негізінен аурудың ауыр және орташа ауыр формалары басымдықта болды, Батыс Қазақстан облысында БСГБ-ның клиникалық барысының ерекшелігі анықталды. Аурудың күзгі-қысқы маусымдылығы басымдықта екені анықталды.

SUMMARY

EXPERIENCE OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF EPIDEMIC HEMORRHAGIC FEVER IN KAZAKHSTAN

S.K. Bekmukhambetov

City Infectious Diseases Hospital, Uralsk, West Kazakhstan Region

The article shows dynamics of morbidity with epidemic hemorrhage fever in 2000-2010, 2 episodes of this infection were marked. The clinical picture was mainly characterized by severe and intermediate forms of disease, features of in-patient development of B epidemic hemorrhage fever in West Kazakhstan Region were specified. Prevalence of autumn-winter seasonality of illness was determined.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ ҚЫЗМЕТ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Б.К. КОЙЛЫБАЕВ

«Шыңбұлақ» туберкулезге қарсы балалар шипажайы

Ежелден бері медициналық қызмет көрсету белгілі бір бағасы бар және тиісті өтемақыға кепілдік беретін іс болып келген. Тауар сияқты медициналық қызмет те сатып алынады және сатылады.

Егер де осы уақытқа дейін медициналық қызмет ұсыну саласындағы монополист жалғыз мемлекет болып келсе, бүгінгі күні оның бәсекелестерінің – жеке меншік клиникалардың, медициналық орталықтардың,

дәрігерлер кабинетінің, т.б. арқасында олардың позициясы өзгерді. Жоғарыда аталған мекемелердегі медициналық қызмет көрсетудің ақылы сипатына қарамастан, олардың жұмыстары жалпы денсаулық сақтау жүйесінің дамуына позитивті әсер етуде, себебі бәсекелестік – прогрестің қозғаушы күші!

Медициналық қызметтер – материалдық құндылықтары жоқ пайдалы кәсіп түрі, олар негізінен әлденені иеленуге әкелмейді. Дегенмен, медициналық қызмет түрін пайдаланған, мәселен, тіс протезін алған адам протезді иеленеді (қызмет көрсетудегі тауар элементі). Медициналық қызметтегі тауар элементі науқастың ауру тарихының үзіндісі, медициналық тексеру мәліметтері, дәрігердің дәрі алуға жазып берген қағазы, т.б. болып табылады.

Қазақстан Республикасы Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің негізгі идеялары, медициналық қызмет көрсетудің бәсекелестік ортасының құрылуы, дәрігер мен медициналық ұйымды ерікті таңдау, медициналық көмек көрсетудің ашықтығы, қорытынды нәтижеге бағытталуы болып табылады.

Осы жағдайларда маркетинг маңызды рөл атқарады. Мәселен, қызмет түріне сұраныс артқан кезде сатып алушылар көбейеді, кезекке тұрады. Алайда, осы кезде қызмет көрсету ұйымдарының мүмкіндіктері бұл сұранысқа сәйкес келмеуі мүмкін. Бұл сатып алушылардың кезек күтпей, кетіп қалуына, яғни пайданы жоғалтуға әкеп соқтырады. Сұраныс азайған кезде клиенттер қызмет түрін аз пайдаланады, осыған орай, тағы пайданы жоғалту орын алады. Яғни, қызметті алдын ала әзірлеу, сұраныс жоғары болған кезде ұсына қою мүмкін емес деген сөз. Сонымен қатар, қызметті тауар сияқты көрмеге шығарып қоюға және сатып алғанға дейін қызметпен танысуға тұтынушыға мүмкіндік беру мүмкін емес. Сондықтан, емдеу-алдын алу мекемесінің әкімшілігі маркетинг дағдыларын пайдалануы тиіс, оларда сұраныс жоғары болатын кезеңдер туралы ақпарат және осы мәселелерді шешу үшін стратегия жиынтықтары болуы шарт.

Маркетингтік бағдарламаларды өңдеу барысында медициналық қызметтің түрлі сипаттамасын есепке алған жөн:

1. Сезілмеу: медициналық қызметтерді көзбен көру, қолмен ұстап көру, оны алғанға дейін білу мүмкін емес. Дәрігерге келген пациент емделу нәтижесін алдын ала біле алмайды. Ол дәрігердің сөзіне сенуге мәжбүр.

2. Дәрігер, медбике немесе медициналық жабдық болсын, негізден ажырамауы тиіс. Мәселен, белгілі кардиолог-дәрігерге барайық. Егер де оның орнында онша танымал емес маман немесе тіптен, жаңадан келген дәрігер отырса, қызмет көрсетуі алдыңғыдай болмайды.

3. Сапаның тұрақсыздығы жабдықтаушы мен қызмет көрсету орнына байланысты. Танымал маман жас дәрігерге қарағанда барынша білікті көмек көрсетеді. Бірақ бір дәрігердің өзі физикалық және рухани жағдайына қарай қызметті әртүрлі көрсетеді. Сондықтан, жабдықтаушы тексеру жүргізу және сауалнама жүйесі

арқылы клиенттің қанағаттану деңгейін үнемі бақылап отыруы қажет.

4. Сақталмау. Медициналық қызметтер бір мезетте жүргізіліп, жүзеге асырылып, бір мезетте қолданылады. Қабылдауға алдын ала жазылу жүйесі, медициналық қызметкерлердің жұмыс кестесінің нақты сақталуы – осы шаралардың барлығы медициналық мекеменің жұмыс бастылығын есептеуге және сәйкесінше маркетингтік күш жұмсауды үйлестіруге септігін тигізеді.

Сондықтан, медициналық ұйымдар халыққа қолайлы жерде, оларға қажетті көлемде, аурулар мұқтаждық еткен қызметтерді ұсынуы тиіс. Науқастарға бізде бар қызметтерді емес, оларға қажетті қызметтерді ұсыну қажет. Осылай ғана медициналық қызмет сапасын арттыруға қол жеткізуге болады.

Халықтың денсаулығын түзету қажеттілігін құру, созылмалы аурумен ауыратын ауруларда тұрақты ремиссия кезеңдерін арттыру көп жағдайда шығармашылық күш-қуатты қолдауға, жалпы ұлттық өнімді арттыруға, емдеуді ұйымдастыруға мемлекет шығынын азайтуға және мүгедектікке байланысты жәрдемақы төлеуге ықпал етеді.

ӘДЕБИЕТ:

1. 2011-2015 жылдарға арналған «Салауатты Қазақстан» мемлекеттік денсаулық сақтау бағдарламасы. 2. Малахова Н.М. Денсаулық сақтаудағы маркетинг. Оқу құралы. Феникс, 2010; 3. Родионова В.Н. Жаңа экономикалық жағдайда денсаулық сақтаудағы менеджмент // ред. Ю.П.Лисицына, «Денсаулық сақтауды басқару және экономика». М. Медицина, 1993; 4. Иорданская Н.А. Денсаулық сақтаудағы маркетинг. НГМА, 2008.

РЕЗЮМЕ

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

Б.К. Койлыбаев

Детский противотуберкулезный санаторий «Шымбулак»

Для этой цели медицинские организации должны предлагать населению обслуживание в удобном месте, в объеме, который требуется больным. Больным необходимо предлагать услуги, которые им нужны, а не те, которые есть. Только таким образом можно достичь повышения качества медицинского обслуживания.

SUMMARY

PECULIARITIES OF HEALTH MAINTENANCE PROPHYLAXIS

B.K. Koulybayev

«Shymbulak» Children Antituberculous Sanatorium

For this effect, medical institutions should offer service to population in convenient places, to the extent demanded by patients. Patients should be offered services which they need, but not those which are available. So and in no other way we may attain improvement in health service quality.

МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕКТИҢ САПАСЫ

Б.К. КОЙЛЫБАЕВ

«Шыңбулақ» туберкулезге қарсы балалар шипажайы

Кез келген мемлекетте денсаулық сақтау жүйесінің негізгі міндеті – еліміздің әр тұрғынына дені сау, ұзақ та нәтижелі өмір сүруге кепілді мүмкіндік беру. Яғни, бірінші кезекте сапалы медициналық көмек көрсету мәселесі тұруы тиіс.

Сапалы медициналық көмек – бұл білікті медициналық қызметкерлер көрсететін, нормативтік-құқықтық актілерге, медициналық көмек көрсету стандарттарына (ауруларға хаттама толтыру), келісім шарттарына немесе әдетте ұсынылатын талаптарға сәйкес келетін уақтылы медициналық көмек.