

осложненной преэклампсией // Анестез. и реаниматол. – 1995. – №5. – С. 12-15

3 Зильбер А.П., Шифман Е.М. Акушерство глазами анестезиолога. «Этюды критической медицины», т. 3. – Петрозаводск: Издательство ПГУ. – 1997. – 397 с.

4 Elkayam U., Ostrzega E., Shotan A. et al. Cardiovascular problems in pregnant women with the Marfan syndrome // Ann. Intern. Med. – 1995. – V. 15. – P. 117-122

5 Hsia J. A. Women's health issues part I. Cardiovascular diseases in women // Medical Clinics of North America. – 1998. – V. 82, N1. – P. 1-9

6 Lipscomb K.J., Smith J.C., Clarke B. et al. Outcome of pregnancy in women with Marfan's syndrome // Br. J. Obstet. Gynaecol. – 1997. – V. 104. – P. 201-206

7 Pyeritz R.E. Maternal and fetal complications of pregnancy in the Marfan syndrome. // Am. J. Med. – 1981. – V. 71. – P. 784-790

8 Rossiter J.P., Repke J.T., Morales A.J., et al. A prospective longitudinal evaluation of pregnancy in the Marfan syndrome // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1995. – V. 173. – P. 1599-1606

ТҰЖЫРЫМ

**С.К. ДЖЕТЫБАЕВА, Д.О. КАРИБАЕВА,
В.Г. ДАРИЙ, Н.Г. ДАРИЙ**

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық
Медицина Университеті, Алматы қ.*

**ҚОЛҚАНЫҢ ЖЕДЕЛ ҚАТПАРЛАНУЫ ЖӘНЕ МАРФАН
СИНДРОМЫ БАР 28 АПТА ЖҮКТІЛІК МЕРЗІМІНДЕГІ
ӘЙЕЛ АДАМҒА СИМУЛЬТАНДЫ ОТА ЖАСАУДАҒЫ
КЛИНИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ**

Марфан синдромы біршама сирек аурулардың қатарына жатады. Осы тәріздес аурулардың жүктілікпен қосарласуы фатальды асқынулардың пайда болуына әкеледі. Марфан синдромы сирек кездесетіндіктен (100 000 адамға 1 жағдай), бұл синдроммен әйел адамдардың жүктілік кезіндегі немесе босану кезіндегі кездесу мүмкіндігі өте төмен. Өйткені Марфан синдромы бар әйелдерде дені сау әйелдермен салыстырғанда өздігінен пайда болатын түсік пен мерзімінен ерте босану жиірек кездеседі.

Негізгі сөздер: Марфан синдромы, қолқа қатпарлануы, қолқа клапанының жетіспеушілігі, жүктілік.

SUMMARY

**S.K. JETIBAYEVA, D.O. KARIBAEVA,
V.G. DARII, N.G. DARII**

*Kazakh National Medical University
n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.*

CLINICAL TRIALS OF REALIZATION OF SIMULTANEOUS OPERATIONS FOR 28 WEEKS PREGNANT WOMAN WITH THE MARFAN'S SYNDROME AND ACUTE EXFOLIATION OF AORTA

Marfan's syndrome relates to rare diseases and being pregnant while afflicted by the syndrome can be fatal. This syndrome occurs very rarely, with approximately 1 in every 100 000 people being affected by it. The chance of its affecting a pregnancy and during childbirth is very small, because the frequency of spontaneous abortion and untimely childbirth of pregnant women with Marfan's syndrome greatly higher comparing with healthy women.

Key words: Marfan's syndrome, exfoliation of aorta, insufficiency of aortic valve, pregnancy.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

УДК 616.9 (574)

Н.С. ИГИСИНОВ^{1,2}, Д.М. БАЙБОСЫНОВ³, Г.Г. ИМАМБАЕВА³, М.Е. КОНКАЕВА³

¹ОО «Central Asian Cancer Institute», г. Астана, Казахстан

²ГП на ПХВ «НИИ травматологии и ортопедии»

³АО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

ПРОСТРАНСТВЕННО-ВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ БРУЦЕЛЛЕЗОМ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА

В статье изучены региональные особенности заболеваемости бруцеллезом в целом среди всего населения Казахстана. Исследование ретроспективное за 2007-2012 гг. В исследовании применялись дескриптивные и аналитические методы современной эпидемиологии. Самый низкий удельный вес больных (0,03%) и самый низкий показатель заболеваемости (0,16⁰/0000) выявлялся в Мангыстауской области. Высокий удельный вес больных отмечался в Южно-Казахстанской области (31,9%). Максимальная заболеваемость установлена в Жамбылской области (41,9⁰/0000). В динамике в 62,5% регионов тренды показателей снижались, а на остальных территориях повышались. Высокие темпы прироста регистрировались в Северо-Казахстанской области (T_{пр}=+65,8%), а темпы убывали заболеваемости – в Мангыстауской области (T_{уб}=–45,1%). Вычислены уровни заболеваемости бруцеллезом для пространственной оценки: низкий показатель – до 3,6⁰/0000, средний – от 3,6 до 16,1⁰/0000, высокий – от 16,1⁰/0000 и выше.

Ключевые слова: бруцеллез, заболеваемость, тренды, картограмма.

Одним из важных аспектов изучения здоровья населения страны является пространственно-временная оценка заболеваемости в различных медико-географических регионах. Данный критерий позволяет выявить контингент, наиболее страдающий от тех или иных заболеваний, и способствует эффективному анализу процессов возникновения и распространения заболеваемости, т.е. устанавливает влияние различных медико-социальных условий и факторов окружающей среды на заболеваемость населения [1, 2].

Бруцеллез представляет собой мировую проблему для медицинского и ветеринарного здравоохранения. Наиболее широко бруцеллез распространен в странах Средиземноморья, Малой Азии, Юга и Юго-Восточной Азии, Африки, Центральной и Южной Америки [3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10]. В 1990-е годы обострились эпизоотическая и эпидемическая ситуации по бруцеллезу в странах СНГ и России [11, 12, 13]. Сохраняется актуальность вопросов профилактики этой зоонозной инфекции.

По литературным данным [14, 15, 16], распространенность этого заболевания в странах мира часто объясняется особенностями климата, эндемичностью, уровнем санитарно-гигиенических условий, доступностью специализированной медицинской и ветеринарной помощи, лекарственных средств, а также социально-экономическими факторами. Практически отсутствуют исследования, посвященные изучению региональных особенностей бруцеллеза. Всеми авторами отмечается очень высокая степень риска заболеваемости населения в неблагополучных по бруцеллезу регионах, в первую очередь контактным и алиментарным путями. Особенный научный и практический интерес в Республике Казахстан вызывает изучение в данном аспекте эпидемиологии бруцеллеза.

Цель данной статьи – изучение медико-географических особенностей заболеваемости бруцеллезом в Казахстане.

Материал и методы

Источником исследования были данные отчетных форм №1 и №2 по инфекционной заболеваемости Министерства здравоохранения Республики Казахстан – «Больные с диагнозом бруцеллез, установленный впервые в жизни». Использовались данные о численности населения Агентства Республики Казахстан по статистике [17]. Изучаемый период составил 6 лет (2007-2012 гг.).

По общепринятым методам санитарной статистики [18, 19] вычислялись экстенсивные, интенсивные и выровненные показатели. Определялись среднее значение ($\bar{P}$), средняя ошибка (m), 95% доверительный интервал (95% ДИ) и среднегодовые темпы прироста/убыли ($T_{пр/уб}$, %). Тренды показателей заболеваемости бруцеллезом изучались методом наименьших квадратов. Для вычисления среднегодовых темпов динамического ряда применялась средняя геометрическая.

При составлении картограмм использовались показатели заболеваемости бруцеллезом, рассчитанные на 100 000 всего населения (‰) по административно-территориальному делению республики (14 областей и 2 мегаполиса – Алматы и Астана). Применялся способ составления картограммы, предложенный в 1974 г. профес-

сором Игисиновым С.И. [20], основанный на определении среднеквадратического отклонения (σ) от среднего ($\bar{x}$).

Результаты и обсуждение

За период с 2007 по 2012 годы в Казахстане впервые было зарегистрировано 12 457 больных бруцеллезом. Наиболее благополучная ситуация по бруцеллезу складывалась в Мангыстауской области, где в изучаемый период она составляла 0,03%. В то же время низкие экстенсивные показатели бруцеллеза отмечались Северо-Казахстанской области (0,14%), г. Алматы (0,12%) и г. Астана (0,33%), в Атырауской (0,4%) и Костанайской (0,4%) областях. Высокие экстенсивные показатели бруцеллеза выявлялись в Жамбылской (20,8%), Алматинской (21,0%) и Южно-Казахстанской (31,9%) областях (табл. 1).

Среднегодовой показатель заболеваемости бруцеллезной инфекцией населения Казахстана составлял $13,1 \pm 0,7^{‰}_{0000}$ (95% ДИ=11,8-14,4 $^{‰}_{0000}$). Как видно из таблицы 2, максимальная заболеваемость бруцеллезом установлена в Жамбылской области ($41,90 \pm 2,33^{‰}_{0000}$), а минимальная – в Мангыстауской области ($0,16 \pm 0,04^{‰}_{0000}$).

Анализ 95% ДИ заболеваемости бруцеллезом по территориальному признаку выявлял местности, где они не накладывались друг на друга. Так, регионы с показателями ниже республиканского значения заболеваемости (в таблице окрашены светло-серым цветом) были статистически значимо ($p < 0,05$) ниже, чем в регионах со значениями выше республиканского (обозначены темно-серым цветом), т.е. есть объективные причины, влияющие на показатели заболеваемости бруцеллезом (табл. 2).

Отмечено, что и в регионах со значениями ниже и выше республиканского показателя заболеваемости бруцеллезом, есть 95% ДИ, которые не накладывались друг на друга, т.е. разница оценивается как статистически значимая ($p < 0,05$).

Тренды выровненных показателей заболеваемости бруцеллезом имели тенденцию к росту в следующих регионах: г. Астана ($T_{пр} = +3,0\%$), Атырауской ($T_{пр} = +19,2\%$), Павлодарской ($T_{пр} = +21,0\%$), Западно-Казахстанской ($T_{пр} = +23,0\%$), Акмолинской ($T_{пр} = +25,3\%$) и Северо-Казахстанской ($T_{пр} = +65,8\%$) областях.

Таблица 1 – Распределение заболеваемости бруцеллезом в Казахстане по регионам за 2007-2012 гг.

Область/город	Абс. число	%
Мангыстауская	4	0,03
г. Алматы	15	0,12
Северо-Казахстанская	18	0,14
г. Астана	41	0,33
Атырауская	44	0,4
Костанайская	45	0,4
Павлодарская	112	0,9
Акмолинская	119	1,0
Карагандинская	187	1,5
Актюбинская	196	1,6
Западно-Казахстанская	261	2,1
Кызылординская	915	7,3
Восточно-Казахстанская	1314	10,5
Жамбылская	2588	20,8
Алматинская	2619	21,0
Южно-Казахстанская	3979	31,9
Республика	12457	100,0

Таблица 2 – Среднегодовые показатели заболеваемости бруцеллезом у всего населения Казахстана по регионам за 2007-2012 гг.

Область / город	Заболеваемость, ‰ ₀₀₀₀		Тпр/уб, %
	$\bar{P} \pm m$	95% ДИ	
Мангыстауская	$0,16 \pm 0,04$	0,09-0,23	-45,1
г. Алматы	$0,18 \pm 0,03$	0,12-0,25	-15,5
Северо-Казахстанская	$0,50 \pm 0,14$	0,23-0,76	+65,8
Костанайская	$0,84 \pm 0,11$	0,62-1,06	-22,0
г. Астана	$1,05 \pm 0,14$	0,77-1,33	+3,0
Атырауская	$1,43 \pm 0,22$	1,00-1,86	+19,2
Карагандинская	$2,31 \pm 0,15$	2,03-2,60	-3,9
Павлодарская	$2,50 \pm 0,27$	1,97-3,02	+21,0
Акмолинская	$2,69 \pm 0,43$	1,84-3,54	+25,3
Актюбинская	$4,49 \pm 0,15$	4,19-4,79	-4,1
Западно-Казахстанская	$7,08 \pm 0,78$	5,55-8,60	+23,0
Республика	$13,08 \pm 0,67$	11,77-14,39	-9,6
Восточно-Казахстанская	$15,49 \pm 0,81$	13,90-17,07	-10,8
Кызылординская	$23,33 \pm 2,56$	18,31-28,34	-20,5
Алматинская	$25,41 \pm 1,59$	22,29-28,53	-2,8
Южно-Казахстанская	$27,70 \pm 2,31$	23,18-32,22	-16,1
Жамбылская	$41,90 \pm 2,33$	37,33-46,48	-10,7



Рисунок 1 – Картограмма заболеваемости бруцеллезом среди всего населения Казахстана за 2007-2012 гг.

В остальных регионах тренды заболеваемости имели тенденцию к снижению, при этом среднегодовые темпы убыли выравненных показателей варьировали от $T_y = -2,8\%$ в Алматинской области до $T_y = -45,1\%$ в Мангистауской области (табл. 2).

Далее были вычислены уровни заболеваемости бруцеллезом: низкий показатель – до 3,6⁰/0000, средний – от 3,6 до 16,1⁰/0000, высокий – от 16,1⁰/0000 и выше, на основе которых составлена картограмма заболеваемости (рис. 1) в различных медико-географических зонах республики; при этом определены следующие группы областей:

1. Регионы с низкими показателями заболеваемости (до $3,6^{0}/_{0000}$) – Мангыстауская ($0,16^{0}/_{0000}$), Северо-Казахстанская ($0,50^{0}/_{0000}$), Костанайская ($0,84^{0}/_{0000}$), Атырауская ($1,43^{0}/_{0000}$), Карагандинская ($2,31^{0}/_{0000}$), Павлодарская ($2,50^{0}/_{0000}$) и Акмолинская ($2,69^{0}/_{0000}$) области, а также города Алматы ($0,18^{0}/_{0000}$) и Астана ($1,05^{0}/_{0000}$);

2. Регионы со средними показателями заболеваемости (от 3,6 до 16,1⁰/₀₀₀₀) – Акты́бинская (4,49⁰/₀₀₀₀), Западно-Казахстанской (7,08⁰/₀₀₀₀) и Восточно-Казахстанская (15,49⁰/₀₀₀₀) области.

3. Регионы с высокими показателями заболеваемости (от 4088,5⁰/₀₀₀₀ и выше) – Кызылординская (23,33⁰/₀₀₀₀), Алматинская (25,41⁰/₀₀₀₀), Южно-Казахстанская (27,70⁰/₀₀₀₀) и Жамбылская (41,90⁰/₀₀₀₀) области.

Таким образом, картограмма заболеваемости бруцеллезом среди населения республики указывает на разные уровни распространения данного зооноза в пределах нашей страны и более четко отражает пространственное распределение на отдельных территориях. Выявленные медико-географические особенности заболеваемости бруцеллезом рекомендуется использовать при проведении целенаправленных мероприятий по дальнейшему снижению данной патологии в Казахстане. При этом необходимо учитывать изменения показателей заболеваемости бруцеллезом в регионах, которые происходили в динамике. Дальнейшее изучение, направленное на установление причинно-следственной связи, будет приоритетом наших будущих исследований.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Власов В.В. Эпидемиология: Учеб. пос. для вузов. – М.: ГЭОТАР-МЕД. 2004. – 464 с.

2 Зуева Л.П., Яфаев Р.Х. Эпидемиология: Учебник. – СПб., 2005. – 752 с.

3 Ананьина Ю.В. Природно-очаговые бактериальные зоонозы: современные тенденции эпидемического проявления // Ж. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. – 2002. – № 6. – С. 86-90

4 Бутаев Т.М. Некоторые аспекты заболеваемости людей и животных бруцеллезом и сибирской язвой в Республике Северная Осетия (Алания) в современных условиях: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Ставрополь. 2004. – 23 с.

5 Калиновский А.И. Бруцеллез в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке (теоретические и прикладные аспекты эпидемиологии, микробиологии и профилактики): автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Иркутск, 2006. – 47 с.

6 Цирельсон Л.Е., Грушина Т.А.,
Сыздыков М.С., Ременцова М.М.

Современное состояние эпидемического процесса при бруцеллезе. Актуальные вопросы диагностики болезней животных / Матер. 2-й межд. науч.-практич. конф. – Алматы, 2005. – С. 97-104

7 Al Dahouk S., Nockler K., Hensel A., et al. Human brucellosis in a no endemic country: a report From Germany, 2002 and 2003 // Eur J Clin Microbiol Infect Dis. – 2005. – V. 24 (7). – P. 450-456

8 Getinkaua Z., Aktepe O.S., Ciftci I.H., Demirel R. Seroprevalence of human brucellosis in a rural area of Western Anatolia //J Health Popul Nutr. – 2005. – V. 23 (2). – P. 137-141

9 Edgardo Moreno. Brucellosis in Central America // Veterinary Microbiology. – 2002. – V. 90, Issues 1-4. – P. 31-38

10 Саттаров А.И. Бруцеллез в Республике Казахстан. Современное состояние и актуальные проблемы развития ветеринарной науки и практики: матер., межд. конф., посвящ. 100-летию КазНИВИ. – Т.1. Инфекционные болезни. – Алматы, 2005. – С. 237-240

11 Онищенко Г.Г. Контроль за инфекционными заболеваниями – стратегическая задача здравоохранения России в XXI веке // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2005. – № 4. – С. 8-16

12 О니щенко Г.Г. Современные проблемы особо опасных инфекции в России и мире 2005 // Здравоохранение Росс. Федерации. – 2005. – № 4. – С. 21-26

13 Krkic-Dautovic S., Mehanic S., Ferhatovic M.,
Cavaljuga S. Brucellosis epidemiological and clinical aspects
(Is brucellosis a major public health problem in Bosnia and
Herzegovina?) // Bosn J Basic Med SCI. – 2006. – V. 6 (2).
– P. 11-15

14 Mantur B.G, Biradar M.S, Bidri R.S, Mulimani M.S. e.a. Protean clinical manifestations and diagnostic challenges of human brucellosis in adults: 16 years' experience in an endemic area // J. Med. Microbiol. – 2006. – V. 55. – P. 897-903

15 Покровский В.И. Эпидемиологический подход и причинная обусловленность болезней человека // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2005. – № 4. – С. 21-26

16 Alim A., Tomul Z.D. Short communication: investigation of Brucella in the fresh cheese samples sold at the bazaars of district in Sivas Center, Turkey // Microbiol Bul. – 2005. – V. 29 (2). – P. 219-223

17 www.stat.kz – Официальный сайт Агентства Республики Казахстан по статистике

18 Мерков А.М., Поляков Л.Е. Санитарная статистика. – Л.: Медицина; 1974. – 384 с.

19 Гланц С. Медико-биологическая статистика. – М.; 1999. – 460 с.

20 Игисинов С.И. Способ составления и применения картограмм в онкологической практике // Здравоохранение Казахстана. – 1974. – № 2. – С. 69-71

ТҰЖЫРЫМ

Н.С. ИГИСИНОВ^{1,2}, Д.М. БАЙБОСЫНОВ³,
Г.Г. ИМАМБАЕВА³, М.Е. ҚОҢҚАЕВА³

¹«Central Asian Cancer Institute» ҚБ,
Астана қ., Қазақстан

²«Травматология және ортопедия ҒЗИ» ӨШЖ РМК

³«Астана Медициналық университеті» АҚ,
Астана қ., Қазақстан

ҚАЗАҚСТАН ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ БРУЦЕЛЛЕЗ-БЕН НАУҚАСТАНУЫНЫҢ КЕҢІСТІКТІК-УАҚЫТТЫҚ БАҒАЛАНУЫ

Кіріспе. Бруцеллезбен науқастануды эпидемиологиялық зерделеу, әсіресе оның кеңістіктік-уақыттық бағалануы ғылыми және тәжірибелік мүддені айқындайды. Мақалада Қазақстан аумағында бруцеллезбен науқастану зерттелген.

Материалдар және әдістер. Ақпарат көзі ретінде 2007-2012 жж. республиканың әкімшілік-аумақтық бөлінуін ескере отырып Қазақстанның барлық тұрғындарының арасында бруцеллездің жаңа туындауы (ҚР ДМ № 1 және 2-нысан) туралы мәліметтер қолданылды. Зерттеуге қазіргі заманғы эпидемиологияның дескриптивті және аналитикалық әдістері қолданылды.

Нәтижелер және талқылаулар. Науқастардың төмен мөлшері (0,03%) және науқастанудың ең кіші көрсеткіші (0,16‰) Маңғыстау облысында болғаны белгілі болып отыр. Науқастардың жоғарғы шекті мөлшері Оңтүстік Қазақстан облысында байқалды (31,9%). Барынша науқастану деңгейі Жамбыл облысында (41,9‰) белгіленді. Үдерісте аумақтардың 62,5% көрсеткіштер тренді төмендеді, қалған аумақтарда көтерілді. Өсудің жоғары қарқыны Солтүстік Қазақстан облысында ($T_{np}=+65,8\%$), ал науқастанудың төмендеу қарқыны – Маңғыстау облысында ($T_{yb}=-45,1\%$). Кеңістіктік бағалау үшін бруцеллезбен науқастану деңгейі есептелінді:

төменгі көрсеткіш – 3,6‰, орташа – 3,6-дан 16,1‰ дейін, жоғарғы – 16,1‰-дан жоғары.

Қорытынды. Алынған нәтижелер республиканың барлық тұрғындары арасында бруцеллезбен науқастанудың шынайы кеңістіктік-уақыттық бағалауын береді және патологиямен күреске бағытталған іс-шараларды жүргізу кезінде пайдалануға ұсынылады.

Негізгі сөздер: бруцеллез, науқастану, трендтер, картограмма.

SUMMARY

N.S. IGISINOV^{1,2}, D.M. BAYBOSYNOV³,
G.G. IMAMBAYEVA³, M.E. KONKAYEVA³

¹ Central Asian Cancer Institute PA, Astana, Kazakhstan

² Republican State Enterprise on the Basis of Economic Jurisdiction Right "Research Institute of Traumatology and Orthopedics"

³ «Astana Medical University» JSC, Astana c., Kazakhstan

THE SPATIAL AND TEMPORAL ASSESSMENT OF THE INCIDENCE OF BRUCELLOSIS AMONG THE POPULATION OF KAZAKHSTAN

Introduction. The epidemiological study of brucellosis is of scientific and practical interest, especially its spatial and temporal assessment. The incidence of brucellosis in Kazakhstan is studied in the article.

Material and methods. The records about new cases of brucellosis (form No 1 and 2 of the Ministry of Health of the RK) in the whole population of Kazakhstan taking into account the administrative-territorial division of the Republic for 2007-2012 served as the source of information. Descriptive and analytical methods of modern epidemiology were used in the study.

Results and discussion. It was found that the lowest portion of patients (0.03%) and the lowest incidence rate (0.16‰) was in the Mangystau region. A high portion of patients was observed in the South Kazakhstan region (31.9%). The maximum incidence was found in the Zhambyl region (41.9‰). In the dynamics, in 62.5% of the regions, the trends of the indicators declined, while in the other areas they increased. High rates of growth were recorded in the North-Kazakhstan region ($R_g = +65.8\%$), and the rate of attrition – in the Mangystau region ($R_a = -45.1\%$). The incidence rates of brucellosis for spatial assessment were calculated: the low rate – to 3.6‰, the average rate – from 3.6 to 16.1‰, the high rate – from 16.1‰ and above.

Conclusions. The results obtained provide an objective spatial and temporal assessment of the incidence of brucellosis among the general population of the Republic of Kazakhstan and are recommended to use in conducting activities aimed at fighting against the disease.

Key words: brucellosis, incidence, trends, cartogram.