

# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ, ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

## ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2002 г.  
№ 1. 2010 г. (УДК 614.2.574)

### Учредитель:

Национальный Центр проблем ФЗОЖ МЗ РК.  
Свидетельство о постановке на учет средства массовой информации № 2178-Ж от 01.08.2001 г. выдан Комитетом информации и архивов Министерства культуры, информации и спорта РК

Решением Коллегии Комитета по контролю в сфере образования и науки МОН РК от 27.02.2008 года журнал «Актуальные вопросы ФЗОЖ, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» включен в перечень научных изданий, рекомендованных Комитетом для публикации основных результатов докторских (кандидатских) диссертаций.

### Подписной индекс 75978

Рекламодатели предупреждены об ответственности за рекламу незарегистрированных, не разрешенных к применению МЗ РК предметов медицинского назначения.

Редакция не несет ответственности за достоверность информации, опубликованной в рекламе.

Редакция оставляет за собой право редакторской правки статей. При перепечатке ссылка на журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» обязательна.

Журнал сверстан и отпечатан в типографии  
НЦ ФЗОЖ.

Адрес редакции:  
г. Алматы, ул. Кунаева, 86  
тел/факс 2918415, внутр. 126  
Заказ № 00. Тираж 500 экз.

### Главный редактор:

Профессор Диканбаева С.А.

### Зам. главного редактора:

профессор Слажнева Т.И.

### Ответственный редактор:

профессор Хайдарова Т.С.

### Технический редактор:

Досаева С.К.

### Технический секретарь:

Акимбаева А.А.

### Редакционная коллегия:

Аканов А.А., Шарманов Т.Ш., Тулебаев К.А.,  
Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек), Муталова З.Д.  
(Ташкент), Дурумбетов Е.Е.,  
Кудайбергенов Т.К., Байсеркин Б.С.,  
Каржаубаева Ш.Е., Булешев М.К. (Шымкент),  
Даленов Е.Д. (Астана), Есова Г.К.,  
Палтушева Т.П., Рахманов Б.Д., Локшин В.Н.

### Научный совет:

Девятко В.Н., Кулмагамбетов И.Р.,  
Алчинбаев М.К., Арзыкулов Ж.А.,  
Исмаилов Ш.Ш., Кульжанов М.К.,  
Омарова М.Н., Изатуллаев Е.А.

### Редакционный совет:

Абдреева Г.У. (Шымкент)  
Беляева Л.Л. (Петропавловск)  
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)  
Умралина Б.Д. (Актау)  
Жаркова Н.В. (Костанай)  
Ибраева Р.С. (Актобе)  
Исмагамбетова Л.Ж. (Астана)  
Абдрашева Б.М. (Усть-Каменогорск)  
Мухтарова Г.М. (Алматинская область)  
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)  
Умарова Г.Р. (Уральск)  
Шаухаров Х.С. (Тараз)  
Калымжанов С.К. (Кокшетау)



## СОДЕРЖАНИЕ

### ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ СОДЕРЖАНИЯ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ И ПЕСТИЦИДОВ В ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ И БИОСРЕДАХ ЧЕЛОВЕКА, СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ И ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ЖИТЕЛЕЙ ПРИАРАЛЬЯ. Слажнева Т.И., Мусабеков С.М., Яковлева Н.А., Касенова К.Т. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, ТОО «Центр охраны здоровья и экопроектирования», г.Алматы.....5

РАЗВИТИЕ ПМСП И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ. Хайдарова Т.С., Наржанов Б.А. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г.Алматы.....9

ОРГАНИЗАЦИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ ПИЩЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ. Талиева Г.Н. Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК, г.Караганда.....11

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН (обзор литературы). Кошжанова Р.А., Игликова А.Э., Арапбаева Х.К. Алматинский Государственный институт усовершенствования врачей, г.Алматы.....14

### ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

В ПОИСКЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. Биртанов Е.А., Аканов А.А., Камалиев М.А. Министерство здравоохранения Республики Казахстан, Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.....17

РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ МАТЕРИНСКОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ. Аманжолова З.Д. Управление здравоохранения, г.Алматы.....20

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ. Аманжолова З.Д. Управление здравоохранения, г.Алматы.....22

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ (Обзор литературы). Смагулов А.М. Департамент по контролю и социальной защите населения по Карагандинской области, Карагандинский Государственный медицинский университет, г.Караганда.....24

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ. Пругло Г.Ю. Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.....29

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РАЙОНАХ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ. Альназарова А.Ш. Кызылординский Медицинский колледж, г.Кызылорда, Научный центр гигиены и эпидемиологии им. Х.Жуматова, г.Алматы.....32

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ АРАЛЬСКОГО РЕГИОНА. Альназарова А.Ш. Кызылординский Медицинский колледж, г.Кызылорда, Научный центр гигиены и эпидемиологии им. Х.Жуматова, г.Алматы.....34

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И КОРРЕКЦИЯ ОТКЛОНЕНИЙ У СПОРТСМЕНОВ. Дуйсенов Т.Д. ТОО «ТЕАД», г.Алматы.....36

ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЛИ ЖЕНЩИН ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В КАЗАХСТАНЕ. Байдильдаева Г.Т. Главный военный клинический госпиталь МО РК, г.Астана.....39

### ПМСП И ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА В КАЗАХСТАНЕ. Шумилина Л.Н. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы.....41

САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН-ВОЕННОСЛУЖАЩИХ. Байдильдаева Г.Т. Главный военный клинический госпиталь МО РК, г.Астана.....43

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ ИОНОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ГРУППЫ ВЕРАПАМИЛА И СЕРНОКИСЛОЙ МАГНЕЗИИ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ СИНДРОМОВ. Кошанаева С.Т. Республиканское Государственное Предприятие «Центральная Клиническая Больница Управления Делами Президента Республики Казахстан», г.Алматы.....44



ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. Рахматуллаева Н.У. КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы.....46

ВЛИЯНИЕ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ. Мустафазаде Т.Ш. Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы.....47

ЖЕЛЧЬ И ЕЕ КОМПОНЕНТЫ, КАК КАНЦЕРОГЕННЫЙ ФАКТОР. Насипов С.Н., Областной онкологический диспансер, г.Атырау.....49

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНАПА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ. Кошанаева С.Т., Бабакова И.В., Харипова А.Х. Тыналиева Ш.А. РГП «Центральная Клиническая Больница Управления Делами Президента Республики Казахстан, СВА «Ажар», Городской Кардиологический Центр, г.Алматы.....53

АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – АКТУАЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА. Хамзин А.А. Центральная клиническая больница Управления делами президента РК, г.Алматы.....55

МЕТОДЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ. Асанова А.Н. Медицинский Центр «Денсаулык XXI», г.Алматы.....57

ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ. Асанова А.Н. Медицинский Центр «Денсаулык XXI», г.Алматы.....58

### **ПРОФИЛАКТИКА СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА. Колокина Р.С., Сулейманова Н.А. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы.....59

ИЗУЧЕНИЕ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ. Мамедилева Н.М., Исенова С.Ш. Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы.....61

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И БОЛЬНЫХ СПИД В ГОРОДЕ АЛМАТЫ. Ахметова Г.М., Сулейменова Г.Р., Каримова Г.А. Центр по профилактике и борьбе со СПИД, Городской центр формирования здорового образа жизни, г.Алматы.....63

ПОЛОВОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА. Кульжанова Д.Р. Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, г.Алматы.....66

ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С и В. Ушкемперова Г.С. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы.....68

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ МИГРАНТОВ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ. Кульжанова Д.Р. Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, г.Алматы.....71

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРИУТРОБНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ. Сасаева С.Н. Городской родильный дом №1, г.Алматы.....72

ПРОФИЛАКТИКА УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ МИКОПЛАЗМОЗЕ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ. Асанова А.Н. Медицинский Центр «Денсаулык XXI», г.Алматы.....75

### **КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА**

ДИСЛИПИДЕМИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ. Талипова И.Ж. Западно-Казахстанская Государственная медицинская академия им. М.Оспанова, г.Актобе.....76

ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ. Капышева У.Н., Бахтиярова Ш.К., Колбай И.С., Баимбетова А.К., Ахметова М.Н., Махмудова Л.Х., Кисебаев Ж.С., Жаксимов Б.И. ДГП «Институт физиологии человека и животных» РГП ЦБИ КН МОН РК, г.Алматы.....78

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ ПРИ ДЕЙСТВИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА. Капышева У.Н., Бахтиярова Ш.К., Баимбетова А.К., Ахметова М.Н. ДГП «Институт физиологии человека и животных» РГП ЦБИ КН МОН РК, г.Алматы.....82

БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. Кошанаева С.Т., Тыналиева Ш.А., Бабакова И.В., Харипова А.Х. РГП «Цетральная Клиническая Больница Упавления Делами Президента Республики Казахстан», Городской Кардиологический Центр, СВА «Ажар», г.Алматы.....85



К ВОПРОСУ ОБ АЛГОРИТМАХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АКОНИТОМ. Кошанаева С.Т. РГП «Центральная Клиническая Больница Управления Делами Президента Республики Казахстан», г.Алматы.....	86
АЛГОРИТМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ И СИСТЕМА ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОГО МОНИТОРИНГА ПРИ РАННЕМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ. Тогизбаев Г.А. НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК.....	88
ПРЕХОДЯЩИЕ НАРУШЕНИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА. С.Т.Кошанаева, Бабакова И.В., Тыналиева. Ш.А., Харипова А.Х. РГП «Центральная Клиническая Больница Управления Делами Президента», Городской кардиологический Центр, СВА «Ажар», г.Алматы.....	90
ВОЗМОЖНОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ РАННЕГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА. Тогизбаев Г.А. НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, МЦ болезней суставов, г. Алматы.....	92
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСИМЕРЛАЗЕРНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ АМЕТРОПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СКВОЗНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ РОГОВИЦЫ. Иссергепова Б.И. Казахский НИИ глазных болезней, г.Алматы.....	98
ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. Дуйсенов Т.Д. ТОО»ТЕАД», г.Алматы.....	100
ИННОВАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ В СПОРТЕ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ. Дуйсенов Т.Д. ТОО»ТЕАД», г.Алматы.....	101
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ. Мусагалиева А.Н., Рахимбекова Д.К. Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г.Алматы.....	102
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ. Хамзин А.А. Центральная клиническая больница Управления делами президента РК, г.Алматы.....	105
ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА МОРСКОЙ ВОДЫ «СИНОМАРИН» В ЛОР-ПРАКТИКЕ. Мутушев Т.М., Сандыбаева М.Б., Завацкая Т.А. Областная детская больница, Городская детская поликлиника №1, г.Павлодар.....	107
<b>МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОЙ НПК «ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ – ГЛАВНАЯ СТРАТЕГИЯ КАЗАХСТАНА» (3-4 декабря 2009 г., г.Алматы)</b>	
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ. Хайдарова Т.С., Наржанов Б.С., Акимбаева А.А. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, ННЦ им. А.Н.Сызганова, г.Алматы.....	110
ЗАГРЯЗНЕНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ВОСТОЧНОЙ И ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТЕЙ КАЗАХСТАНА КАНЦЕРОГЕНАМИ РАЗНЫХ КЛАССОВ И ОСОБЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ. М.А.Каримов, Ж.Кенжалин, М.Ахунджанов. Лаб. канцерогенных агентов внешней среды, КазНИИОиР.....	111
СЛУЖБА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ. Уезбаев С. Республиканский центр укрепления здоровья (РЦУЗ) Министерства здравоохранения Кыргызской Республики.....	113
КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОТ КОМПАНИИ NIKKEN. Дуйсенов Т.Д. ТОО»ТЕАД», г.Алматы.....	114

*Қазақстан Республикасында салауатты өмір салтын қалыптастыру жүйесін жетілдірудің теориялық және ұйымдастыру мәселелері —  
Теоретические и организационные вопросы совершенствования формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан*

---

**СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЯ СОДЕРЖАНИЯ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ И ПЕСТИЦИДОВ В ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЕ И БИОСРЕДАХ ЧЕЛОВЕКА, СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ И ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ ЖИТЕЛЕЙ ПРИАРАЛЬЯ**

*СЛАЖНЕВА Т.И., МУСАБЕКОВ С.М., ЯКОВЛЕВА Н.А., КАСЕНОВА К.Т.  
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК,  
ТОО «Центр охраны здоровья и экопроектирования», г.Алматы*

В работе приведены современные сведения о содержании тяжелых металлов и пестицидов в окружающей среде и биосредах человека, социально-экономические показатели и характер питания жителей Приаралья и динамика их изменения. По имеющимся сведениям уровень контаминантов заметно снижен, а показатели здоровья и питания не изменились или ухудшились.

Экспертами ВОЗ установлено, что здоровье человека на 50-55 % зависит от образа жизни, на 18-20% обусловлено генетическими факторами, на 20% зависит от окружающей среды и только на 8-10% - от системы здравоохранения. При этом питанию отводится значительная роль среди факторов, характеризующих образ жизни. Его сбалансирование во многом способствует нивелированию последствий негативного влияния загрязнителей окружающей среды и их ускоренному выведению из организма. В то же время, на фоне недостаточности, в первую очередь источников животного белка, овощей и фруктов, богатых соответственно жизненно-важными незаменимыми аминокислотами и витаминно-минеральными элементами, могут усугубляться последствия экологического кризиса [1-4].

В этой связи в 2007-2009 годах нами проведены комплексные исследования в Аральском регионе (г. Кызылорда, Аральск, Казалинск и п.Сапах). Сравнение результатов наших исследований с данными 1990-2000 гг. [4-8] в основном показало заметно выраженную тенденцию к снижению концентрации тяжелых металлов в изученных объектах. Исключением может явиться кадмий, имеющий тенденцию к росту в почве и продуктах питания (по городам Кызылорда и Казалинск).

Уровни содержания пестицидов в объектах окружающей среды и биосредах населения были значительно ниже их ПДК, отмечена положительная динамика снижения содержания пестицидов по сравнению с ранними исследования-

ми. Уместно отметить, что полученные нами данные были сопоставимы с результатами лабораторных исследований санитарно-эпидемиологической службы региона.

Тем не менее, следует отметить, что сам факт обнаружения изученных токсикантов в биосредах населения вызывает определенную тревогу как среди населения, так и исследователей и представителей общественных организации.

Несмотря на наблюдающееся снижение накопления тяжелых металлов и пестицидов в биосредах населения и объектах окружающей среды, в регионе имеет место высокий уровень заболеваемости и смертности (рисунок 1). В этой связи нельзя исключить отдаленные последствия влияния ксенобиотиков, ранее выявлявшихся в значительном количестве.

Одновременно с этим, по нашему мнению, низкие показатели здоровья населения могли быть обусловлены значительным ухудшением социально-экономического статуса населения в результате высокой безработицы и существенные нарушения в характере питания населения данного региона [9-11].

Так, анализ данных опроса взрослого населения региона показал, что почти половина обследованных были безработными, причем среди безработных женщины составляли большинство. Практически все опрошенные мужчины были курящими, среди женщин данная вредная привычка встречалась крайне редко. Удельный вес лиц, потребляющих спиртные напитки, был высоким (в среднем более 75 %).

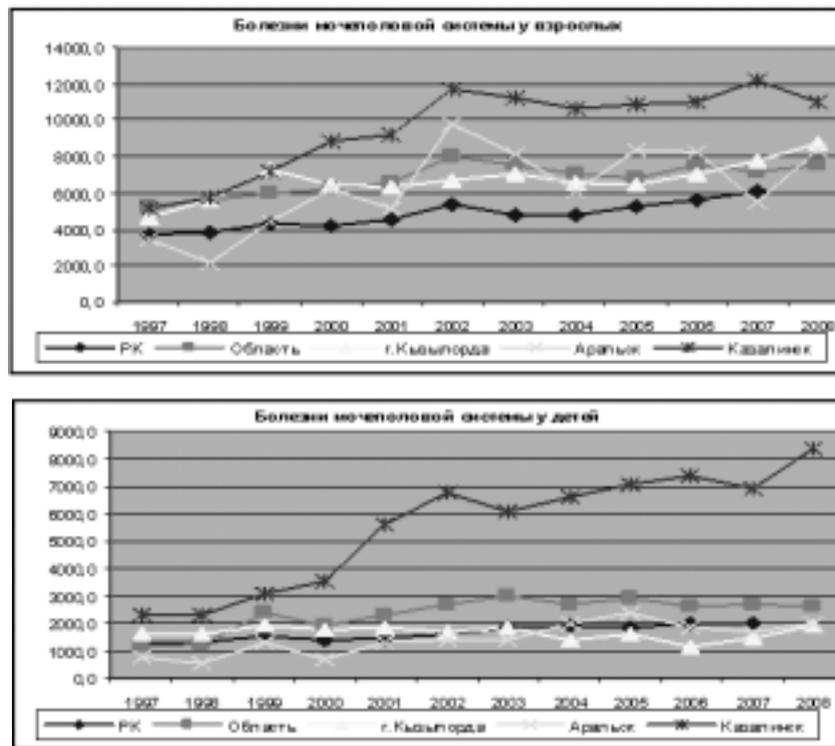


Рис. 1. Динамика заболеваемости детского и взрослого населения Аральского региона болезнями мочеполовой системы

Одним из важных условий благоприятности проживания является обеспеченность населения доброкачественной питьевой водой. По оценкам респондентов качество питьевой воды в г. Аральске и поселках, где имеется водопроводная вода, характеризовалось в основном как хорошее, а в Кызылорде и Казалинске – удовлетворительное.

Следует отметить низкий уровень материальной обеспеченности населения Аральского региона. Так, у 60-80 % обследованного контингента среднедушевой доход на семью был ниже прожиточного минимума, среди остальной группы населения - 1-4 ВПМ. В результате проведенного исследования было установлено, что значительная доля месячного дохода семьи тратилась на питание. Так, 69,6 % респондентов затрачивали на питание 50-70 % семейного дохода, а 26,1 % респондентов- 75-85 % от общего дохода. Следовательно, на другие нужды населения (при высокой цене лекарств, топлива, медицинской помощи, одежды и др.), на полноценное существование средств остается крайне недостаточно.

Оценивая условия проживания в регионе, респонденты высказали пожелание о необходимости первоочередного улучшения следующих характеристик: медицинского обслуживания (бесплат-

ного), создания новых рабочих мест, строительства благоустроенного жилья.

Преобладающее большинство опрошенных семей не имели дачных участков и ничего не выращивали на приусадебных участках. Вместе с тем, имелись примеры активного использования приусадебных участков для выращивания садовой и огородной продукции (их имели 15-20 % опрошенных). Это свидетельствовало о том, что данные участки в определенной степени могут способствовать самообеспечению семей овощами и фруктами.

Для оценки фактического питания были выбраны наиболее уязвимые контингенты - кормящие матери и дети.ой.

Уровень потребления овощей и фруктов, являющихся основными источниками витаминно-минеральных элементов и пищевых волокон, оказался также низким: общее количество овощей, даже с учетом арбузов и дынь, был ниже в 1,6 раза, а потребление картофеля-второго хлеба было почти в три раза меньше нормы (в зависимости от возрастной группы женщин).

В сопоставлении с нормами, уровень потребления энергии женщинами в основном находился в пределах нижних границ нормы или ниже

на 10-15% от уровня минимальной потребительской корзины. При этом соотношение между белками, жирами и углеводами указывало на незначительное снижение жира и заметное превышение углеводов, особенно у женщин более старшего возраста — 1 : 0,9 : 5,3. Потребление общего белка оказалось ниже нормы на 18% в Аральске, а других пунктах на столько же больше нормы на фоне почти 2-х кратного превышения моно- и дисахаридов и дефицитности пищевых волокон (на 50-60 % и более).

Уровень потребления кальция и фосфора детьми и женщинами составлял 70-80 %, ряда витаминов — 20-60 % от нормы ВОЗ. Содержание витаминов РР, В-1, В-2 было на 15-35 % ниже нормы, тогда как потребление витамины Е и В-6 было в пределах нормы.

Следовательно, у обследованных можно констатировать факт энергетической и полинутриентной недостаточности средней степени. Эти факты играют, по нашему мнению, главенствующее значение в ухудшении показателей состояния здоровья, росте заболеваемости и смертности населения Аральского региона, поскольку защитные свойства пищи не могут проявляться в достаточ-

ной степени, приводя к нарушению обменных и метаболических процессов в организме.

Этот тезис в определенной степени подтверждается низкими показателями пищевого статуса. Например, у 16 % женщин были установлены дефицитность или избыточность массы тела, а у детей - в основном недостаток.

Наши прямые исследования уровня гемоглобина у детей и женщин детородного возраста (с использованием прибора «Немоque») показали высокую частоту анемии (почти 80%), из них более 30% умеренно-выраженной степени. В г.Кызылорде эти показатели были менее выражены (рисунки 2 и 3).

Эти результаты подтверждаются данными местных поликлиник (исследование содержания гемоглобина по методу Сали) и ранее проведенными исследованиями населения Средней Азии и Казахстана с нашим участием.

При этом по сравнению с общенациональными исследованиями в Казахстане (1995 г) и Каракалпакии (1993 г.) частота анемии имела тенденцию к возрастанию (до 1,7 раз).

Проблема анемии не ограничивается простым дефицитом железа в организме. В развитии ане-

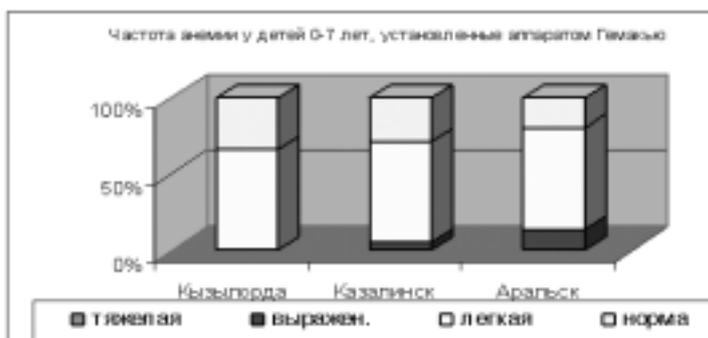


Рис. 2. Частота и выраженность анемии среди детей Кызылординской области



Рис. 3. Частота и выраженность анемии среди женщин Кызылординской области

мии в условиях Казахстана, как и в других регионах мира, где имеется усугубляющийся экологический кризис, большую роль играют нерациональное и не сбалансированное питание с характерным дефицитом витаминов А, группы В, С, ряда минеральных элементов, незаменимых аминокислот и животного белка. Учитывая полиэтиологичность анемии и других алиментарно-зависимых заболеваний, также нельзя исключить роль контаминированности пищевых продуктов ксенобиотиками, значительно ингибирующими активность тех ферментов, которые способствуют биодоступности железа [3-6].

Следует отметить, что анемия, являясь широко распространенным фоновым заболеванием, может способствовать росту заболеваемости и смертности в регионе. Высокая распространенность анемии в Аральском регионе, наблюдаемая не только среди детей и женщин детородного возраста, но и среди взрослого мужского населения района (г. Аральск), по-видимому, отражает новую актуальную проблему, поскольку таковых явлений по сравнению с предыдущими общенациональными исследованиями населения разных регионов Казахстана не было выявлено.

Следовательно, можно предположить, что проводимые в настоящее время в Аральском регионе социально-экономические и оздоровительные мероприятия нельзя признать эффективными, так как они не оказали существенно положительного влияния на состояние здоровья населения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Медико-демографическое исследование Казахстана, -1995, Алматы, 1996.- 282 с.
2. Медико-демографическое исследование Казахстана.- 1999, Алматы, 2000.-214 с.
3. Общенациональное исследование состояния питания населения Казахстана 1996. Алматы.-2001г.-227 с.
4. Мусабеков С.М и др. Состояние здоровье кормящих матерей, детей первого года жизни и контаминированность грудного молока чужеродными соединениями. - Киев, 1992. - С. 92-93.
5. Арыстанова Г.Т. Гигиеническая характеристика качества объектов окружающей среды в зоне экологической катастрофы региона Приаралья (на примере Аральского района Кызылординской области) // Дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. - Алматы, 200.-110с.
6. Бекшиев Б.М. Тяжелые металлы и хлорорганические пестициды в питьевой воде как факторы риска хро-

нических эзофагитов в Приаралье. Автореф дисс. кнм, Алматы, 2001.-25 с.

7. Erdinger L., Eckl P., Ingel F. et al. The Aral Sea disaster – human biomonitoring of Hg, As, HCB, DDE, and PCBs in children living in Aral and Akchi, Kazakhstan. // International J. of Hygiene and Environmental Health 207 (2004).- P. 541-547

8. Исследование грудного молока в Казахстане. Заключительный отчет (проект) Минздрава РК, сотрудничающего с ВОЗ центра региональных проблем питания, расширенной Программы содействия развитию грудного вскармливания Wellstart International (при поддержке Агентства США по международному развитию – ЮСАИД). Ноябрь, 1995 г

9. Мусабеков С.М., Яковлева Н.А., Касенова К.Т., Идаяттов П.Б., Махматов Б.М. Современное состояние и динамика изменения степени загрязненности окружающей и внутренней среды организма жителей Приаралья // Материалы XI Международной конф. «Экология и развитие общества», Санкт-Петербург, 1-4 июня 2008 г.- С 100-103

10. Мусабеков С.М., Яковлева Н.А., Касенова К.Т., Махматов Б.М. Материалы XI Международной конф. «Экология и развитие общества», Санкт-Петербург, 1-4 июня 2008 г.-С. 96-100

11. Корчевский А.А., Яковлева Н.А., Мусабеков С.М., Касенова К.Т. Современное состояние питания и пищевого статуса детей экологически неблагоприятного региона Приаралья. // Материалы XI Международной конференции «Экология и развитие общества». - Санкт-Петербург, 2008. - С. 119-128.

12. Мусабеков С.М. Анемия остается глобальной проблемой: тенденции и перспективы распространенности анемии в Казахстане // Мат.науч.практ.конф. «Актуальные проблемы железодефицитной анемии в Казахстане», Алматы, 2001.-С.46-47

#### ТҰЖЫРЫМ

Бұл жұмыста Арал өңірінде соңғы кезде жүргізілген зерттеудегі қоршаған орта мен адам ағзасындағы ауыр металдар мен пестицидтердің көлемдері, халықтың әлеуметтік-экономикалық көрсеткіштері, тамақтану сипаттамасы мен денсаулық мәліметтері келтірілген. Бұрынғы бар мәліметтермен салыстырғанда контаминаттардың динамикалық өзгерісі анағұрлым төмендеген, ал денсаулық пен тамақтану өзгермеген не нашарлаған.

#### SUMMARY

This report contains current information on concentration of heavy metals and pesticides in the environment and bio-environment of a human being, socio-economic indicators and the nature of nutrition of the people living in Aral area and dynamics of changes in these. Based on available information, the level of contaminants has noticeably declined, while health and nutrition indicators have either remained unchanged or worsened.

## РАЗВИТИЕ ПМСП И СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ

ХАЙДАРОВА Т.С., НАРЖАНОВ Б.А.

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни,  
Национальный научный центр хирургии им. А.Н. Сызганова, г.Алматы*

Для обеспечения повсеместного применения уже имеющихся фактических направлений дальнейшей реформы сектора здравоохранения, как на уровне ПМСП, так и на уровне специализированной медицинской помощи необходимы научные исследования, основанные на веских доказательствах.

Провозглашенные направления реформирования амбулаторно-поликлинической медицинской помощи в нашей стране включают расширение подготовки врачей общей практики и масштабное увеличение числа таких практик, превращение врачей общей практики в субъектов принятия экономических решений о расходовании средств на оказание первичной и частично специализированной медицинской помощи (реализация принципов двухкомпонентного фондодержания), трансформацию поликлиник в консультативно-диагностические центры оказания специализированной помощи [1-2]. За последние годы важная роль первичной медико-санитарной помощи в достижении этих целей получила широкое признание. Однако систематического анализа эффективности системы первичной медико-санитарной помощи в сравнении с системой, ориентированной на специализированную помощь, не проводилось, равно как отсутствуют и убедительные доводы в пользу первичной медико-санитарной помощи [3].

**Цель работы:** провести обзор доступной литературы по организации ПМСП и специализированной помощи. Всего проанализировано более 65 источников литературы.

**Фактические данные.** В данном обзоре представлены фактические данные о преимуществах и недостатках реструктурирования системы здравоохранения в сторону большей ориентации на службы первичной медико-санитарной помощи. Он был составлен на основе быстрого, но систематического анализа основных опубликованных материалов по данному вопросу.

В Казахстане, как и в развитых странах социально значимые заболевания являются основными причинами смертности и инвалидности трудоспособного населения. В связи с этим постановлением от 30 марта 2000 года № 468 Правительством Республики Казахстан утвержден Перечень социально значимых заболеваний и забо-

леваний, представляющих опасность для окружающих. По показателям лидирующие позиции занимают сердечно-сосудистые, онкологические заболевания и туберкулез. За последние 10 лет - заболеваемость населения болезнями системы кровообращения возросла более чем в 1,9 раза. Заболеваемость артериальной гипертонией в 2008 году 855,5 на 100 000 человек (всего заболевших - 132 933 человек - 1 пациент на 100 граждан), что больше показателя 2007 года в 1,4 раза - 597,3 на 100 000 человек (93009 человек - 1 пациент на 200 граждан). Показатель заболеваемости артериальной гипертензией по предварительным данным в первом квартале 2009 года возрос и составил 723,7 на 100 тыс. населения против 560,4 аналогичного периода 2008 года. Заболеваемость ишемической болезнью сердца (ИБС) в 2008 году - 315,1 на 100 000 человек (всего заболевших - 49 067 человек или один взрослый на 300 граждан); в 2007 году 397,0 на 100 000 человек или 61 819 человек. Показатель заболеваемости ИБС - также по предварительным данным в первом квартале 2009 года возрос и составил 295,7 на 100 000 населения против 245,0 аналогичного периода прошлого года. Для снижения уровня сердечно-сосудистых заболеваний необходимо в первую очередь акцентировать внимание общества на профилактику основных факторов риска развития данных заболеваний: ожирение, низкая физическая активность, курение, злоупотребление алкоголем. С этой целью разработана и внедрена целевая программа «Здоровый образ жизни», утвержденная постановлением Правительства Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года № 1260. Следующим шагом является раннее выявление заболеваемости. Согласно приказу Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 607 от 15 октября 2007 года «О совершенствовании профилактических медицинских осмотров отдельных категорий взрослого населения» с 2008 года проводятся профилактические осмотры путем скри-

нинговых обследований взрослого населения на выявление болезней системы кровообращения. Министерством здравоохранения Республики Казахстан была принята и утверждена отраслевая программа «Развитие кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан на 2007–2009 годы».

Результаты международных исследований указывают на наличие взаимосвязи между уровнем развития системы первичной медико-санитарной помощи в стране и такими показателями здоровья населения, как смертность от всех причин, преждевременная смертность от всех причин и преждевременная смертность от основных респираторных и сердечно-сосудистых заболеваний [4]. Эта взаимосвязь продолжает оставаться статистически значимой и после учета различных детерминантов здоровья населения, как на макроуровне (ВВП на душу населения, число врачей на 1000 населения, процент пожилых людей), так и на микроуровне (среднее число обращений в амбулаторные учреждения, уровень доходов на душу населения, потребление алкоголя и табака). Кроме того, обеспечение большей доступности первичной медико-санитарной помощи повышает степень удовлетворенности пациентов и снижает суммарный объем затрат на медико-санитарную помощь. Результаты исследований, проведенных в развитых странах, показывают, что в системах, ориентированных на специализированную помощь, может усиливаться неравенство в отношении доступа. Системы здравоохранения в странах с низким уровнем доходов, ориентированные преимущественно на предоставление первичной медико-санитарной помощи, обычно в большей степени обеспечивают защиту малоимущих слоев населения, равноправие и доступность.

На уровне практического здравоохранения большинство исследований, в которых проводится сравнительный анализ услуг, предоставление которых возможно в рамках как первичной медико-санитарной помощи, так и специализированной помощи, показывают, что большая ориентация на врачей общей практики (первичного уровня) снижает уровень затрат и увеличивает степень удовлетворенности пациентов, не оказывая отрицательного влияния на качество предоставляемой помощи или на результаты лечения пациентов. В большинстве исследований, анализирующих возможности предоставления некото-

рых видов услуг в рамках первичной, а не вторичной медико-санитарной помощи, показано, что в ряде случаев такие изменения могут быть экономически более целесообразными. Расширение служб первичной медико-санитарной помощи не всегда может приводить к снижению уровня затрат, поскольку в результате этого выявляются ранние неудовлетворенные потребности, повышаются возможности доступа и, как правило, повышается коэффициент использования медицинских служб.

В Казахстане в целом на обслуживание пациентов уходит из общих финансовых средств порядка 19,5 % на ПМСП, специализированную помощь – 76,8 % и на оказание ВСМП – 3,7 % всех расходов. Эти диспропорции являются традиционными и требуют решения в ходе модернизации системы национального здравоохранения [2]. Специализированная медицинская помощь должна быть выстроена так, что 60 % ее объема оказывалось на первом уровне – районная специализированная служба. Это требует подготовки и переподготовки специалистов по основным 12-18 видам специализации, оснащения и переоборудования учреждений, разработки и утверждения протоколов и стандартов лечения, пересмотра инновационной, кадровой политики на местах.

Таким образом, имеющиеся фактические данные указывают на ряд преимуществ систем здравоохранения, ориентированных в большей степени на службы первичной медико-санитарной помощи и общей практики, по сравнению с системами, ориентированными на предоставление специализированной помощи, о чем свидетельствуют такие показатели, как улучшение здоровья населения, обеспечение более равноправного доступа к медицинской помощи и ее непрерывности, а также снижение затрат. Исследований, в которых рассматривались бы конкретно преимущества систем здравоохранения, ориентированных на специализированную помощь, выявлено не было.

Однако для обеспечения повсеместного применения уже имеющихся фактических направлений дальнейшей реформы сектора здравоохранения, как на уровне ПМСП, так и на уровне специализированной медицинской помощи необходимы научные исследования, основанные на веских доказательствах.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад Европейского бюро ВОЗ «Преимущества и недостатки реструктурирования системы здравоохранения в целях ее большей ориентации на ПМСП» (январь 2004)
2. Государственная программа реформирования и развития здравоохранения в Республике Казахстан (2005-2010 годы)
3. Проект Государственной программы развития здравоохранения на 2011-2015 годы;
4. Аканов А.А., Девятко В.Н., Ахметов У.И., Байсеркин Б.С., Тулебаев К.А., Кацага А.Я. Больничное дело в Казахстане: состояние, проблемы и подходы к новой модели. . – 2006 г.- 168 с.

## ТҰЖЫРЫМ

Денсаулық сақтау саласында ауруханалар денгейінде реформа жүргізу үшін ғылыми зерттеулер жүргізу керек.

## SUMMARY

For maintenance of universal application already available actual directions of the further reform of sector of public health services, both at level ПМСП, and at level of specialised medical aid the scientific researches based on weighty proofs are necessary.

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ПРЕДПРИЯТИЙ ПИЩЕВОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

ТАЛИЕВА Г.Н.

*Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан, г.Караганда.*

В настоящее время эпидемиологические методы исследования неинфекционных заболеваний занимают одно из ведущих мест в арсенале современной медицины, позволяя получить множество ценных результатов, обогативших представления о развитии болезней [1].

Как правило, эпидемиологические исследования носят двухэтапный характер. На первом этапе проводится анкетирование, которое служит основой для определения частоты встречаемости патологических случаев в популяции. Второй этап является основой, позволяющей верифицировать диагноз патологии, установить вклад различных факторов в формировании заболевания, на данном этапе проводятся клинико-функциональные и лабораторные исследования. В настоящее время стандартом в эпидемиологических исследованиях является применение стандартизированной анкеты [2, 3, 4].

В стандартизованную анкету включаются вопросы, не только направленные на диагностику заболевания, но и способствующие выявлению причины факторов риска заболеваний [5].

При изучении условий труда работников предприятий пищевой промышленности нами была разработана и утверждена анкета «Изучение ус-

ловий труда и состояния здоровья работников пищевых предприятий», которая использована при проведении эпидемиологических исследований.

**Материалы и методы.** Эпидемиологические исследования включали анкетный опрос 231 работников пищевых предприятий (90 работников хлебопекарных предприятий, 59 – мясоперерабатывающих и 82 работника молокоперерабатывающих предприятий). Возраст обследуемых колебался от 19 до 56 лет, стаж работы составлял от 1 до 25 лет. Опрос проводился по разработанной анкете, включающей вопросы, характеризующие место работы, возраст, стаж, пол, а также семейное положение, наличие детей, жилищные условия и вредные привычки. Кроме того, в анкету были включены вопросы, отмечающие жалобы на вредные производственные факторы, жалобы на здоровье, в том числе со стороны нервной, сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата, органов дыхания, пищеварения, органов чувств, выделительной системы, половой сферы.

**Результаты и обсуждение.** Проведенные эпидемиологические исследования, включавшие анкетный опрос работников предприятий по про-

изводству пищевых продуктов (хлеба и хлебобулочных изделий, молока и молочных продуктов, мяса и мясных продуктов) показали, что работники указанных пищевых предприятий предъявляли жалобы на расстройства здоровья со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем, опорно-двигательного аппарата, верхних дыхательных путей, органов пищеварения, органов чувств, кожи и подкожной клетчатки, выделительной системы и половой сферы (таблица 1).

В число жалоб входили: головная боль, бессонница, повышенная раздражительность, головокружение, слабость, боли в области сердца, сердцебиение, ощущение удушья, отеки, боли в области суставов, боли в руках, насморк, кашель, сухость в носу, ощущение першения в горле, боль в горле, повышенная жажда, тяжесть в желудке, боли в области желудка, боли в области печени, зубная боль, кровоточивость десен, снижение зрения, боль в глазах, сухость кожи, шелушение кожи, боли внизу живота, частые позывы к мочеиспусканию.

Одинаково наибольший процент жалоб у работников всех предприятий отмечалось со стороны сердечно - сосудистой системы (91,5% - 93,1%). Жалобы на патологию со стороны нервной системы чаще всего предъявляли работники молокоперерабатывающих предприятий (86,0%). Высокий процент жалоб на патологию

опорно-двигательного аппарата – 88,2% был у работников мясоперерабатывающей промышленности по сравнению с работниками других пищевых предприятий.

Работники всех видов предприятий одинаково часто предъявляли жалобы на патологию верхних дыхательных путей (87,2% - 96,3%). Треть анкетированных жаловались на изменение со стороны органов чувств, наиболее высокий процент отмечался у работников молокоперерабатывающих предприятий (37,5%).

Каждый четвертый работник, большинство из которого женщины детородного возраста, предъявляли жалобы на расстройства со стороны половой системы. Жалобы на заболевания кожи и подкожной клетчатки чаще предъявляли работники мясоперерабатывающих и хлебопекарных предприятий по сравнению с работниками молокоперерабатывающих предприятий (18,6% – 21,0% против 13,0%).

Опрос о влиянии вредных производственных факторов показал, что более 60% работников производственной сферы указали на наличие таких вредных производственных факторов, как шум, сквозняки, рабочую позу стоя и необходимость повышенного внимания при работе. Более 30% работников указали на высокую влажность, специфические запахи, необходимость много ходить в течение рабочей смены, значительное число

Таблица 1. Распространенность нарушений здоровья у работников пищевых предприятий

Системы и органы	Число жалоб на 100 работающих		
	Предприятия		
	Хлебопекарные	Мясоперерабатывающие	Молокоперерабатывающие
Нервная система	80,0	70,2	86,0
Сердечно-сосудистая система	91,5	92,6	93,1
Опорно-двигательный аппарат	79,2	88,2	73,1
Верхние дыхательные пути	92,9	87,2	96,3
Органы пищеварения	92,1	86,1	80,4
Органы чувств	30,0	22,7	37,5
Кожа и подкожная клетчатка	18,6	21,0	13,0
Выделительная система	11,4	6,1	10,8
Половая сфера	25,7	28,0	25,0

однообразных движений руками; более трети работников отметили подъем и перенос тяжестей, около четверти назвали в числе вредных производственных факторов наклоны корпуса.

Характеристика социально-бытовых факторов жизни показала, что более 60% работников замужем или женаты и имеют детей, а более 50% живут в отдельных квартирах.

При анализе данных о распространенности вредных привычек выявлено, что большинство работников пищевых предприятий употребляют алкогольные напитки по случаю, курит ежедневно пятая часть женщин производственной и непроизводственной сфер.

Таким образом, на основании проведенных эпидемиологических исследований условий труда работников предприятий пищевой промышленности установлено, что работающие в производстве и переработки пищевых продуктов подвергаются воздействию вредных производственных факторов, таких как шум, пониженный и повышенный уровень микроклиматических параметров, специфические запахи. Кроме того, выявлено, что при воздействии производственных вредностей на организм работающих повышается опасность возникновения патологии со стороны сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, болезни верхних дыхательных путей, а также со стороны половой системы. Результаты проведенных исследований за состоянием производственного процесса позволяют разработать современные санитарно-гигиенические требования, которые будут направлены на сохранение здоровья работающих и будут спо-

собствовать повышению безопасности качества выпускаемой пищевой продукции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. — М., 1998. — С.211-267.
2. Ендриховский В. Методы эпидемиологических исследований в промышленной медицине. — М., 1989. — С.98-111.
3. Оценка риска развития профессиональных заболеваний и пути его снижения исходя из стажа работы в условиях воздействия вредных производственных факторов /Бойко И.В., Наумова Т.М., Герасимова Л.Б. и др. — СПб., 1999. — С.18-39.
4. Рукавишников В.О., Паниотто В.И., Чурилов Н.Н. Опросы населения. — М., 1984. — С.19-25.
5. Косарев В.В., Бабанов С.А. Организация исследований и оценка риска здоровью в современной эпидемиологии //Гигиена и санитария. -2001. - №4. — С.64-66.

#### ТҰЖЫРЫМ

Эпидемиологиялық зерттеулер тамақ өндірісі кәсіпорындары жұмысшылары арасында жүйке және жүрек-қан тамыр жүйелеріне, тұрақ-қозғалу аппаратына, жоғары тыныс алу органдарына, көру органына, тері және тері асты клетчаткасына, зәр бөлу жүйелеріне шағымдалды. Сұрау жүргізген жұмысшылардың 60% қолайсыз өндірістік факторлардың болуын көрсетті.

#### SUMMARY

Epidemiological studies have shown the existence of complaints from workers in enterprises for food production in the nervous and cardio - vascular system, musculoskeletal, upper respiratory tract, the organ of vision, skin and subcutaneous tissue, the excretory system. Over 60% of workers surveyed indicated the presence of harmful factors.

## АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

КОШЖАНОВА Р.А., ИГЛИКОВА А.Э., АРАПБАЕВА Х.К.

Алматинский Государственный Институт Усовершенствования врачей, г.Алматы

Проблема болезней системы кровообращения (БСК), и в частности сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в последнее время приобрела характер мировой эпидемии.

**Цель исследования:** провести сравнительный анализ статистических данных показывает, что смертность среди населения РК от ССЗ занимает 1-е место, оставляя за собой смертность от новообразований, несчастных случаев, болезней органов дыхания, болезней органов пищеварения, инфекций и паразитарных заболеваний [1].

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ, 2008г.), показатель преждевременной смертности населения, в возрасте 0-64 лет, вследствие БСК, в РК является первым по величине, и превышает средний уровень аналогичных показателей стран Западной Европы. Сравнительные данные стандартизованного коэффициента смертности по странам [2], по данным Европейского регионального бюро ВОЗ, представлены в таблице 1.

Стандартизованный коэффициент смертности населения в РК (таб. 1) от БСК за период 2001-2008гг. находится на более высоком уровне по сравнению со средними показателями стран СНГ и стран Центрально-Азиатского региона. При сравнении с аналогичными данными индустриально развитых стран, например, Великобритании и Германии стандартизованный коэффициент смертности населения РК превышает в 3-4 раза [2].

Если в течение последних 10 лет в странах Западной Европы отмечается некоторая стабилизация и снижение показателей смертности, то в РК наблюдается неуклонный рост показателей смертности от ССЗ. В связи с продолжающимся ростом инвалидизации и временной утраты трудоспособности, смертности. Проблема БСК приобрела государственную значимость.

В Казахстане общая численность кардиологических больных на январь 2009 г. составила более 1.3 млн. человек, что составляет около 8% взрослого населения РК. Доминирующей патологией в структуре кардиологической заболеваемости населения остается ишемическая болезнь сердца (ИБС)-54% и артериальная гипертензия (АГ)-46%, которыми страдает каждый четвертый житель Казахстана и каждый второй-пожилого возраста. Осложнения ИБС и АГ, такие как: хроническая сердечная недостаточность и нарушения ритма сердца, являются основной причиной стойкой утраты трудоспособности, и способствуют снижению трудовой активности населения [4].

По г. Алматы в 2008 г. от БСК умерло около 76756 человек, что составило 50.3% от суммарного показателя общей смертности по Казахстану. Таким образом, БСК является причиной каждой второй смерти в городе.

Таблица 1. Стандартизованный коэффициент смертности населения (на 100 тыс. населения) по странам

года	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
страны							
РОССИЯ	807.0	834.9	870.9	-	837.3	782.4	-
Средние данные по странам СНГ	768.2	795.5	821.4	-	801.0	766.8	-
Средние данные по странам Центрально-Азиатского региона	446.3	776.4	-	-	764.2	758.9	-
Великобритания	258.0	-	243.1	223.8	211.1	-	-
Германия	286.0	776.4	-	262.8	-	243.5	-
Казахстан	809.6	822.9	867.9	-	846.5	829.3	814.7

Таблица 2. Смертность населения вследствие БСК на 100 тыс. населения за 2005-2008гг. (данные НИИКиВБ)

Наименование регионов.	2005 г.	2006г.	2007г.	2008г.
Казахстан-всего	535.5	532.35	528.3	489.7
г.Алматы включая Республиканские учреждения.	596.0	517.2	522.3	501.1

Показатели смертности по Казахстану за 2005 г.- 535.5 на 100.тыс. населения, за 2008 г. этот показатель составляет 489.8 на 100 тыс. населения. За аналогичный период в г. Алматы он составляет 596.0 и 501.1 на 100 тыс. населения. По г.Алматы, по сравнению с данными по Казахстану за 2005-2008 гг. отмечается тенденция снижения этого показателя. Данное снижение смертности от БСК обратно пропорционально показателям общей и первичной заболеваемости БСК [4].

Показатели общей заболеваемости БСК по Казахстану за 2006 г. составляет 1248.2 на 10 тыс. населения, а за 2008 г. 1429.2. По г. Алматы этот показатель соответственно в 2006 г.- 2465.7 и в 2008г.- 2696.5 на 10.тыс. населения. Показатели общей заболеваемости по БСК в г. Алматы (таб. 3) превышают среднереспубликанские в 1.5-2.1 раза [4].

Показатели первичной заболеваемости БСК по Казахстану в 2005г. -225.6 и 281.3 на 10.тыс. населения в 2008г. Этот же показатель по г. Алматы в 2005г.- 185.2 на 10.тыс. населения, и 310.9 на 10. тыс. населения в2008г. Как видно из представленных данных первичная заболеваемость по

БСК в г. Алматы в 2008г. превысила среднереспубликанские в 1.7 раза, тогда как за предыдущие годы данные показатели были ниже. Такое резкое повышение заболеваемости на фоне снижения смертности от БСК связано с возобновлением проведения профилактических осмотров и улучшением качества оказываемой медицинской помощи[4].

Анализируя международный опыт развития кардиологии и кардиохирургии, для достижения высокого уровня оказания специализированной помощи на всех этапах необходимо применение высоких технологий диагностики и лечения, начиная с догоспитального этапа, широкое внедрение интервенционных и хирургических методов лечения основных ССЗ, их осложнений, функционирование эффективной системы оказания неотложной помощи[3].

В настоящее время в деятельности организаций, оказывающих кардиологическую помощь населению имеются проблемы: недостаточное обеспечение высокотехнологичной диагностической и лечебной аппаратурой; отсутствие современных эффективных тромболитиков; низкая обеспеченность населения кардиологами; недо-

Таблица 3. Общая заболеваемость населения вследствие БСК на 10.0 тыс. взрослого населения за 2005-2008 годы (данные НИИКиВБ)

Наименование регионов.	2005 г.	2006г.	2007г.	2008г.
Казахстан-всего	535.5	532.35	528.3	489.7
г.Алматы включая Республиканские учреждения.	596.0	517.2	522.3	501.1

Таблица 4. Первичная заболеваемость БСК на 10. тыс. населения за 2005-2008гг. (данные НИИКиВБ)

Наименование регионов.	2005 г.	2006г.	2007г.	2008г.
Казахстан-всего	1173.5	1248.2	1301.2	1429.2
г.Алматы включая Республиканские учреждения.	2343.9	2465.7	2496.1	2696.5

статочно проводится работа по динамическому наблюдению за больными с АГ и ИБС[3]. Организация борьбы с БСК даст реальный шанс существенно снизить смертность населения Республики, также способствовать значимому улучшению состояния здоровья казахстанцев и продлению их трудового долголетия[1].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Справка на коллегию управления здравоохранения «Состояние и пути развития кардиологической помощи населению г. Алматы» от 1.10.2009г

2. Ж.Абылайлы, К.П.Ошакбаев, Н.А.Абдикалиев, Т.М.Есимова, М.А.Алпысбаева. Смертность от кардиологических заболеваний в Республики Казахстан в сравнении с другими странами: данные Всемирной организации здравоохранения и официальные данные Республики Казахстан.// Терапевтический вестник.-2009.-№3(23) .- С.96-97.

3. Проект: Управление здравоохранения г. Алматы постановление коллегии № от 1.10.2009г. «Состояние и пути развития кардиологической помощи населению г. Алматы».

4. С.Ф.Беркинбаев, Н.А.Абдикалиев, К.П.Ошакбаев, Т.И.Аманов. Перспективы развития кардиологической и кардиохирургической помощи в Республике Казахстан./ Терапевтический вестник.- 2008г. -№3(19) .- С.7-11.

#### ТҮЖЫРЫМ

Соңғы жылдары қанайналым жүйесінің ауруы (ҚЖА) Қазақстан Республикасы мен басқа елдерде халық өлімі себебінің ішінде бірінші орын алып отыр. ҚЖА болатын өлім жағдайы өлімнің жалпы көрсеткішінің 49-52% құрайды. Болжам бойынша ҚЖА негізгі көрсеткішінің өсуі күтілуде. Осыған байланысты елде тиімді профилактикалық технологиямен кардиологиялық қызметті дамыту қажет.

#### SUMMARY

The last years a blood circulatory system disease (BSD) takes first place among the death-rate causes of the population in the Republic of Kazakhstan. The total death-rate of BSD is 49-52% percent. It expects that the basic rates of BSD will increase .As a result of this it is necessary to develop the cardio logical service in the country with effective preventive technologies.

## **В ПОИСКЕ ОПТИМАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

*БИРТАНОВ Е.А., АКАНОВ А.А., КАМАЛИЕВ М.А.*

*Министерство здравоохранения Республики Казахстан*

*Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы*

В своем послании народу Казахстана «Новое десятилетие — новый экономический подъем — новые возможности Казахстана» Президент Н.А. Назарбаев сказал: «Сегодня мы готовим к внедрению систему финансирования и оплаты медицинских услуг, ориентированную на результаты».

Очевидно, что финансовое обеспечение государственных гарантий в сфере охраны здоровья является одной из главных социальных задач государства. Вот почему важно понимать ключевые задачи финансирования здравоохранения по отношению к целям политики здравоохранения.

Концентрированным выражением политики финансирования здравоохранения является улучшение состояния здоровья населения, обеспеченное равнодоступностью медицинской помощи для всех граждан, высоким качеством медицинской помощи и экономической эффективностью медицинских услуг.

Любая финансовая система должна отвечать на три вопроса: как формируются финансовые ресурсы, как распределяются и насколько эффективно используются.

Считая справедливым требование постоянно-го развития медицинского обслуживания, мы должны признать обоснованным процесс наращивания финансовых возможностей отрасли, увеличения реальных объемов, экономических ресурсов, выделяемых на ее функционирование и развитие. Однако, реальный процесс экономического обеспечения здравоохранения многих стран входит в противоречие с этими объективными требованиями. Главной задачей при этом становится ситуация, когда необходимо минимизировать затраты на производство максимального количества качественного продукта/медицинских услуг.

Всемирная организация здравоохранения в числе рекомендаций правительствам выдвинула предложение руководствоваться 5% валового

внутреннего продукта (ВВП) в качестве минимального социального стандарта экономического обеспечения здравоохранения. Следует сказать, что данная рекомендация имеет большое значение для обоснования бюджетных требований, формирования макроэкономических пропорций, отвечающих тенденциям становления социальной рыночной экономики.

Вместе с тем, процент ВВП, отчисляемый на здравоохранение, не является адекватным критерием для оценки его эффективности. Отчисления высокого процента ВВП на здравоохранение не гарантирует справедливого распределения медицинской помощи. Вот почему важно искать альтернативные пути достижения поставленных целей, чтобы тех же результатов можно было добиться с меньшими затратами. Другими словами, нет формулы, определяющей правильный уровень финансирования здравоохранения: даже две страны с одинаковым доходом могут иметь различные потребности в медицинской помощи, зависящие от таких факторов, как например, плотность населения, уровень заболеваемости и др.

Уровень расходов может оставаться постоянным в абсолютном смысле, но увеличиваться или уменьшаться в % ВВП. Без четкого представления об уровне производства и, следовательно, уровне экономической эффективности данные по расходам будут ограничены.

Также не всегда корректно и проведение анализа затрат на здравоохранение по приведенной денежной единице (например, доллара США). Курс обмена не отражает реальную стоимость предоставления медицинских услуг, как отражения товара, находящегося в продаже. Так, например, стоимость затраченного труда, будет различной в разных странах, поэтому одна страна может затратить меньше на производство медицинских услуг, чем другая, производя то же самое количество услуг.

Развитие новых экономических отношений в здравоохранении строится на принципах:

- устойчивого развития, предполагающего возможность прогнозирования финансирования на перспективу, с ожидаемыми результатами деятельности отрасли и выходом на показатели здоровья населения;

- адекватности здравоохранения потребностям общества;

- рентабельности и эффективности – при равных затратах достичь лучших результатов или с меньшими затратами получить лучшие результаты. Важным аспектом при реформировании здравоохранения является медицинская, социальная и экономическая эффективность;

- развития обязательного и добровольного медицинского страхования (ОМС и ДМС);

- создания конкурентной среды в сфере оказания медицинских услуг путем развития многоукладных форм собственности;

- социальной справедливости и равенства, которые предполагают равный доступ граждан к средствам, выделяемым из бюджета на здравоохранение.

Многообразие источников финансирования здравоохранения можно классифицировать следующим образом:

Общественное финансирование: средства бюджетов всех уровней; средства ОМС; средства целевых фондов; средства предприятий, организаций и др.; доходы от ценных бумаг; безвозмездные и/или благотворительные пожертвования; иные источники финансирования.

Частное финансирование: прямая оплата населением; частное медицинское страхование; взносы предпринимателей; благотворительные вклады; неофициальные платежи; накопительные счета.

Что касается форм финансирования, применяющихся в отрасли, в укрупненном виде их можно представить как: авансирование; кредитование; субсидирование; субвенцирование; трансферты.

Методы финансирования, используемые сегодня в здравоохранении, как правило, зависят от способа и организации оплаты медицинской помощи. К основным методам можно отнести следующие формы:

- ретроспективное возмещение расходов - по фактическим затратам и предварительная система оплаты - по заранее рассчитанным тарифам;

- метод ориентации на объемы деятельности (выделяют способы оплаты, зависящие от объе-

ма оказанной медицинской помощи и независимые от числа обслуживаемых пациентов);

- метод оплаты по укрупненным (агрегированным) единицам медицинской деятельности медицинской организации, подлежащим оплате (в расчете на средний койко-день, прикрепленный контингент и т. д.);

- метод определения состава затрат, включаемых в тариф, на принятую единицу объема медицинской помощи.

Финансирование лечебно-профилактических организаций осуществляется или по смете расходов, или за отдельную медицинскую услугу по согласованным тарифам.

Варианты финансирования амбулаторно-поликлинических организаций:

- подушевое финансирование в расчете на прикрепившееся население;

- формирование годового бюджета под договорный объем работ;

- тариф, рассчитанный на основе медико-экономических стандартов;

- оплату за посещение.

Варианты финансирования больниц:

- по тарифам, построенным на основе клинико-затратных групп;

- по числу фактически проведенных койко-дней и фактически оказанных лечебных и параклинических услуг;

- за среднепрофильный тариф, рассчитанный на основе нормативных показателей срока и стоимости лечения по каждой специальности.

Использование частных медицинских услуг нежелательно для групп хронических больных и инвалидов, пожилых людей и лиц с низкими доходами. Хотя их потребность в медицинских услугах и услугах по уходу является самой высокой.

Это присутствует в политике развития здравоохранения, ориентированной на конкуренцию, примером могут служить США. В экономически успешные периоды для этой страны, проблема преодоления дисбаланса между гражданско-правовой (имеется в виду отношение к собственности) и социально-правовой (ориентация на потребности населения) позициями выпускается из виду, или ею мало занимаются. Но во времена экономического спада, как сейчас, эта проблема встает с особой остротой, поскольку различие между классами людей с высокими и низкими доходами все возрастает.

Такому положению можно противопоставить принцип солидарности. Организованная солидар-

ность, которой добились рабочие движения в форме социальных законов, отражающих систему, имела целью частичную защиту работающих от различных социальных рисков нового индустриального общества. В солидарной системе расходы на социальное и медицинское обслуживание в виде выплаты пособий осознанно перераспределяются, а именно от молодых — пожилым, от богатых — бедным, от здоровых — больным. Страной, твердо следующей принципу солидарности, можно считать Германию, в том же направлении движется Великобритания.

В большинстве же стран, в нынешних условиях общеэкономического развития, реформы направлены на обеспечение минимального первичного уровня медицинских услуг. За расходы здравоохранения, превышающие средний уровень, ответственными становятся сами пациенты. Хотя было бы желательным признание солидарности, как цивилизованного достижения культуры, на основе которого вновь и вновь должна создаваться коллективная ответственность за слабые в отношении общественного положения и здоровья группы лиц.

Наиболее распространенным частным источником является частное медицинское страхование. Как правило, частное страхование вводится после становления медицинского страхования, финансируемого из государственного бюджета или за счет обязательных отчислений; система частного страхования должна охватывать либо ограниченный объем услуг, либо услуги, не включенные в финансируемую государством программу.

В последнее время, в некоторых странах, население которых самостоятельно оплачивает предоставляемые медицинские услуги, используются медицинские накопительные счета. Эта модель не была еще в достаточной мере апробирована и ее преимущества по отношению к бюджетному финансированию и медицинскому страхованию не ясны.

Частные фонды/частное страхование не должны являться основным источником финансирования здравоохранения, поскольку акцент на частном финансировании сокращает доступность медицинской помощи для малоимущих и незащищенных слоев населения, не способствует накоплению достаточных ресурсов для финансирования базового пакета медицинских услуг.

Как показывает отечественный и зарубежный опыт, объекты здравоохранения должны иметь

преимущественно некоммерческий статус, при котором прибыль не является главным мотивом их деятельности. В противном случае формируется неполный рынок, когда население не может пользоваться их услугами из-за высоких цен и объекты здравоохранения становятся нежизнеспособными. Поэтому должен существовать значительный по размерам общественный сектор здравоохранения с бесплатным обслуживанием и льготными ценами. Объекты здравоохранения независимо от формы собственности и организационно-правового статуса должны гарантировать населению доступную квалифицированную медицинскую помощь.

Для предоставления основных медицинских услуг, почти все страны имеют смешанную (государственно-частную) систему финансирования медицинской помощи, в которых государственные и частные медицинские организации имеют равные права на получение государственных средств для предоставления основных медицинских услуг населению.

Целью реформ в странах, где система здравоохранения финансируется из взносов, являются усилия по стабильности получения взносов. Для стран с системой здравоохранения, финансируемой из налогов, главным является соблюдение имеющегося бюджета. Для этого принимаются меры по снижению расходов, которые означают, например, нормирование выплат и количества услуг (пакет услуг) для застрахованных. Такое нормирование обусловлено в большей степени моральными и экономическими принципами, нежели медицинскими показаниями.

Для содействия эффективному использованию ресурсов, некоторые страны, в частности Голландия, приняли списки приоритетов, которые должны сделать возможным управление общественными инвестициями, с учетом анализа полезности и эффективности затрат. В Италии и Испании делают ставку на интеграцию договорных элементов между поставщиками (производителями) и покупателями услуг. Они преследуют тем самым цель децентрализованной продажи услуг и их контроля. На этом пути представляется возможным объединение соглашений о ценах и качестве.

Великобритания в реформах Национальной системы здравоохранения сделала даже поставщиков услуг первичного медицинского обслуживания (GPs) покупателями услуг, которые предоставляют узкие специалисты, а также больни-

цы. В Нидерландах работодателям вменили в обязанность принимать, в определенном объеме, расходы на себя за оказание профилактических медицинских услуг.

Таким образом, в процессе реформирования и развития отечественной системы здравоохранения следует учесть, что финансирование отрасли должно быть направлено на обеспечение равноправия, справедливости и устойчивости. Какая бы система ни применялась, государственные органы должны стремиться к тому, чтобы обеспечивались всеобщий охват и доступность медико-санитарного обслуживания, а также сдерживание суммарных расходов и издержек. Одновременно следует повысить внутреннюю эффективность отрасли, включая эффективность бюджетных расходов.

#### ТҰЖЫРЫМ

Мақалада Қазақстан Республиканың денсаулық сақтау жүйесін реформалаудағы жетістіктер мен проблемаларға, оларды қозғаушы факторларға қысқаша тал-

дау жасалған. Авторлар қазіргідей қоғамда саяси экономикалық және басқадай процестер жүріп жатқанда денсаулық сақтау саласын қайта ұйымдастыруда заң шығарушы органдар, басқару құрылымдарының атқарушы қызметінің әлі де жеткіліксіз екендігі жөнінде қорытындыға келген. Денсаулық сақтау реформасын жоспарлау шараларын тек халықаралық тәжірибе негізінде емес, республиканың экономикалық-әлеуметтік жағдайын, қоғамда денсаулық сақтау жөнінде жан-жақты экономикалық зерттеулерді ескере отыра жасалшы қажет.

#### SUMMARY

In the article the brief analysis of the moving factors, problems and achievements in reforming a system of public health services of Republic of Kazakhstan is adduced. The writers come to a conclusion, which on a background of happening socio-political, economic and other processes of conversion the system of public health services remains to not enough with shifts in statutory and executive activity of power structures. The reform of public health services should be realized not only on the basis of international experience, but also in view of the usual economic, social and political realities in republic. The important role in planning of measures of reform should be played by complex economic researches in the field of public health services.

---

## РЕАЛИЗАЦИЯ ПРОГРАММЫ ПО СНИЖЕНИЮ МАТЕРИНСКОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТНОСТИ

АМАНЖОЛОВА З.Д.

Управление здравоохранения, г. Алматы

Для повышения индекса здоровья женщин репродуктивного возраста и детей, стабильного снижения показателей материнской и младенческой смертности в г. Алматы в 2009 году осуществлялась последовательная реализация Постановления Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2007 года №1325 «Об утверждении Программы по снижению материнской и детской смертности в Республике Казахстан на 2008-2010 года», регионального Плана действий по снижению младенческой и материнской смертности.

На Координационном совете по охране здоровья населения при Акимате г. Алматы были рассмотрены вопросы по следующим направлениям:

- состояние и перспективы совершенствования мер по медико-социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями;

- о ходе выполнения региональной «Программы противодействия эпидемии ВИЧ/СПИД в городе Алматы на 2006-2010 годы», в том числе в части передачи ВИЧ от матери к ребёнку;

- презентация проекта «Программа охраны репродуктивного здоровья детей, подростков и молодёжи»;

- о ходе выполнения Государственной программы реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 годы в части совершенствования системы управления качеством медицинских услуг, в том числе в службе детства и родовспоможения.

В рамках реализации Программы снижения материнской и младенческой смертности в г. Алматы проведены следующие мероприятия:

1. Осуществлялась реализация Плана мероприятий по снижению материнской и младенческой смертности на 2009 г.

2. Проводился ежедневный мониторинг случаев перинатальной и младенческой смертности, случаев рождения доношенных детей, поступивших в реанимационные отделения и тяжелых детей, госпитализированных в детские стационары города. Разборы проходили в Управлении здравоохранения с приглашением медицинского персонала, участвующего в оказании медицинской помощи. Проведен разбор 88 случаев перинатальной смертности и рождения новорожденных в тяжелом состоянии.

3. Проводилось мониторинговое количество домашних родов с разбором каждого случая по причинам.

4. Проводилась экспертная оценка историй родов в случаях тяжелых форм преэклампсии, эклампсии, ПОНРП, органосохраняющих операций, родового травматизма. Случаи поступления беременных в тяжелом состоянии в стационары города разбираются ежемесячно на заседании Регионального штаба по принятию неотложных мер для снижения материнской и младенческой смертности с участием руководителей медицинских организаций, заместителей главных врачей, заведующих женских консультаций, врачей акушеров-гинекологов.

5. Ежедневно проводился мониторинг случаев непрофильной госпитализации и перетранспортировки беременных в родильные дома.

6. Усилена работа дежурных бригад в субботах, воскресные и праздничные дни дежурствами главных врачей и зам. главных врачей родильных домов.

7. Проводилась работа по совершенствованию деятельности Молодежных центров здоровья на базе городской студенческой поликлиники и ГП №10, организован Молодежный центр на базе городского Центра репродукции человека.

8. С целью улучшения информированности населения о гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи Управлением здравоохранения совместно с Казахстанской медико-педагогической ассоциацией (КМПА) выпущены информационные листки для беременных о правилах постановки на учет в женские консультации.

9. Проводилась работа по укомплектованию штатов родильных домов, детских стационаров анестезиологами, лаборантами, неонатологами. Принято на работу 37 врачей акушеров-гинекологов.

10. Обеспечен доступ к использованию сайтов Интернета по вопросам доказательной медицины для врачей и специалистов родовспомогательных организаций.

11. Приказами Управления здравоохранения внедрены конфиденциальный аудит материнской смертности и критических состояний в акушерстве. Проведены обучающие семинары, обучено 300 сотрудников родильных домов.

12. Врачи акушеры-гинекологи приняли участие в международной конференции по вопросам рака молочной железы и рака шейки матки.

13. Для специалистов станции скорой медицинской помощи сотрудниками Перинатального Центра проведены занятия по оказанию экстренной медицинской помощи беременным, роженицам, родильницам. Прошли обучение 620 чел.

14. Принято участие в I Национальном Форуме «Охрана здоровья женщин и детей – приоритетная проблема достижения здоровья нации в РК».

15. В целях реализации Постановления коллегии Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 18 декабря 2008 года №6-1 «О неотложных мерах по снижению материнской и младенческой смертности» и во исполнение приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2008 года №667 «О создании Регионального штаба по принятию неотложных мер для снижения материнской и младенческой смертности», создан региональный штаб. Деятельность Штаба регламентирована приказом управления здравоохранения №644 от 30 декабря 2008 года. Целью создания Штаба является стойкое улучшение основных показателей эффективности деятельности службы охраны материнства и детства, прежде всего уровней материнской и младенческой смертности. Ежемесячно проводились заседания Регионального штаба с приглашением главных врачей районов, родильных домов, детских стационаров, поликлиник, домов ребенка, заместителей главных врачей по лечебной работе, по детству, заведующих женских консультаций, заведующих отделений неонатологии родильных домов и ДГКБ №1, заведующих педиатрическими отделениями, врачей-педиатров, акушеров-гинекологов, врачей, оказывавших медицинскую помощь по случаям материнской смертности.

Таким образом, проведенный комплекс мероприятий в рамках реализации Программы снижения материнской и младенческой смертности в г. Алматы состоял из ключевых моментов, способствующих оказанию высокого уровня качества медицинских услуг в акушерско-гинекологической практике, мониторинга случаев перинатальной и младенческой смертности, организационных мероприятий, санитарно-просвети-

тельной работе и повышению профессиональных знаний у акушеров-гинекологов, неонатологов и врачей общей практики.

### ТҮЖЫРЫМ

Алматы қаласында ана мен бала өлішiлiгiн азайту бағдарламасы бойынша өткiзiлген шаралар жиынтығы акушерлік-гинекологиялық тәжірибесінде сапалық деңгейі жоғары медициналық қызмет көрсету үшін, перинатальді және сәбилер өлімшілдігін бақылау, ұйымдастыру шаралары, санитарлық ағарту жұмысы және акушер-гинекологтар, неонатологтар, жалпы тәжірибелі

дәрігерлердің кәсіптік білімін жоғарылату сияқты негізгі кезендерден тұрған.

### SUMMARY

The complex of activities under the program to reduce maternal and infant mortality in Almaty consisted of the key points that contribute to providing the high quality of medical services in obstetric practice, monitoring of perinatal and infant mortality, institutional arrangements, health education and improving professional-tional knowledge among obstetrician-gynecologists, neonatologists and general practitioners.

---

## ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ СМЕРТНОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

АМАНЖОЛОВА З.Д.

Управление здравоохранения г. Алматы

Основными причинами смерти новорожденных в раннем неонатальном периоде в г. Алматы в среднем за пятилетний период (2004-2008 годы) являлись: дыхательные расстройства и другие респираторные нарушения (14,6%), родовая травма (14,4%), врожденные пневмонии (13,7%), инфекции, специфичные для перинатального периода (7,0%), врожденные пороки развития (6,8%), геморрагические и гематологические нарушения (6,2%), асфиксия в родах (5,9%) и гемолитическая болезнь новорожденного (3,5%).

Дыхательные расстройства и другие респираторные нарушения (14,6%), прошедшие как синдром дыхательных расстройств (СДР) включали все невыясненные нарушения дыхания, в том числе и синдромы утечки воздуха. Диагностическим критерием у 53% этих новорожденных была оценка по шкале Апгар 7 баллов и ниже, что указывало, по сохранившимся на тот период понятиям, о рождении детей в асфиксии.

Диагноз асфиксия, как основная причина смерти новорожденных, был выставлен в 5,9% случаев. Согласно современным данным показанием к началу реанимации новорожденного являются такие признаки как: дышит или кричит и каков мышечный тонус. Оценка этих признаков проводится уже в момент рождения ребенка (как только акушерка или врач приняли его в теплую пеленку), не позже 30 секунд после рождения.

Родовые травмы, как причина смерти новорожденных, стоят на втором месте. Их генез определяется тем, что отсутствует должный мониторинг родов по партограмме, что приводит к не всегда обоснованному проведению стимуляции родовой деятельности и акушерских пособий.

Обращает внимание высокий удельный вес внутриутробных пневмоний. Известно, что истинно внутриутробные процессы развиваются при инфицировании плода в антенатальном периоде и они, как правило, обусловлены TORCH-инфекциями. Столь высокий удельный вес внутриутробных пневмоний наталкивает на мысль, что они имеют постнатальный генез с ранней реализацией вследствие массивной колонизации новорожденных бактериальной микрофлорой в родовых путях матери. Их реализация происходит на фоне неадекватных условий окружающей среды (неадекватная температура в родовой или послеродовой палате, отсутствие контакта «кожа к коже» с матерью и раннего грудного вскармливания — первой иммунизации новорожденного).

Вызывает тревогу высокий удельный вес в структуре ранней неонатальной смертности инфекций, специфичных для перинатального периода (7,0%), что логично сочетается с высоким уровнем воспалительных заболеваний половых путей у матерей умерших детей (41,8%). Это диктует необходимость обследования всех женщин

с хроническими воспалительными заболеваниями гениталий на наличие ИППП и проведение направленной терапии. К сожалению, диагностика этих инфекций современными методами пока еще доступна не в каждом родовспомогательном учреждении, а имеющиеся централизованные лаборатории не доступны каждой женщине.

Врожденные пороки развития (ВПР) занимают более низкое ранговое место в структуре ранней неонатальной смертности, чем в официальной статистике. Это обусловлено тем, что ВПР как основная причина смерти зачастую выставляется в тех случаях, когда порок не угрожает жизни новорожденного, но осложняет течение другого заболевания, являющегося основной причиной смерти.

Удельный вес геморрагических и гематологических нарушений в структуре ранней неонатальной смертности значителен — 6,2%, среди которых лидируют диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови, внутричерепные нетравматические кровоизлияния, геморрагическая болезнь новорожденных и другие неонатальные кровотечения. Эти причины смерти новорожденных, по-видимому, обусловлены нарушениями становления системы гемостаза как следствия избыточной лекарственной терапии, назначаемой как их матерям во время беременности, так и новорожденным.

Гемолитическая болезнь с водянкой плода и поражением ядер мозга была причиной смерти 3,5% новорожденных. Потери новорожденных с гемолитической болезнью на современном этапе развития науки и практики непростительны, так как существуют эффективные методы ее профилактики и терапии.

В рамках проведенного нами исследования причин ранней неонатальной смертности были выявлены излишние вмешательства в биомеханизм родов (медикаментозная стимуляция, ручное пособие, защита промежности), частые вагинальные исследования в процессе родов, приводящие к излишней колонизации родовых путей госпитальной микрофлорой, отсутствие должного мониторинга родов (не ведется партограмма), несоблюдение тепловой цепочки и раннего начала грудного вскармливания. Все это приводит к нарушению становления первого вдоха и асфиксии, травмированию младенцев в родах, развитию гипотермии и, как ее следствие, к реализации риска развития многих неотложных состояний (синдрома дыхательных расстройств, геморрагических нарушений) и инфекций.

Исследования, проведенные в родильных домах г. Алматы показали, что тепловой контроль практически не соблюдается ни в одном из них из-за недооценки его значимости. Так, при проверке в родовых палатах температура воздуха не превышала 22°C, тогда как доказано, что уже при температуре воздуха 23°C, новорожденный испытывает холодовой стресс, равнозначный воздействию нулевой температуры на раздетого взрослого человека.

Таким образом, проведенный анализ причин смерти новорожденных в раннем неонатальном периоде показал, что их потери при таких управляемых состояниях как родовая травма, асфиксия в родах, зависящих от тактики ведения родов и своевременности проведения адекватной, неагрессивной реанимации и интенсивной терапии, вполне предотвратимы при условии внедрения в практику акушерских стационаров неагрессивной тактики родоразрешения и реанимации новорожденных. Респираторные нарушения, так часто диагностируемые у доношенных новорожденных, по всей вероятности, реализуются на фоне гипотермии и неадекватных мер помощи новорожденным.

Выявленные инфекционные процессы свидетельствуют, что наряду с внутриутробным генезом, все еще высок уровень их реализации в постнатальном периоде. Развитие инфекционных процессов в постнатальном периоде определяется отсутствием адекватного ухода за новорожденными: отсутствие должного термоконтроля, раннего контакта с матерями, с последующим совместным содержанием, раннего начала грудного вскармливания, с последующим кормлением по требованию ребенка днем и ночью.

Обобщая результаты проведенного анализа перинатальной смертности, необходимо указать, что большинство случаев перинатальных потерь происходят от причин, предотвратимых возможностями существующей системы здравоохранения. Уровень перинатальной смертности можно значительно снизить при условии совершенствования перинатального ухода и адекватного клинического ведения патологических состояний у новорожденных, а также обновления и совершенствования информационного обеспечения (основанного на регулярном анализе ситуации) и усиления кадрового и управленческого потенциала акушерско-гинекологической службы.

Усиление этого потенциала возможно посредством использования мирового опыта, через внедрение основных стратегий ВОЗ/ЮНИСЕФ:

«Обеспечение безопасного материнства» и «Неонатальный уход и грудное вскармливание», которые максимально отвечают потребностям системы здравоохранения страны. Данные стратегии представляют стране возможность стандартизировать службу через разработку клинических протоколов, основанных на доказательной медицине, повысить профессиональный уровень медработников и совершенствовать механизм рутинной курации посредством обучающих курсов, проводить регулярный обзор достижений службы для управленческих нужд.

#### ТҰЖЫРЫМ

Ерте неонатальді кезеңдегі сәбилер арасындағы өткізілген өлімшілдік анализі, бұл санды азайту қазіргі кездегі денсаулық сақтау саласының күшінде екенін

көрсетеді. Перинатальді өлімшілдік деңгейін сәбилерде патологиялық жағдайларды адекватты клиникалық бақылау, сонымен қатар акушерлік-гинекологиялық қызметтің басқару және қызметкерлер потенциалын күшейту мен ақпараттық камтамассыз етуді жаңғырту жолымен төмендетуге болады.

#### SUMMARY

An analysis of neonatal mortality in the early neonatal period indicates that the most cases of perinatal losses occur from causes which preventable with the capabilities of the existing health care system. The level of perinatal mortality can be significantly reduced under the condition of improving perinatal care and adequate clinical management of pathological conditions in newborns, as well as updating and improving information management (based on regular analysis of the situation) and increased staffing and managerial capacity of obstetric services.

---

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЭКСПЕРТИЗЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ

(Обзор литературы)

СМАГУЛОВА М.

*Департамент по контролю и социальной защите населения по Карагандинской области,  
Карагандинский государственный медицинский университет*

Для оценки состояния здоровья населения применяются следующие группы показателей: показатели заболеваемости, демографические показатели, физического развития и инвалидности (стойкая потеря трудоспособности) [1]. По оценке экспертов ВОЗ в мире имеет место устойчивая тенденция роста ЧМТ в среднем на 2% в год.

Травматизм является одной из важнейших медико-социальных проблем современности не только для Казахстана, но и для большинства стран мира. [2; 3]. Особое беспокойство вызывает рост травматизма со смертельным исходом, высокой инвалидизацией [4].

В экономически развитых странах мира травмы занимают второе место среди причин смертности и уносят жизни людей молодого и трудоспособного возраста.

В Казахстане в структуре общей заболеваемости, временной нетрудоспособности и смертности травмы занимают второе место, по первичному выходу на инвалидность — третье место.

Ежегодно в республике более 600 тысяч человек получают различные повреждения, из них — 22% составляют дети, 78% — подростки и взрослые. В 2008 году в республике отмечалось снижение уровня травм и отравлений на 1,6% [5].

Производственный травматизм был и остается одной из значимых медико-социальных проблем. В Казахстане в 2008 году было зарегистрировано 20117 производственных травм, что составляет 3% от всех травм).

Социальное значение производственной черепно-мозговой травмы определяется как её частотой, так и многообразием последствий различной тяжести, приводящих к выраженным ограничениям жизнедеятельности и инвалидности. Так, в России ежегодно более 100 000 человек признаются инвалидами с черепно-мозговой травмой, причем 40-60% из них - инвалидами II и I группы [6; 7].

Разные авторы используют различные подходы к построению диагноза отдаленных послед-

ствий черепно-мозговых травм. В итоге существует разнообразие формулировок диагноза при последствиях черепно-мозговых травм, определяющего не только характер лечения, но и меры социальной и правовой защиты пострадавших [8].

Поэтому неудивительно, что основы современной классификации острого периода черепно-мозговой травмы были заложены Жан-Лу Пти (1674-1750) более 250 лет назад, а классификация ее последствий только внедряется в практику. Она не представлена в МКБ 10-го пересмотра [7; 9].

Необходимость совершенствования диагностики, нейрохирургической и неврологической помощи больным, а также решение социальных вопросов в эпоху реформирования учреждений медико-социальной экспертизы уже давно способствовало синдромальной рубрикации последствий закрытой и открытой черепно-мозговой травмы [10,11,12].

Помников В.Г. и Макаров А.Ю с соавторами предложили комплексную классификацию последствий черепно-мозговой травмы по патогенетическим особенностям возникновения (развития), клиническим формам, в зависимости от преобладающих морфологических изменений, по основному (ведущему) синдрому и по особенностям течения [7].

На современном этапе реформ в казахстанском обществе и здравоохранении проблемы развития социальной поддержки и защиты инвалидов, обеспечения им равных возможностей в реализации их прав, стоят особенно остро [11; 12].

В странах СНГ медико-социальная экспертиза и построенная на ее основе реабилитация больных и инвалидов претерпевают период научно-методологического становления [13; 14].

В настоящее время введена «Концепция последствий болезни и «составляющих здоровье». В обосновании к введению концепции последствий болезни (КПБ) записано, что клинические классификации и МКБ базируются на нозологической концепции болезни: рассматриваются этиология, течение, стадия, клиническая форма, исход болезни. Следовательно, современные клинические классификации рассматривают различные стороны болезни, но игнорируют носителя болезни - человека, индивидуума [15; 16; 17].

Основы данной концепции были разработаны экспертами ВОЗ и представлены как дополнение к Международной классификации болез-

ней (МКБ IX и X пересмотров) в виде «Международной классификации нарушений, снижения трудоспособности и социальной недостаточности» (1992) и «Международной номенклатуры нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» (1994). В этих документах предлагается найти баланс между клиническими проявлениями болезни и социальными факторами путем оценки социальной дезадаптации, наступившей в результате функциональных нарушений, анатомических дефектов, приведших к снижению способностей в передвижении, общении, ориентации, обучении, занятии трудовой (профессиональной) деятельностью, контроль за своим поведением.

Таким образом, ВОЗ предлагается сопряженная оценка клинических проявлений болезни и социально-культурных факторов, с которыми сталкивается человек в сфере занятости, обучения и пр., что приводит к значительным трудностям для его эффективной социальной, образовательной, профессиональной интеграции.

Поэтому, согласно КПБ, воздействие на организм человека должно рассматриваться на трех уровнях.

**Первый уровень** - последствия на органном уровне - морфофункциональные изменения со стороны отдельных органов и систем, вызванные болезнью или травмой, то есть медико-биологические последствия болезни («нарушение» или «дефект»). В принципе «нарушение» или «дефект» - это внешнее проявление патологического состояния, которое отражает беспокоящие человека недостатки на уровне органа. При этом нарушения могут быть временными или постоянными. В настоящее время «Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» предлагается использовать девять основных разделов нарушений: умственные, другие психологические, языковые и речевые, слуховые и вестибулярные, зрительные, висцеральные и метаболические, двигательные, уродующие нарушения, а также нарушения, связанные с причинами общего характера.

В результате имеющегося нарушения (дефекта) ограничивается повседневная деятельность целостного организма, то есть возникают последствия на втором, организменном уровне (ограничение жизнедеятельности).

**Второй уровень** - под ограничением жизнедеятельности на организменном уровне следует понимать любое ограничение или отсутствие (в

результате нарушения) способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для человека данного возраста. Ограничение жизнедеятельности может возникнуть как прямое следствие нарушения или как реакция индивида, особенно психологическая, на физическое, сенсорное или другое нарушение. «Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» предлагает использовать шесть основных категорий для оценки характера ограничения жизнедеятельности. Эти категории охватывают наиболее важные формы деятельности и поведения, связанные с повседневной жизнью: снижение способности адекватно вести себя, общаться с окружающими, передвигаться, ориентироваться, действовать руками, владеть телом при решении некоторых бытовых задач, ухаживать за собой.

**Третий уровень** - последствия заболевания, а организм человека, согласно КПБ, следует рассматривать как последствия на социальном уровне - социальную недостаточность или дезадаптацию.

В контексте здоровья социальная недостаточность — это инвалидность, вызывающая нарушения взаимодействия с окружением, препятствующая его социальной роли в обществе, и создающая несоответствие между фактическими возможностями человека и ожидаемыми на основе имеющегося образования, культуры, профессионального уровня.

В практике медико-социальной экспертизы социальную недостаточность связывали исключительно с нарушением одной стороны жизнедеятельности — способности к труду, ограничение и потеря которой служили единственной причиной определения инвалидности и назначения социальной помощи. Согласно закону «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» (2005 г.), «инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите» [14].

Согласно Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, (МКФ, 2001г) существуют 7 критериев жизнедеятельности, нарушение которых вызывает социальную недостаточность: ориентация, самообслуживание, передвижение, контроль своего поведения, общение, обучение, участие в трудовой деятельности [18]. Каждый из них может привести к социальной недостаточ-

ности по какой-либо из причин: ограничение передвижения вызывает социальную недостаточность вследствие нарушения мобильности, неспособность к самообслуживанию ограничивает личную независимость, нарушение общения вызывает социальную недостаточность из-за расстройства социальной интеграции. Все перечисленные причины социальной недостаточности, создающие неудобства в жизни, служат показанием к социальной помощи, тогда как ранее цель социальной помощи ограничивалась только вопросом нарушения трудоспособности.

Представляет интерес использование в разных странах международной концепции болезни (МКБ) и количественной оценки ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности в соответствии с Международной классификацией функционирования (МКФ), согласно которой основанием для признания инвалидом является наличие признаков социальной, физической недостаточности по основным критериям жизнедеятельности.

Целью «Международной классификацией функционирования (МКФ) является внедрение унифицированного стандартного языка и определения рамок для показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем, составляющих благополучия (таких, как образование и труд).

В основе МКБ лежит нозологическая концепция болезни с учетом этиологии, течения, клинической формы, стадии, исхода болезни.

На современном этапе в Казахстане в экспертной практике используется классификация нарушения функций организма, предложенная российскими авторами [19; 20].

Вместе с тем, пятилетний опыт работы Департамента по контролю и социальной защите населения по Карагандинской области с использованием в экспертной практике данной методики позволил определить ее недостатки. Так, наиболее серьезным из них является тот факт, что при словесном ранжировании без конкретной количественной оценки степени нарушения функций и ограничения жизнедеятельности всегда присутствует опасность большой доли субъективизма.

В контексте вышеизложенного, представляет большой теоретический и практический интерес исследования Смычка В.Б. с соавтора по применению в экспертизе ограничения жизнедеятельности взрослых и детей количественных критериев, отражающих степень тяжести функциональных нарушений органов и систем [21; 22;

23]. В связи с этим, методика определения функциональных классов (ФК), предложенная белорусскими авторами, наиболее перспективна при экспертизе взрослых. Ее преимуществом является универсальность, возможность цифрового выражения и краткость, что более удобно, чем словесное ранжирование степени нарушенных функций, а самое главное, - она позволяет объективно выразить степень отклонения функций и оценить результаты реабилитационных мероприятий в динамике наблюдения за инвалидом при его ежегодном освидетельствовании отделом медико-санитарной экспертизы.

Рядом казахстанских авторов (Караганда) разработаны количественные критерии оценки выраженности нарушенных функций и критериев жизнедеятельности по функциональным классам (ФК), где ФК отражает состояние функции или другого функционального параметра и ранжируется по 5-балльной шкале, принимаемой за 100 %.

Так, ФК-0 - характеризует нормальное состояние параметра, ФК-1 - легкое его нарушение (до 25 %), ФК-2 - умеренное (от 26 % до 50 %), ФК-3 - значительное (от 51 % до 75 %), ФК-4 - резко выраженное и полное нарушение данного параметра (от 76 % до 100 %). [24; 25; 26; 27].

По каждому из семи критериев ОЖД разработаны функциональные классы, которые отражают количественные показатели функциональной и социальной недостаточности.

Поскольку в МКФ прямо указано, что регистрация функционирования и ОЖД без их количественного определения теряет всякий смысл, то определение количественных значений должно быть универсальным, а методика оценки, соответственно, должна обрабатываться в ходе исследований. При этом все три составляющие болезни эксперты ВОЗ согласно концепции последствий болезни (КПБ) (функционирование, активность и социальные факторы) предлагается измерять с помощью единой шкалы [14; 28; 29].

Наряду с вышеизложенным достоинством методики определения ФК является возможность объективной оценки результатов реабилитационных мероприятий в динамике наблюдений за инвалидами.

Вместе с тем, учитывая, что в Казахстане существует градация по группе инвалидности, то ФК-2, ФК-3 и ФК-4 должны соответствовать III, II и I группе инвалидности.

В настоящее время в Казахстане проводятся научные исследования, посвященные разработ-

ке количественных стандартов ОЖД по всем нозологиям, определяющих структуру инвалидности в республике.

Гораздо сложнее оценивать степень выраженности ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Поскольку в МКФ прямо указано, что регистрация функционирования и ограничения жизнедеятельности без их количественного определения теряет всякий смысл, то определение количественных значений должно быть универсальным, а методика оценки, соответственно, должна обрабатываться в ходе исследований. При этом все три составляющие болезни эксперты ВОЗ согласно концепции последствий болезни (КПБ) (функционирование, активность и социальные факторы) предлагается измерять с помощью единой шкалы [30; 31; 32]. Инвалидами чаще всего становятся лица трудоспособного возраста, обладающие большим профессиональным опытом. Временная и стойкая утрата трудоспособности при производственных травмах приводит к серьезному экономическому ущербу [17; 33].

Расходы, связанные с ЧМТ, только в США достигают астрономической суммы - 50 млрд. долларов в год. Значительная часть этих расходов связана с тяжелой ЧМТ, однако в последние годы все острее становится социальной проблемой, обусловленных гораздо более многочисленными случаями легкой ЧМТ, так как спустя несколько месяцев, а иногда и через несколько лет после травмы больные продолжают жаловаться на головную боль, головокружение, снижение памяти и т. д., приводящие к длительной временной, а иногда и стойкой утрате трудоспособности. То есть, одна из особенностей ЧМТ, отличающей ее от других травм, состоит в том, что при ней потеря трудоспособности может наступить не только в остром, но, как это бывает у значительной части больных, и в отдаленном периоде травмы [2; 3].

Проблема своевременной реабилитации инвалидов с последствиями производственной черепно-мозговой травмой должна охватывать не только медицинские аспекты, но и социальные вопросы, т.е. адекватное трудоустройство, с учетом квалификации рабочих и по возможности с наименьшими материальными потерями для больных. В настоящее время определяется актуальность развития реабилитационного направления в медицине. Наряду с проблемой восстановления здоровья и личностного статуса инвалидов осо-

бое значение приобретают вопросы предупреждения инвалидизации и совершенствования реабилитации больных с длительной временной утратой трудоспособности [23; 24].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Лисицын Ю. П.* Здоровье населения и современные теории медицины. М. Медицина. 1982.-326 с.
2. *Begley C.E. et al* «The cost of epilepsy in the United States: an estimate from population-based clinical and survey data». *Epilepsia* 2000; 41 vol, №3, P. 342-351.
3. *Boyle C.A.* Prevalence and health impact of developmental disabilities in US children/ *Boyle C.A., Decouflu P., Yeargirt-Allsopp M.*// *Pediatrics* 1994, vol 93, P.- 399-403.
4. *Гусев Е.И.* Ишемия головного мозга/ Е.И. Гусев, В.И. Скворцова. — М.: Медицина, 2001.
5. Статистический ежегодник, Астана, 2008.
6. *А.В. Подкорытов.* Организация деятельности Красноярского филиала федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов/ А.В. Подкорытов, С.Н. Пузин, А.А. Модестов, Н.И. Лихоузова, И.О. Быков. // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация.*, № 1, 2001, -С. 12-15.
7. *Помников В.Г.* Комплексная классификация последствий черепно-мозговой травмы и возможности ее использования в практике медико-социальной экспертизы и реабилитации./ В.Г.Помников, А.Ю. Макаров, И.И. Белозерцева, Е.В. Корчагина, С.А. Шахбанов // *Мед.-соц. экспертиза и реабилитация.* — 2008. - № 3. — С. 48 — 50.
8. *Пузин С.Н.* Современная концепция инвалидности в России/ С.Н.Пузин, Д.И. Лаврова // *Проблемы медико-социальной экспертизы, профилактики инвалидности и реабилитации в современных условиях:* Тез. докл. междунар. конф. — Минск. — 2001. — С. 147-148
9. *Аухадеев Э.И.* Освоение новых методологических подходов в медико-социальной экспертизе и реабилитации больных и инвалидов./ Э.И. Аухадеев Э.И. Х.В. Иксанов, Р.В. Тазиев, Э.Р. Идиатуллина // *Мед.-соц. экспертиза и реабилитация.* — 2006. - № 1. — С. 13-219.
10. *Бузенкова Т.Н.* Подходы к медико-социальной экспертизе детей с ограничениями жизнедеятельности / Т.Н. Бузенкова // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация:* сб. науч. ст.- Минск, 2001. -Ч.1. - С. 8-12
11. *Гиткина Л.С.* Оценка критериев жизнедеятельности и эффективности реабилитации: Методические рекомендации/ Л.С Гиткина, Э.И Зборовский, В.В. Колбанов. - Минск, 1995. 16 с.
12. *Григорьева В.Н.* Методология оценки эффективности реабилитации неврологических больных / В.Н. Григорьева, А.Н.Белова, А.В. Густов // *Журн. неврологии. и психиатрии.*-1997.- № 12.- С.95-99.
13. Закон: «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан»: ЗРК от 13.04.2005 г.№750.
14. *Захарченков В.В.* Методические подходы и результаты медико-социальной реабилитации инвалидов на высокоурбанизированной территории // *Мед.-соц. экспертиза и реабилитация.* — 2003. - № 3. — С. 26-28.
15. Международная классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: 10 пересмотр.- Женева, 1995.- 368 с.
16. Международная номенклатура нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности// - М: Русское издание, 1995. — 106 с.
17. *Niehaus, -M.* Die Bedeutung betrieblicher Interessen bei der Gestaltung von Massnahmen der beruflichen Rehabilitation — Empirische Ergebnisse aus der betrieblichen Umschulung [The importance of company interests in shaping occupational rehabilitation programs: empirical findings from company — based retraining]. Niehaus, - M; Kurth — Laatsch, -S; Hundling, -W. Rehabilitation — (Stuttg). 2001. Aug; № (4). -P. 235 — 240.
18. Ограничение жизнедеятельности у детей вследствие висцеральных и метаболических нарушений / И.И. Заболотных, Н.В. Николаева, Т.Б. Лобода. — СПб, 2001.- 110 с.
19. *Пузин С.Н.* Принципы реабилитации инвалидов в Российской Федерации// *Мед.-соц. экспертиза и реабилитация.* — 2008. - № 3. — С. 3 — 4.
20. *Сытин Л.В.* Десятилетний опыт сотрудничества с Германией по профессиональной реабилитации инвалидов // *Мед.-соц. экспертиза и реабилитация.* — 2001. - № 2. — С. 24 — 27.
21. *Смычек В.Б.* Медико-социальная экспертиза и реабилитация инвалидов. — Минск, 2005.-460 с.
22. *Смычек В.Б.* К вопросу реабилитации больных и инвалидов на медико-профессиональном уровне // 200 лет государственной службе Управления здравоохранением Гродненщины : Материалы науч.-практ. конф. — Гродно, 2002. — С. 147 — 150.
23. *Смычек.* Медико — социальная экспертиза и реабилитация. / В.Б Смычек, Г.Я.Хулуп, Х.А Милькаманович. - Минск, 2005.- 420с.
24. *Газалиева Ш.М.* Сравнительный анализ состояния инвалидности по хронической радикулопатии в ОАО «Испат Кармет» и корпорации «Казахмыс» за период с 1998-2001 гг./ Ш.М. Газалиева, Л.С Хегай, М.Б.Отарбаева, М.А Газалиева. // *Гигиена труда и медицинская экология.*-2004.- № 2.-С.47-53.
25. *Газалиева Ш.М.* Методика определения степени ограничений жизнедеятельности по функциональным классам: Метод. рекомендации/ Ш.М. Газалиева.— Караганда, 2005. — 32 с.
26. Отчет о научно-исследовательской работе по теме: «Разработка подходов к формированию методов определения системы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации инвалидов». // КГМА,- Караганда — 2003, 110с
27. Организация и методика проведения медико-социальной экспертизы у детей: Метод. рекомендации/ Г.А Оспанова, М.В. Бабенко, С.А. Кульмаганбетов. — Караганда, 2005. — 36 с.
28. *Захарьян А.Г.* Анализ объема и структуры профессиональной реабилитации лиц, получивших повреждение здоровья вследствие несчастных случаев на производстве или профессиональных заболеваний, на основании оценки реализации программ реабилитации пострадавших/ А.Г Захарьян, О.С. Барковская./ / *Мед.-соц. экспертиза и реабилитация.* — 2009. - № 2. — С. 17 — 21.

29. *Захарьян А.Г.* Некоторые особенности реабилитации пострадавших на производстве в новосибирской области (по результатам освидетельствования в учреждениях МСЭ)/ А.Г. Захарьян, О.С. Барковская. // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2009. – № 1. – С. 12 – 13.

30. *Ипатов А.В.* Особенности применения балльных шкал в реабилитации больных с мозговым инсультом: Медико-социальная экспертиза / А.В. Ипатов, Е.В. Сергиенко, В.А. Голик, Д.Д. Богуславский. // – Сб. науч. статей НИИ медико-социальной экспертизы. – Вып. 6. – Минск, 2004. – С. 43 – 46

31. *Коробов М.В.*, Организация и методика разработки индивидуальной программы реабилитации / М.В. Коробов, Э.А. Дворкин, Ж.Г. Деденева, Т.Н. Шеломанова: Учебно-методическое пособие. – СНБ.-2002.-С. 1-50.

32. *Коробов М.Н.* Организационное и кадровое обеспечение системы реабилитации инвалидов/ М.Н. Коробов, Т.Н. Шеломанова. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация.-Сб. науч. статей НИИ медико-социальной экспертизы и реабилитации. – Вып. 6. – Минск, 2004. – С. 201-205.

33. *Рябцева С.А.* Основные показатели оценки ограничений жизнедеятельности у больных с последствиями производственной черепно-мозговой травмы в Ростовской области за период с 1999 по 2001 г/ С.А. Рябцева, С.С. Меметов // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. – 2003. – № 3. – С. 24-26.

34. *Stucki G.* Value and application of the ICF in rehabilitation medicine/ Stucki G., Ewert N., Cieza A. // Disabilit. Rthabit.-2002.- Vol. 17.- P. 932-938

#### ТҮЖЫРЫМ

Бас-ми жаракаты (БМЖ) және оның салдарлары неврологиялық аурулардың және мүгедектіктің құрылымының басты орындардың бірін алып отыр. ДДҰ сарапшыларының мәліметтері бойынша БМЖ жылына орташа есеппен 2% өсу тенденциясы байқалып отыр. Қазақстанда жыл сайын 40 мыңнан астам адам жаракат алады. БМЖ медициналық және әлеуметтік маңызы мүгедектіктің үлкен деңгейімен сипатталады. Отандастық және шет ел әдебиеті мәліметтеріне талдау жүргізу негізінде БМЖ салдарлары бар мүгедектерді сараптау және реабилитациялау ерекшеліктері көрсетілген.

#### SUMMARY

Cranial - a brain trauma (CBT) and its consequences borrow one of leading places in structure of neurologic disease and physical inability. According to experts the CART in the world takes place the steady tendency of growth ЧМТ on the average on 2 % a year. In Kazakhstan annually be traumatized more than 40 thousand person. Medical and social importance ЧМТ is defined by a high level of physical inability. Features of examination and rehabilitation of invalids with consequences CBT on the basis of the analysis of data of the domestic and foreign literature are shown.

## ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРИНЦИПОВ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ В РАЗВИТЫХ СТРАНАХ

*ПРУГЛО Г.Ю.*

*Казахский Национальный медицинский университет  
им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы*

В октябре 2004 года Британский медицинский журнал выпустил тематический том (№ 329), который был посвящен итогам десятилетней реализации технологий доказательной медицины (ДМ). Редакторская статья Smith J. «От оптимизма к гордости» свидетельствует о положительной оценке процесса становления практики ДМ. Другая публикация Straus S.E. и Jones G. «Что может ДМ сделать для нас» сопровождается эпиграфом: «Это было хорошее начало, но очень много остается сделать», свидетельствует о том, что технологии ДМ только начали входить в медицинскую практику [1]. Редакторские публикации этого журна-

ла не позволяют заключить, что здравоохранение развитых стран уже перешло к технологиям ДМ.

Анализ некоторых публикаций из этого журнала свидетельствует, что соблюдение национальных клинических рекомендаций, на примере Великобритании, которые изменяют установившиеся клинические стратегии, зависит от целого ряда факторов. В исследовании Sheldon T.A. et al. по результатам опроса, анкетирования и аудита показано, что для внедрения новых клинических принципов необходимо их осознание клиницистами, руководителями больниц и наличие источников финансирования [2].

Качество внедрения технологий ДМ базируется на специальных знаниях, специфика которых достаточно нова и для развитых стран. В письме Roy P.K. (13.01.05) на сайте BMJ (<http://bmj.com>) при обсуждении текущих публикаций говорится о недостаточности преподавания ДМ в медицинских школах даже развитых стран. По данным Соомарасаму А. и Хан К.С. в 23 различных исследованиях, в том числе с использованием метода случайной выборки, изучена эффективность различных форм последилового обучения ДМ [3]. Показана эффективность последилового подготовки основам ДМ как на специальных курсах, так и при самостоятельном обучении. Однако реальная польза от обучения достигается только тогда, когда обучение объединено с клинической практикой, а самостоятельные курсы обучения не приводят к таким успехам. В заключении авторы отдают приоритет систематизированному обучению на клинических базах.

В исследовании последовательного энтузиаста доказательной медицины Bastian H., которая возглавляет кафедру информирования пациентов и исследований немецкого университета, представлен ретроспективный анализ применения рекомендаций, полученных на основании клинических испытаний [4]. На ряде примеров показано, что иногда результаты клинических испытаний слишком поспешно внедряются в практику, что может сопровождаться даже нанесением вреда пациентам. Такие исследования, как правило, методически несовершенны, поэтому строгое следование принципам клинической эпидемиологии является определенной гарантией качества таких рекомендаций. Автор указанной публикации выражает уверенность, что методология ДМ и критическая оценка результатов клинических испытаний будет развиваться дальше.

Новые клинические технологии активно обсуждаются в Интернете на специальных конференциях. Технический редактор сайта по ДМ (<http://bmj.bmjournals.com>) Twisselmann В. в одном из последних номеров BMJ предлагает анализ дискуссий вокруг проблем ДМ на Интернет-форумах [5]. Автор заключает, что ДМ не является установившейся практикой, имеет множество проблем, которые в большей степени связаны с подготовкой врачей в этом вопросе.

Глава австралийской группы лечения рака груди Lockwood S., обобщая двенадцатилетнее исследование работы с пациентами заключает, что ДМ для пациента является не самым главным

доводом для выбора стратегий лечения [6]. Несмотря на то, что пациенты любят обсуждать различные варианты лечения и выслушивают «доказательства» в отношении их заболевания, человеческие предрассудки и жизненный опыт имеют более высокий вес при выборе решения. Совершенно очевидно, что эти человеческие факторы столь же характерны и для врачей, которые не готовы при изучении ДМ сразу отбросить все то, что они до этого знали. Главный вывод заключается в том, что необходимо шире смотреть на потребности пациентов, которые зачастую отличаются от интересов их врачей.

Сторонники скорейшего внедрения принципов ДМ Grol R. и Grimshaw J. показывают, что реальные изменения - это непростая задача, которая требует комплексного подхода с вовлечением в процесс пациентов, профессионалов, медицинских менеджеров, страховых компаний [7].

Пропаганда новых клинических принципов неизбежно коснулась судебных медицинских разбирательств. В работе Hurwitz В. обсуждается вопрос о том, могут ли положения ДМ в суде помогать определить медицинскую небрежность [8]. Существует опасение, что стандартные рекомендации начнут применяться для каждого больного. При этом искусство врачевания может быть заменено простой наукой, что означает разрушение всяких перспектив для клинициста.

Примечательно, что специалисты-теоретики в области ДМ, пропагандируют более взвешенные подходы при продвижении новых медицинских технологий. Примером европейской толерантности являются высказывания профессора клинической эпидемиологии из Нидерландов Hunink M. et al. [9]. В частности, в его публикации говорится о том, что: «Мы должны иметь в виду, что ДМ отражает специфическое восприятие того, как должны исполняться медицинские решения... Сосредоточение большого внимания на рациональных и количественных аспектах клинических проблем – свойственная для ДМ опасность и может иметь отрицательное влияние на взаимоотношения врач-пациент... Доказательств недостаточно: мы должны общаться с нашими пациентами, слушать их жалобы, выявлять их значение, быть вовлеченным, действительно заботиться о них».

Наиболее интересны исследования реальных моделей медицинской практики в странах, где декларирован приоритет ДМ. В этнографическом исследовании Gabbay J. и May A., которое проводилось в течение двух лет в медицинских уч-

реждениях на севере и юге Великобритании показано, что врачи редко выполняют рекомендации ДМ в чистом виде [10]. Выбор клинических подходов в лечении больных определяется множеством факторов: результатами обсуждения клинических случаев с коллегами при личных контактах, мнениями экспертов и учителей, существующими инструкциями, опытом в аналогичных ситуациях и влиянием представителей фармакологических фирм. Выбор врача с учетом множества факторов обозначается как «срединный путь» и отражает реальную ситуацию. В процессе анализа результатов исследования представлена иерархическая структура от передовых международных клинических рекомендаций, национальных стандартов оказания медицинской помощи, алгоритмов лечения принятых в каждой клинике до, определенного объема медицинской помощи, который получает конкретный пациент, исходя из принципов ДМ.

Процесс стандартизации медицины в развитых странах имеет и обратные волны в своем развитии. Например, в Германии, как стране с наиболее развитой системой медицинских стандартов, немецкий съезд врачей декларировал путь на снижение роли обязательных медицинских протоколов при оказании медицинской помощи [11]. Аргументом для такого решения является недостаток средств на поддержание формулярной системы. Существующие протоколы не успевают за медицинской информацией и ограничивают врачей в учете множества факторов каждой реальной ситуации.

Таким образом, даже в странах с высоким уровнем экономического развития, традициями обучения эпидемиологии неинфекционных заболеваний и разработки национальных протоколов лечения на основе принципов ДМ существуют различия между декларациями и реальной клинической практикой. Эти различия обусловлены как молодостью ДМ и несовершенством определенных исследований, так и потенциальными возможностями новой методологии клинической практики. Реальное состояние современной клинической практики в развитых странах свидетельствует о необходимости дальнейшей работы над созданием модели клинической практики, в которой принципы доказательной медици-

ны будут гармонично сочетаться с традиционными клиническими подходами.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Straus S.E., Jones G.* What has evidence based medicine done for us? // *BMJ.* - 2004. - Vol. 329. - P. 987-988.
2. *Sheldon T.A., et al.* What's the evidence that NICE guidance has been implemented? Results from a national evaluation using time series analysis, audit of patients' notes, and interviews. // *BMJ.* - 2004. - Vol. 329. - P. 999-1004.
3. *Coomarasamy A., Khan K.S.* What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. // *BMJ.* - 2004. - Vol. 329. - P. 1017-1019.
4. *Bastian H.* Learning from evidence based mistakes // *BMJ.* - 2004. - Vol. 329. - P. 1053-1055.
5. *Twisselmann B.* Evidence based medicine: does it make a difference? // *BMJ.* - 2005. - Vol. 330. - P. 94.
6. *Lockwood S.* «Evidence of me» in evidence based medicine? // *BMJ.* - 2004. - Vol. 329. - P. 1033-1035.
7. *Grol R., Grimshaw J.* From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. // *Lancet.* - 2003. - Vol. 362. - P. 1225-1230.
8. *Hurwitz B.* How does evidence based guidance influence determinations of medical negligence? // *BMJ.* - 2004. - Vol. 329. - P. 1024-1028
9. *Hunink M., Erasmus M.C. Rotterdam,* Does evidence based medicine do more good than harm? // *BMJ.* - 2004. - Vol. 329. - P. 1051-1052.
10. *Gabbay J., May A.* Evidence based guidelines or collectively constructed «mindlines»? Ethnographic study of knowledge management in primary care // *BMJ.* - 2004. - Vol. 329. - P. 1013-1017.
11. *Евланова В.* Интеллектуальная собственность врача. Как ее по достоинству оценить? / Медицинская газета. - 2002. - № 57.

#### ТҰЖЫРЫМ

Тандау мүмкіндігі жағдайында, ресурстардың шектеулі кезінде тиімді клиникалық шешімге келу үшін медициналық қызметтің тиімділігін және жақсы сапасын қамтамасыз етуге мүмкіндік беретін қатаң ұстанымдарға жүгіну қажет. Сапалы клиникалық зерттеудің ғылыми негізі клиникалық эпидемиологиямен енгізілген, ал сапалы клиникалық тәжірибенің ұстанымдары – дәлелді медицинаның технологияларында.

#### SUMMARY

In the conditions of variety of a choice, at the limited resources acceptance of the effective clinical decision should lean against strict principles which will allow to provide high quality and efficiency of medical services. Scientific bases of qualitative clinical researches are put clinical epidemiology, and principles qualitative clinical an expert – in technologies of evidence-based medicine.

## СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕНЩИН, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНЫХ РАЙОНАХ КЫЗЫЛОРДИНСКОЙ ОБЛАСТИ

АЛЬНАЗАРОВА А.Ш.

*Кызылординский Медицинский колледж, г.Кызылорда,  
Научный центр гигиены и эпидемиологии им.Х.Жуматова, г.Алматы*

Общеизвестно влияние повышенной минерализации на специфические функции женского организма и гинекологическую заболеваемость. При этом состояние здоровья женщин находится в прямой зависимости от длительности потребления такой воды /1, 2/.

Нами было проанализировано качество питьевой воды в неблагополучных в экологическом отношении районах Кызылординской области за большой срок наблюдения. При анализе большого фактического материала, имеющегося в Департаменте здравоохранения, выявлено, что наиболее неблагополучно дело обстоит с водоснабжением в Казалинском районе (зона экологической катастрофы), более благополучным в этом отношении является Шиелийский район (зона относительно благополучия), жители, которого употребляют воду относительно оптимального состава.

Для изучения состояния репродуктивной функции женщин, проживающих в неблагополучных в экологическом отношении районах Кызылординской области, обследуемые женщины были разделены на две группы:

I группа – женщины, проживающие в Казалинском районе, в количестве 600 человек, употреблявшие воду повышенной минерализации;

II группа (контроль) – женщины Шиелийского района – 600 человек, которые употребляли воду относительно оптимального состава.

По возрасту, исследованные женщины распределены так:

Казалинский район: до 20 лет - 15%, 21-30 лет - 30%, 31-40 лет – 35%, 41-50 лет – 20%.

Шиелийский район: до 20 лет – 13,5%, 21-30 лет – 31,5%, 31-40 лет – 36%, 41-50 лет – 19%.

Более 96% женщин проживали в населенных пунктах вышеотмеченных районов. Нами были разработаны специальные карты-анкеты, куда заносились практически все данные.

Питьевая вода Шиелийского района по качественным характеристикам соответствовала СанПиН 3.01.067.97.

Детородная функция женщин фертильного возраста изучалась по данным родильных домов и женской консультации (проводимых в течение трех лет).

Показатели минерализации и общей жесткости питьевой воды в исследуемых районах представлены в таблице 1.

Из данных, таблицы, видно, что питьевая вода Казалинского района действительно отличается повышенной минерализацией. Можно отметить,

Таблица 1. Показатели минерализации и общей жесткости питьевой воды в районах с различной степенью экологического риска

Годы	Казалинский район экологической катастрофы		Шиелийский район относительного благополучия	
	минерализация М±m (мг/л)	общая жесткость М±m (мг-экв/л)	минерализация М±m (мг/л)	общая жесткость М±m (мг-экв/л)
1995	1500±52	9,8±1,7	980±42	5,1±1,1
1996	1600±59	9,8±1,7	1000±47	5,2±1,1
1997	1700±64	9,9±1,6	950±46	4,9±1,2
1998	1600±62	9,9±1,5	900±50	5,0±1,2
1999	1550±55	8,8±1,7	980±44	4,9±1,1
2000	1500±56	9,5±2	990±43	5,0±1,1
2001	1560±57	8,7±1,6	980±45	6,0±1,4
2002	1450±54	9,9±1,7	980±47	5,0±1,2
2003	1300±49	10,1±2,0	970±44	5,4±1,3
2004	1080±44	10,0±2,0	990±50	5,8±1,2
2005	1100±39	9,9±2,1	1000±51	6,5±1,3
2006	1210±38	10,0±1,9	980±47	5,6±1,2
2007	1460±55	10,8±2,2	900±43	4,8±1,1
Норма	до 1000,0	до ?	до 1000,0	до ?

Таблица 2. Показатели репродуктивной функции женщин, проживающих в районах с различной степенью экологического риска

Группы обследованных	Беременности		Самопроизвольные выкидыши		Патология беременности			Нормальная беременность
	всего	в среднем на одну женщину	всего	в % от числа берем.	токсикоз I полов. берем.	токсикоз II полов. берем.	нефропатия	
I группа	2340	3,9±0,3	114	4,87±0,43	15,0±1,1	17,0±1,4	12,0±1,2	56,0±4,4
II группа	2522	4,2±0,33	26	1,0±0,2	8,0±0,7	10,0±0,8	13,0±1,1	69,0±4,6
«Р»-крит. достоверности		<0,05		<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001

что практически нет различий между уровнем минерализации 1995 г. и 2007 г. в Казалинском районе. Обращает внимание то, что в большинстве случаев все показатели, приведенные в таблице, превышают гигиенические нормы (от 30% до 70%). Аналогичная ситуация выявляется и с показателями общей жесткости, где также имеет место превышение гигиенической нормы от 25,7% до 54,3%. При этом следует заметить, что проблема с питьевой водой в Казалинском районе сохраняется уже продолжительное время.

Сравнительный анализ состояния менструальной функции у женщин показал, что наибольшие ее нарушения имелись у женщин I группы, т.е. Казалинского района, которые длительное время употребляли воду повышенной минерализации. При этом у женщин этой группы отмечались нерегулярные менструации (11±1,3 против 4,4±1,1 в контроле, P<0,001); короткий менструальный цикл (19,5±2,4% против 7,9±1,6% в контроле, P<0,001), а в 22,5% случаях — длительный (более 30 дней) менструальный цикл (P<0,001). Кроме того, в этой группе обращает на себя внимание более частое нарушение функции яичников, что выражается в большинстве случаев обильными и длительными менструальными выделениями (28,6±2,2 против 5,6±1,0 в контрольной группе, P<0,001). Надо отметить, что у лиц первой группы преобладало нарушение по типу гиперменструального синдрома. В целом нарушение менструальной функции в первой группе отмечено в подавляющем большинстве случаев (67,8±4,7 против 6,5±1,2 в контроле (P<0,001)).

Наряду с этим анализ данных репродуктивной функции показал, что у женщин, потреблявших воду с повышенной минерализацией, снижено количество беременностей (P<0,05), повышен удельный вес самопроизвольных выкидышей (P<0,001) (таблица 2). Кроме того, увеличена частота патологии беременных — токсикозов

первой и второй половины беременностей (P<0,001). У женщин первой группы также значительно снижен процент нормального течения беременности по сравнению с контрольной (56% 69% в контроле, P<0,001).

Таким образом, анализ репродуктивной функции показал, что у женщин, потреблявших воду с повышенной минерализацией, снижается количество беременностей и повышается удельный вес самопроизвольных выкидышей. При этом частота патологии беременных, в частности токсикозов первой и второй половины беременностей достоверно увеличивается.

Не вызывает сомнения, что вода повышенной минерализации — фактор высокой интенсивности, а длительное потребление такой воды, оказывает неблагоприятное воздействие на специфические функции женского организма: менструальную, детородную, а также на течение беременности и родов.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Маханов Т.М., Садуакасов А.С., Тулеутаев К.Т. Здоровье населения, проживающего в зоне экологического неблагополучия // Научно-практическая конференция по актуальным вопросам практической медицины. Алматы—Кызылорда, 1996. - С. 12-14.
2. Белоскурская Г.И., Колесова О.А., и др. Биохимический статус организма беременных женщин и кормящих матерей, проживающих в экологически неблагоприятных районах Приаралья // Современные проблемы экологии человека в Республике Казахстан — Алматы, 1995. — с. 163-165.

#### ТҮЖЫРЫМ

Жұмыста жағары минералдау судын ұзақ тұтынуы әйел организмының ерекше функцияларына: етек кір, бала табушы, сонымен қатар жүктілік ағымына және босануына жағымсыз әсер етеіні көрсетілген.

Түйінды сөздер: минералдау, зорайтқышты функциясы, ішерлік су

#### SUMMARY

In work it is shown, that long consumption of water of the raised mineralization renders adverse influences on specific functions of a female organism: menstrual, genital, and also on current of pregnancy and sorts.

Keywords: a mineralization, reproductive function, potable water.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ НАСЕЛЕНИЯ АРАЛЬСКОГО РЕГИОНА

АЛЬНАЗАРОВА А.Ш.

*Кызылординский Медицинский колледж, г.Кызылорда,  
Научный центр гигиены и эпидемиологии им.Х.Жуматова, г.Алматы*

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в последние годы имеет тенденцию к росту. В целом по республике эта патология с 1991 г. по 2001 г. выросла на 3,1% (190,0 на 100 тыс. населения до 195,9 на то же население).

Особую тревогу общественности республики вызывает рост этой патологии в экологически неблагоприятных регионах /1/.

Для выявления особенностей формирования злокачественных новообразований у населения Аральского региона нами была проанализирована заболеваемость раком у населения данного региона за период 2000-2004 гг.

В качестве исследуемых регионов были взяты районы Аральского моря: Аральский, Казалинский, Кармакчинский, Жалагашский, Сырдарьинский и Шиелийский районы – зоны экологического кризиса и катастрофы, а в качестве контрольного района Жанакорганский, который находится свыше 400 км от Аральского моря – район относительного благополучия.

В таблице 1 представлены материалы распространенности рака в Кызылординском регионе. Анализ заболеваемости за последние пять лет в этом регионе показывает неуклонный рост рака в целом по области от  $448 \pm 8,6$  на 100 тыс. населения в 2000 г. до  $589,9 \pm 9,8$  в 2004 г. Причем речь идет в данном случае не о тенденции роста заболеваемости, а о закономерности, существующей между анализируемыми явлениями, что подтверждается высокой степенью достоверности ( $P < 0,001$ ).

Однако, необходимо отметить, что этот показатель не одинаков по районам области. Наибольшая заболеваемость по поводу злокачественных новообразований по сравнению с контролем (Жанакорганский район) отмечается в Кармакшинском районе. Так, в этом регионе в 2000 г показатель заболеваемости онкопатологией превысил уровень контрольного района в 2,7 раза. Причем необходимо подчеркнуть, что в динамике сравниваемого периода времени это соотношение между указанными районами существенно не меняется. Аналогичное четкое различие выяв-

ляется между контрольным районом и регионом, расположенными в зоне экологической катастрофы. Это Аральский и Казалинский районы. В других населенных пунктах Шиелийского, Сырдарьинского и Жалагашского районов также выявляется аналогичное различие в заболеваемости.

Однако, в ряде случаев, например, в Жалагашском районе это не всегда подтверждается статистически, но показатели заболеваемости на 100 тысяч населения даже в Жалагашском ( $257,6 \pm 26,0$ ) – в большинстве случаев выше контрольного района ( $175,5 \pm 21$ ).

В таблице 2 приведены новые случаи рака, зарегистрированные в амбулаторных условиях. Анализ показывает в условиях области более 30% всех зарегистрированных больных проходят через амбулаторные учреждения. Однако, это соотношение не везде одинаково. В районах, расположенных в самом центре зоны экологической катастрофы (Аральский, Казалинский, Кармакшинский), более 40% населения больных злокачественными новообразованиями выявляются только в амбулаторных условиях. Процент ежегодно выявляемых новых случаев рака во всех районах области очень высок и практически нет тенденции его снижения.

Следует также отметить, что у населения, проживающего в зоне экологического неблагоприятия, примерно в 1,5-2,2 раза чаще выявляются новые случаи рака. При этом показатели заболеваемости на 100 тысяч населения остаются высокими с тенденцией дальнейшего роста.

Таким образом, анализ показал, что заболеваемость злокачественными новообразованиями в целом по области за рассматриваемый период имеет отчетливую динамику роста. Наиболее высокий уровень онкопатологии отмечается у населения, проживающего в центре зоны экологической катастрофы. Это населенные пункты Аральского, Казалинского и Кармакшинского районов. Здесь ежегодно выявляется значительный процент рака всех локализаций.

Таблица 1. Распространенность рака в Кызылординском регионе (показатель на 100 тысяч населения)

№ п / п	Районы	Годы														
		2000 (1)			2001 (2)			2002 (3)			2003 (4)			2004 (5)		
		случаи	показ. на 100 тыс.	"P"	случаи	показ. на 100 тыс.	"P"	случаи	Показ. на 100 тыс.	"P"	случаи	показ. на 100 тыс.	"P"	случаи	показ. на 100 тыс.	"P"
1	Жанакорганский р-н (контроль)	119	175,5±21		133	194,7±22		167	243,1±25		175	253,6±25		198	285,3±26,5	
2	Аральский р-н	271	396,2±24	<0,001	294	428,6±25,0	<0,001	276	402,3±24,1	<0,001	300	435,4±25,0	<0,001	311	449,4±25,4	<0,001
3	Казалинский р-н	195	283,0±20,3	<0,001	198	285,7±24,9	<0,05	226	323,8±26,5	<0,05	257	366,1±28,0	<0,01	322	456,7±31,1	<0,001
4	Кармакшинский р-н	219	481,3±32,5	<0,001	235	513,1±33,3	<0,001	272	591,3±35,7	<0,001	243	527,1±33,6	<0,001	280	602,2±35,7	<0,001
5	Жалагашский р-н	102	257,6±26,0	<0,05	90	225,6±23,6	-	98	244,4±24,6	-	111	276,1±26,1	-	107	265,5±25,6	-
6	Сырдарьинский р-н	125	319,7±28,5	<0,001	128	326,5±28,8	<0,001	147	376±31,0	<0,001	170	435,9±33,3	<0,001	191	488,5±35,2	<0,001
7	Шимкентский р-н	283	384,0±22,7	<0,001	315	423,4±23,6	<0,001	340	454,5±24,4	<0,001	381	508,0±25,9	<0,001	175	539,9±26,7	<0,001
	Кызылординская область	2703	448,0±8,6	"P"	2915	480,5±8,9	<0,05	3149	521±9,3	<0,001	3431	564,6±9,7	<0,001	3592	586,9±9,8	<0,001

Таблица 2. Новые случаи всех видов рака, зарегистрированные в амбулаторных условиях

№ п / п	Административные территории	Годы														
		2000			2001			2002			2003			2004		
		всего	N	показ. на 100 тыс.	всего	N	показ. на 100 тыс.	всего	N	показ. на 100 тыс.	всего	N	показ. на 100 тыс.	всего	N	показ. на 100 тыс.
1	Область	2703	896	148,5±	2915	862	142,4±	3149	967	160,6±	3431	1027	169,6±	3592	1026	168,3±
2	г. Кызылорда	1389	350	174,7±	1522	338	169,3±	1625	362	185,5±	1794	368	186,5±	1777	384	192,4±
3	Аральский р-н	271	133	194,4±	294	134	195,3±	276	136	198,3±	300	143	207,5±	311	118	170,5±
4	Казалинский р-н	195	98	142,2±	198	87	125,5±	226	107	153,3±	257	126	179,5±	322	115	163,1±
5	Кармакшинский р-н	219	89	195,6±	235	72	157,2±	272	81	176,1±	243	99	214,8±	280	107	230,1±
6	Жалагашский р-н	102	41	103,5±	90	46	115,3±	98	46	114,7±	111	61	151,7±	107	57	141,4±
7	Сырдарьинский р-н	125	47	120,2±	128	37	94,4±	147	66	168,8±	170	58	148,7±	191	64	163,7±
8	Шимкентский р-н	283	77	104,5±	315	89	119,6±	340	77	102,9±	381	109	145,3±	406	105	139,6±
9	Жанакорганский р-н	119	61	90,0±	133	59	86,4±	167	92	133,9±	175	63	91,3±	198	76	109,5±

Примечание: N – новые случаи выявления в амбулатории

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Ревич Б.А. Загрязнение окружающей среды и здоровье населения. Введение в экологическую эпидемиологию. — М. 2000. — 315 с.

**ТҮЖЫРЫМ**

Бұл мақалада Арал өңіріндегі халықтың арасындағы қатерлі ісіктің өсуі көрсетілген. Қатерлі ісік патологиялары құрамындағы алғашқы орынды аскорыту жүйесі иемденген. Олардың арасында кең тарағаны өнеш, асқазан, бауыр қатерлі ісіктері.

**Кілтті сөздер:** аурушылдық, жаңа пайда болған ісіктер, тұрғындар.

**SUMMARY**

It is shown in work the article, that clear growth of onkozabolevaemosti takes place in the area of the Aral sea. There are diseases of organs of digestion in the structure of onkopatologii of anchorwoman. Among them exposed the predominating nosology forms of illnesses cancer of gullet, stomach and liver.

**Keywords:** morbidity, new formations, population.

---

**ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И КОРРЕКЦИЯ ОТКЛОНЕНИЙ У СПОРТСМЕНОВ**

*ДУЙСЕНОВ Т.Д.,  
ТОО «ТЕАД», г. Алматы*

В настоящее время, в Казахстане актуален вопрос о внедрении инновационных технологий и техники в тренировочные процессы подготовки спортсменов. Инновационное совершенствование системы подготовки профессиональных спортсменов позволяет повышать их уровень, как в отношении спортивных результатов на международной арене, так и в содержании игры в игровых видах спорта.

С точки зрения инновационной реализации педагогических технологий такая работа должна быть направлена на изучение и практическое внедрение системы средств и методов спортивной подготовки, основанных на новейших данных о физиологических, психофизиологических, психологических закономерностях вида человеческой деятельности в специфических условиях.

Психофизическая готовность спортсмена является основным фактором достижений в современном спорте. Не случайно в последнее десятилетие психологи спорта и специалисты смежных наук (психофизиологи и биофизики) особое внимание уделяют разработке специальных технологий подготовки высококвалифицированных спортсменов на основе достижений фундаментальных наук: генетики, психогенетики, квантовой биофизики и медицины. Важно подчеркнуть, что речь в данном случае идет именно о создании новых технологий функциональной диагностики, а не просто о совершенствовании суще-

ствующей системы научно-методического обеспечения тренировочного процесса.

Для практического внедрения инновационных технологий в подготовительный процесс спортсменов, изучения физического, психофизического и психологического состояния спортсменов, а так же получения практических навыков по управлению психофизическим состоянием спортсменов и практической помощи тренеру в принятии решения о готовности спортсмена к участию в соревнованиях.

Актуальной проблемой психофизических исследований и корректировки психики с использованием цифровых методов применительно к спортивной деятельности является проблема понимания учеными взаимоотношений между психикой и телом спортсмена как индивида. Закономерности этой связи обеспечивают организацию действий спортсмена в процессе решения задач спортивной деятельности и управления тренировочным процессом.

Спортивная деятельность отличается сильными и яркими эмоциональными переживаниями. Вне эмоций спорт немислим. Насыщенность спортивных действий сильными чувствами, их эмоциональная увлекательность — это одно из важнейших условий положительного влияния спорта на личность человека. Но эмоциональные переживания в спорте, как и все другие эмоции, могут быть стеническими и астеническими и

оказывать, как положительное, так и отрицательное влияние на органические процессы и поведение спортсмена.

Среди большого разнообразия эмоций, проявляющихся в процессе спортивной деятельности можно отметить следующее:

1. Эмоциональные переживания, связанные со значительными изменениями, наступающими в жизнедеятельности организма в процессе спортивных занятий. Повышенная мышечная активность, составляющая характерную и необходимую особенность спортивных занятий, если они протекают нормально, всегда сопровождается образным состоянием эйфории (повышенной оживлённости действий, речи и т. п.), стеническими чувствами бодрости и жизнерадостности. В случаях перетренировки та же мышечная активность вызывает астенические эмоции: упадок сил, неудовольствие и др.

2. Эмоциональные переживания, связанные с высоким уровнем совершенства в выполнении технически сложных, трудных и опасных физических упражнений. Эти эмоции отражают состояние повышенной общей работоспособности организма, переживание успеха в выполнении данного действия и вызванное этим сознание личного превосходства: приятно ощущать себя сильным, ловким, смелым, отважным, выносливым, уверенными в своих силах, способным выполнить не всякому доступное трудное упражнение.

И наоборот, в случае травматических повреждений или даже просто неудачной попытки при выполнении трудного упражнения, которыми иногда заканчиваются спортивные занятия, могут вызвать астенические эмоциональные переживания: неуверенность, боязнь, заторможенность и пр.

3. Эмоциональные переживания, связанные с ходом спортивной борьбы. Эти эмоции всегда имеют очень напряжённый характер, в них отражаются большие усилия, направленные на достижение победы или наилучшего результата. По своей интенсивности они намного превышают те эмоциональные состояния, которые доступны человеку в его обычной повседневной деятельности. Нередко они получают своеобразное отражение в мимике эмоционального напряжения. В процессе спортивной борьбы при удачном выполнении ответственного приёма эмоциональное переживание успеха может достигнуть степени бурного аффекта радости. При неудачах нередко наступает чувство растерянности, упадка сил, неуверенности в себе.

4. Нравственные чувства, связанные с глубоким сознанием общественного значения своей спортивной деятельности (ответственность перед коллективом за свои успехи и неудачи в спортивном состоянии чувства гордости и т. п.). Они являются могучим стимулом мобилизации всех сил спортсмена на преодоление трудностей.

Таким образом, для спортивной деятельности характерны:

а) яркие и сильные эмоциональные переживания, глубоко захватывающие личность спортсмена и оказывающие огромное влияние на его деятельность; одновременно это требует от спортсмена умения владеть своими эмоциями и противодействовать тем из них, которые носят астенический характер;

б) разнообразие эмоциональных переживаний, охватывающих самые различные по качеству эмоции — от простых физических чувств, связанных с мышечной деятельностью, до глубоких нравственных чувств, в основе которых лежит общность интересов, сплачивающих спортивных коллектив в единое целое;

в) динамичность эмоциональных состояний во время спортивных соревнований, быстрые переходы от одних чувств к другим, иногда противоположным по своему характеру. Этому способствует и динамичность самих спортивных соревнований, проходящих с большой интенсивностью и нередко сопровождающихся быстрыми и резкими переходами от поражения к победе и др.

Занимаясь изучением основных вопросов спортивной деятельности, мы должны представить, каковы её перспективы в ближайшем будущем. Разговоры о том, есть ли предел спортивным рекордам или его нет, постепенно затухают. Ясно, что где-то есть этот предел, также как и есть предел физическим возможностям человека. Но вот о пределе психических возможностей человека никто даже не пытается diskutieren. В этой сфере потенциал человечества поистине неограничен. Следовательно, с полным основанием можно говорить, что именно *психофизическая подготовка* со временем станет ведущим звеном подготовки спортсменов высокого класса и победителем будущих соревнований сможет стать лишь тот, кто лучше других подготовит свою психику к борьбе с сильнейшими соперниками.

Ввиду этого как никогда становится актуальной проблема диагностики психофизического состояния организма спортсмена без отрыва от

тренировочного процесса и корректировка психофизических параметров в случае выявлений каких-либо отклонений.

Используемые в настоящее время аппаратные методы экспресс-анализа психофизиологических состояний (исследование психомоторики, сердечной деятельности и др.) не удовлетворяют потребностям тренировочного и соревновательного процесса, так как не позволяют проводить обследование больших контингентов спортсменов и оценивать результаты в реальном масштабе времени. Это заставляет ученых, работающих в области спортивной науки, искать новые технические решения аппаратурной диагностики психофизиологических состояний спортсменов, уровня готовности к соревновательной деятельности. Одним из современных способов анализа психофизиологического состояния человека является метод газоразрядной визуализации (ГРВ). Основанный на современных цифровых технологиях, компьютерной обработке больших массивов информации и формировании заключений на основе методов машинного интеллекта, метод ГРВ активно внедряется в медицину в качестве способа экспресс-оценки и мониторинга состояния человека.

Результаты исследований с использованием метода ГРВ биоэлектрографии позволяют фиксировать и наблюдать трансформацию биоэнергетического поля спортсмена под влиянием его мотивов, мыслей, эмоций и упражнений в аутогенной или идеомоторной тренировке, в умственном моделировании соревновательных упражнений. Внедрение метода психофизического обследования спортсмена с помощью метода ГРВ позволяет оперативно отслеживать состояние организма спортсмена и проводить необходимые корректировки состояния психики на ранних стадиях. Получаемые в биоэлектрографических исследованиях ГРВ—граммы позволяют с опреде-

ленной степенью достоверности давать прогноз подготовленности спортсмена, оперативной психологической корректировки, а так же подготовки рекомендательных материалов для управления тренировочным процессом.

Практическое применение внедрения метода психофизического обследования на оборудовании ГРВ, а так же коррекция этих параметров позволяет успешно управлять тренировочным процессом и подготовить сознание спортсмена к пику соревновательной формы без дополнительных физических нагрузок.

Следует отметить, что на настоящий момент данная методика на территории Республики Казахстан уже практически опробована и применена при моем участии и общем руководстве. Результатом данной работы является участие, впервые в истории Республики Казахстан, сборной мужской команды по волейболу в Мировом первенстве 2001 и 2004 годов, а также женской сборной на Пекинской Олимпиаде 2008 года.

С 2003 года Национальный Олимпийский Комитет Российской Федерации внедряет метод психофизического управления и ГРВ-диагностики в подготовке сборных команд Олимпийского резерва и результаты внедрения данных методик позволяют занимать лидирующие места в международном олимпийском содружестве.

Сейчас, наша команда работает по данным методикам и практически применяет их в подготовке кандидатов в сборную и работает с самой сборной командой Республики Казахстана, с целью успешного выступления команд по волейболу. На настоящий момент женская сборная по волейболу завоевала путевку на выступление в 2010 году в Мировой лиге, проводимой всемирной федерацией волейбола, и мы надеемся на участие как мужской, так и женской дружин волейболистов Казахстана в Олимпийских играх 2012 года в Лондоне.

## ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РОЛИ ЖЕНЩИН- ВОЕННОСЛУЖАЩИХ В КАЗАХСТАНЕ

БАЙДИЛЬДАЕВА Г.Т.

Главный военный клинический госпиталь МО РК, г. Астана

В настоящее время в Вооруженных Силах Республики Казахстан повышается роль женщин-военнослужащих, вследствие того, что по уровню образования и профессиональной подготовки они практически не уступают мужчинам, а нередко и опережают их.

Причинами этой феминизации вооруженных сил стали:

достижения научно-технического прогресса, способствовавшие увеличению доли умственного компонента военного труда;

демографическая проблема, связанная с уменьшением количества мужского населения призывного возраста;

возможность применения в интересах военной службы психологических, психофизиологических, социально-психологических особенностей;

отличие женского организма от мужского, а также то, что нередко женщины обладают знаниями по радиоэлектронике, радиотехнике, прикладной математике и лингвистике. Мировой опыт свидетельствует, что без ущерба для боевой готовности вооруженных сил численность женщин в них может составлять 10-12%.

На примере становления вооруженных сил Российской Федерации, можно, также, проследить путь появления женщин в армии. В начале их привлекали для госпитальных, хозяйственных и санитарных работ. Затем их стали зачислять на действительную военную службу, так как они отличались храбростью, прекрасно ездили верхом на лошадях, метко стреляли.

В истории Казахстана имеются яркие примеры женщин-воительниц.

Томирис — Скифская царица, воительница, согласно легенде одержавшая победу над великим полководцем своего времени царем Киросом. Принадлежит к потомкам знаменитого вождя скифов Ишпакая. После смерти мужа стала правительницей Массагетов — Сакского племени, обитавшего на территории современного Южного Казахстана. Б о п а й - жена хана Абулхаира, правителя младшего жуза, верховного главнокомандующего казахов в период, когда были выиграны два решающих сражения с джунгарами — при Анрахае и Буланты. Бопай-ханум была не только прекрасной матерью добродетельной супругой и верной соратницей мужа. Благодаря природному интеллекту и властному характеру, она играла заметную роль в его политических решениях,

особенно внешних, к ее мнению прислушивались старейшины. Айганым — супруга Валихана, сына Аблая и последнего правителя среднего жуза. Бабушка Чокана Валиханова, сыгравшая весомую роль в его становлении. Под влиянием Айганым, тонкого знатока литературы Чокан еще в детстве увлекся фольклором казахов. Айганым, личность волевая, интеллектуально богатая и образованная, была не просто хранительницей домашнего очага Валихана, но и ярким носителем традиционных культурных и духовных ценностей, влияла на общественно-политическую жизнь казахов среднего жуза. Назифа Кулханова была неординарной личностью, оставившая яркий след в истории общественной жизни Казахстана в начале XX века. Активистка женского движения, одаренный педагог, член Русского географического общества, одна из первых казашек, посвятивших себя журналистике. Занималась переводами русских писателей (В.Г Короленко, В.А Лавренев), была автором книг по педагогике «Дошкольное воспитание» и «Мать и дитя».

Алма Уразбаева — Известный государственный и общественный деятель первой половины XX века. Была яркой последовательницей женского движения за равноправие. Воодушевленная идеями революции, участвовала в организации аулсоветов и формировании первого казахского кавалерийского полка, избиралась секретарем казахской секции Оренбургского губка, членом бюро и заведующей женским отделом Киргизского обкома РКБ(б). Она одна из авторов Декрета об отмене калыма и многоженства у казахов.

Во времена крестьянских восстаний (Пугачев и Степан Разин) и войн (война с Францией, Отечественная война 1812 г., Крымская, Сербско-Турецкая, русско-японская, Первая мировая войны), нередко женщины возглавляли партизанские отряды, активно участвовали в боевых действиях, получая при этом высокие награды и служили сестрами милосердия и врачами в госпиталях и военных лазаретах.

Перечень военных специальностей, где использовался женский труд, значительно расширился, даже начали появляться приоритетные направления (медицинская служба, авиация, пехота). В годы Великой Отечественной войны в армию было призвано свыше 800 тыс. женщин,

при этом они отличались высокой исполнительностью, дисциплинированностью и аккуратностью. Храбро защищали нашу Родину Алия Молдагулова, Маншук Маметова. В первую очередь женщины служили в частях тылового обеспечения (медсестры, врачи, войска противовоздушной обороны), общевойсковой армии, авиации, снайперских полках, бронетанковых войсках и др.

Неоценим вклад в Победу военных медиков, среди которых фронтовые женщины-врачи составляли 41% от численности всего врачебного состава фронтов, военные хирурги - 43%, фельдшера - 78%, медицинские сестры - 100%. Кроме того, высокий процент женщин был среди санитаров и санитаров. За время войны более 150 тыс. женщин были награждены орденами и медалями, в том числе 86 - стали Героинями Советского Союза, 4 - полными кавалерами ордена Славы. Этот факт подтверждает огромное значение женщин в военном деле.

Однако следует отметить, что проблемы, связанные с прохождением военной службы женщинами, несмотря на проводимые в разных странах обширные исследования, остаются в стадии разработки и изучения. Значительное представительство женщин в армии и на флоте диктует необходимость углубленного изучения и анализа их материально-технического, медицинского, психологического обеспечения с целью создания оптимальных условий для прохождения ими военной службы.

Система профессионального психологического отбора в отношении женщин, поступающих на военную службу, требует дальнейшего совершенствования; разработки критериев профессиональной пригодности для различных видов и родов войск, для существующих и вновь открываемых специальностей; определения перспективы применения женского труда в различных сферах военно-профессиональной деятельности. При этом необходимо использовать опыт медицинского, психофизиологического обеспечения женщин в отечественных и зарубежных силовых ведомствах.

Изменение социальных условий жизни, демографической ситуации в течение последних лет, феминизация общественной жизни способствовали значительному расширению профессиональной деятельности женщин. Им теперь доступны профессии, ранее считавшиеся прерогативой мужчин, особенно в сфере управления, связанной с работой в качестве линейных руководителей (директора, начальники различных структур), и требовавшие определенных психологических качеств личности, свойственных мужчинам (решительность, уверенность, выносливость).

По уровню образования, профессиональной подготовки женщины не уступают мужчинам, а в

ряде случаев опережают их. Основой для «женской стратегии» стали: достижения научно-технического прогресса, во многом заменившего физический компонент воинского труда на умственный; проблемные ситуации с демографией, касающиеся уменьшения количества мужского населения; призывного возраста; возможность применения психологических, психофизиологических; социально-психологических особенностей и, отличий женского организма от мужского. Таковыми являются лучшая переносимость монотонии, большая эффективность сенсорных систем, высокая адаптация и производительность при коллективных формах труда; приверженность к дисциплине, социальным нормам поведения.

Женщины превосходят мужчин в точности и координации движений, выносливости в ритмичной работе; им свойственны быстрота и ловкость движений пальцев, кистей рук. Женщины владеют необходимыми в армии дефицитными специальностями в таких областях, как военная медицина, радиоэлектроника, радиотехника, прикладная математика, лингвистика, информатика, телекоммуникационные системы.

Установлено, что присутствие женщин в воинской среде улучшает её нравственную атмосферу. Создание юридической, правовой основы позволяет женщинам сочетать воинский труд с материнством. Обобщение опыта применения труда женщин требует изучения, анализа положительных сторон их участия в военной сфере и диктует проведение комплекса мер по различным видам обеспечения женщин-военнослужащих.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Гартун-Лопалева Т.А.* Женщины в вооруженных силах зарубежных стран / Т.А. Гартун-Лопалева, А.П. Нечаев, Л.А. Цыганкова // Информ. Бюл. По вопросам воен.-мед. службы иностр. Армий и флотов – Л.: ВМедА, 1987 - № 76 - С. 122-148.
2. *Гриб А.Н.* Женщины на военной службе / А. Гриб // Тыл Вооруженных Сил – 1993 - № 3 – С. 3-7.
3. *Шелепов А.М.* Женщины в армии России: от «амазонской роты» до наших дней / А.М. Шелепов, В.В. Пешков // Армейский сборник – 2004 - № 3 – С. 75-78.

#### ТҰЖЫРЫМ

Қазақстан Республикасының Қарулы күштерінде әйел қызметшілердің ролі артып келеді. Олар білім және кәсіби жағынан да еркектерден қалыспайды. Тіпті кей жағдайларда олардан озық тұрады.

#### SUMMARY

In the Armed Forces of the Republic of Kazakhstan the role of servicewomen is raising, thereof virtually women are not worse than men by standard of education and vocational training, and even often take the lead over them.

*Медико-санитарлық алғашқы көмек және инфекциялық емес аурулардың алдын алу. Ана мен балалық шақты қорғау — ПСМП и профилактика неинфекционных заболеваний. Охрана материнства и детства*

---

---

## ПРОФИЛАКТИКА ТРАВМАТИЗМА В КАЗАХСТАНЕ

*ШУМИЛИНА Л.Н.,*

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы*

В Казахстане ежегодно от травм умирает более 18,5 тысяч человек. Детское и юношеское население наиболее подвержено риску получения травм и на каждые 100 тыс. детского населения приходится около 3,5 тыс. травм. Так за последние 10 лет в республике произошло свыше 127 тыс. дорожно-транспортных происшествий, в которых погибло более 25 тыс. и получили ранения более 151 тыс. человек. При этом суммарные экономические потери превысили 960 млрд. тенге. Ситуация усугубляется большим количеством гибели и травмирования детей.

В городах мегаполисах дети получают травмы в 3 раза чаще. Это связано с тем, что ведущей причиной смерти в результате непреднамеренных травм среди детей и подростков является дорожно-транспортный травматизм. От всего количества зарегистрированных ДТП, произошедших с участием детей, 80% приходится на детей-пешеходов.

В современном мире и в Казахстане растет осознание серьезности этой проблемы общественного здравоохранения и понимание, что многие случаи дорожно-транспортного травматизма можно предотвратить, если воздействовать на ключевые факторы риска:

- несоблюдение и незнание правил дорожной безопасности всеми участниками дорожного движения,
- вождение в состоянии алкогольного опьянения,
- нарушение скоростного режима,
- неиспользование шлемов и ремней безопасности,
- не соответствующая безопасности конструкция дорог и дорожная инфраструктура,
- быстрый рост количества автотранспорта.

Согласно данным Департамента дорожной полиции УВД г. Алматы, усиление контроля над соблюдением водителями и пешеходами требований «Правил дорожного движения», применение санкций административного штрафа и ареста, только за неделю могут пресечь свыше 50 тысяч

нарушений ПДД и вождение автомобиля в нетрезвом виде, а в результате — предупредить тяжелые дорожные травмы и трагические последствия ДТП.

Сегодня в Казахстане профилактика травматизма складывается из следующей системы мероприятий, организуемых и координируемых Национальным Центром формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения и проводимых при поддержке дорожной полиции Министерства внутренних дел, Министерства образования и науки Республики Казахстан:

· Проведение ежегодных широкомасштабных акций на национальном и региональном уровнях с целью привлечения внимания общественности и повышения информированности всех групп населения:

- Республиканские месячники по профилактике дорожно-транспортного и бытового травматизма среди детей школьного возраста и молодежи, проводимых с 1 по 30 апреля под различными девизами: «Лето без детских травм — забота каждого!», «Дорожная безопасность зависит от нас», «Безопасность детей на дорогах зависит от всех!», «Научим детей сегодня — предупредим травмы завтра!», «Передадим эстафету безопасности детям!» и т. д.

- Республиканские декадни «Внимание, светофор!», проводимые в начале учебного года с 1 по 10 сентября

- Республиканские акции по профилактике травматизма и обморожений в зимний период, профилактике солнечных ожогов и тепловых ударов в жаркое время года.

· Проведение круглых столов и пресс-конференций в рамках широкомасштабных акций с привлечением заинтересованных ведомств и принятием решений.

· Проведение обучающих семинаров-тренингов для педагогов, медицинских работников школ и сотрудников дорожной полиции по обмену опытом и новым подходам в обучении безопас-

ному поведению на дорогах и оказанию первой медицинской помощи.

- Проведение фотовыставки «Мы за безопасность на дорогах!»

- Реализация школьных образовательных программ по изучению ПДД по новым учебникам на казахском и русском языках, в оборудованных, в соответствии с требованиями, кабинетах.

- Развитие движения Юных инспекторов дорожного движения (ЮИДД) с ежегодным проведением городских и республиканских слетов.

- Проведение Дней посвящения в юные пешеходы первоклассников в начале или в конце учебного года.

- Разработка, тиражирование и распространение информационно-образовательного печатного, аудио-видеоматериала, учебных фильмов и мультфильмов, компьютерных игр.

- Публикации статей в научных журналах и периодической печати по актуальным вопросам профилактики травматизма среди разных групп населения.

- Выступления на радио и телевидении.

- Постоянное расширение межсекторального и международного сотрудничества: ООН, ВОЗ, МОН РК, УДП ДВД РК, Акиматов, СМИ, НПО и страховые компании.

- Проведение заседаний рабочих групп в составе представителей дорожной полиции и системы образования по координации и согласованию совместных действий.

- Содействие реализации законодательных мер и образовательных программ, проводимых Управлениями дорожной полиции и образования.

В помощь педагогам и с целью повышения информированности всех групп населения специалистами НЦПФЗЖ постоянно разрабатывается и тиражируется информационно-образовательный материал для распространения на роди-

тельских собраниях, линейках, в летних и школьных лагерях отдыха регионов республики:

- Плакаты для детей и педагогов младших классов: «Дорожная азбука» по профилактике дорожно-транспортного травматизма, «Азбука безопасности» по профилактике бытового травматизма и несчастных случаев.

- Буклеты для детей младшего школьного возраста: «Советы дядюшки светофора», «Урок безопасности»-1, «Урок безопасности»-2.

- Листовки-памятки для школьников: «Маршрут безопасности на дорогах», «Летом счастливым будет тот, кто здоровье бережет».

- Листовки-памятки для родителей и педагогов-воспитателей: «Осторожно, улица!», «Лето без детских травм — забота каждого!»

- Брошюра для родителей и педагогов «Пока едет скорая помощь...» по оказанию первой доврачебной помощи.

- Серия постеров для молодежи совместно с ВОЗ «Слишком поздно...»

- Стикер «Дорожная безопасность зависит от нас».

- Разработан учебный фильм «Юный пешеход» для школьников и мультфильм «Дорожная азбука», для младших школьников и детей дошкольного возраста.

#### **В ближайшей перспективе запланировано:**

- Организовать регулярное обучения сотрудников дорожной полиции и педагогов оказанию первой доврачебной помощи при травмах и несчастных случаях с применением новых обучающих технологий.

- Способствовать строительству детских «Автоплощадок» и «Автогородков» для теоретического и практического обучения школьников правилам безопасного поведения на дорогах в городах Алматы, Астана, Караганда и других мегаполисах страны.

## САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ И ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН-ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

БАЙДИЛЬДАЕВА Г.Т.

Главный военный клинический госпиталь МО РК, г. Астана

Результаты психологического изучения женщин-военнослужащих показали, что 30% обследованных имели показатели нервно-эмоциональной устойчивости и поведенческой регуляции ниже общепринятых норм. Так, из разнообразных жалоб можно выделить наиболее частые: ощущение чувства «давления со стороны стен и аппаратуры» (5,9%), чувства частичной оторванности от внешнего мира (4,0%), периодического нарушения ориентации во времени (3,0%). При этом часть жалоб и субъективных ощущений связаны с усталостью (27,7%) и переутомлением (20,2%).

Ряд сотрудниц обследованных объектов предъявляли жалобы на чрезмерную потливость (11,8%), увлажнение кожных покровов (8,9%), духоту и ощущение «нехватки воздуха» (4,7%). Некоторые, наоборот, жаловались на озноб (10,9%) и, как следствие этого, на снижение работоспособности (особенно в осенне-зимний период).

Было предъявлено много жалоб на общую усталость (45,5%), головную боль (42,6%), головокружение (27,7%), шум в голове (23,8%). Кроме того, женщины-военнослужащие предъявляли жалобы на большую тесноту (15,8%) и неудобство размещения рабочих мест (11,8%). Представляется важным, что частота и характер некоторых жалоб и субъективных ощущений зависели от длительности работы на данных объектах.

Все вышеизложенное представляет собой обобщенный комплекс субъективных ощущений и жалоб женщин-военнослужащих с многолетним стажем работы. В каждом конкретном случае жалобы и неприятные субъективные ощущения боли ограничены более узкими рамками.

Результаты исследования социально-бытовых условий и особенностей функционального состояния организма женщин-сотрудниц обследованных объектов оценивались по данным анкетного опроса. Были проанализированы результаты субъективного восприятия факторов обитаемости, тяжести и напряженности режима труда и отдыха.

Проведенный анализ результатов показал, что значительная часть обследованного женского персонала имела большой стаж работы в данных условиях и была хорошо адаптирована профессионально (62%).

Все опрошенные отличались высокой мотивацией к труду, с желанием приступали к работе, дорожили работой, выражали желание работать в данных условиях еще долгие годы.

Санитарно-гигиенические условия труда, в среднем, устраивали женщин, однако их оценка имела различия и была высоко оценена женщинами-оперативными дежурными (100% положительных ответов).

Таким образом, в результате проведенных исследований было установлено, что в процессе профессиональной деятельности на женщин-военнослужащих воздействует комплекс различных факторов производственной среды.

В ходе исследований у 46,6% обследованных были выявлены выраженные признаки астенизации, что в ряде случаев (26% опрошенных женщин) негативным образом отражалось на качестве выполнения служебных обязанностей.

Проведенные исследования свидетельствуют, что особенности профессиональной деятельности женщин-военнослужащих предъявляют к социально-психологическим, психологическим и психофизиологическим качествам повышенные требования. Это предполагает наличие у женского персонала объектов высокого уровня нервно-психической устойчивости, достаточно развитых коммуникативных и морально-нормативных качеств, исходя из основных задач и предназначений военной службы.

Отсутствие необходимых психологических качеств у женщин-военнослужащих, длительное время находящегося в замкнутом коллективе и вынужденного выполнять свои функциональные обязанности в условиях выраженных профессиональных вредностей, может в ряде случаев привести к дезадаптивным расстройствам личности и отрицательным образом сказаться на качестве профессиональной деятельности, особенно при возникновении нештатных (аварийных) ситуаций.

### ТҰЖЫРЫМ

Макалада әскери қызметші әйелдердің денсаулығына санитарлық-гигиеналық факторлардың әсер етуі берілген. Зерттеу қорытындыларының нәтижесінде-әскери қызметші әйелдердің өндіріс ортасындағы түрлі факторлардың кешенді түрде әсер етуі белгіленді.

### SUMMARY

Estimation of sanitary and hygienic factors effect on servicewomen health is given in the Article. As a result of researches it has been identified that in the process of professional activity there is an effect of complex of different occupational environment factors on servicewomen.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ АНТАГОНИСТОВ ИОНОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ ГРУППЫ ВЕРАПАМИЛА И СЕРНОКИСЛОЙ МАГНЕЗИИ В ПРАКТИКЕ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХООБСТРУКТИВНЫХ СИНДРОМОВ У БОЛЬНЫХ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

КОШАНАЕВА С.Т.

Республиканское Государственное Предприятие «Центральная Клиническая Больница  
Управления Делами Президента Республики Казахстан», г Алматы.

Антагонисты ионов кальциевых каналов (АИКК), или блокаторы медленных кальциевых каналов, представлены большой неоднородной группой по химической структуре и фармакологическим свойствам препаратов, общим для которых является блокада входа ионов кальция в клетки через потенциал — зависимые кальциевые каналы клеточных мембран. Применяемые в настоящее время АККИ относятся к блокаторам каналов L - типа, которые преобладают в каналах проводящей системы сердца, кардиомиоцитах, гладкой мускулатуры сосудов скелетных мышц /1/.

Терапевтический эффект АККИ объясняется их способностью ингибировать поступление ионов кальция в клетки через кальциевые каналы в период деполяризации мембран кардиомиоцитов и клеток гладкой мускулатуры, что, в свою очередь, ведёт к снижению вазоконстрикции, общего периферического сопротивления (ОПСС) /2/.

В практике СМП нами широко используется представитель 1- го поколения АККИ, производное фенилалкиламинов — верапамил (изоптин). Верапамил в большей степени, чем представитель другой подгруппы АИКК бензтизепинов - дильтиазем, оказывает выраженное действие на сердце, чем на сосуды, что проявляется в снижении силы сердечных сокращений и уменьшении ЧСС (более выраженная синусовая брадикардия развивается при приеме дильтиазема); замедление проведения в атрио- вентрикулярном узле более выражено у верапамила /3/.

Существенные «отрицательные» свойства АИКК 1 — го поколения, в частности, верапамил, обладающего антигипертензивным, антиангинальным, антиаритмическим, урежающим ЧСС, спазмолитическим свойствами, а также короткая продолжительность, быстрое начало действия, угнетающее действие на синусовый узел и проведение возбуждения через атрио — вентрикулярный узел - являются в то же время достоинствами в практике догоспитальной терапии удушья

у пожилых больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) с сопутствующей сердечно — сосудистой патологией со склонностью к тахикардиям и атеросклеротической гипертензии (АГ).

Целью моего исследования был анализ применения в практике купирования удушья на догоспитальном этапе верапамила и сернокислорой магнeзии у больных с ХОБЛ в отмеченной категории больных. Нами проанализированы карты вызовов у 46 больных ХОБЛ. Как правило, это были пожилые и старые больные: у всех пациентов имелось сочетание ХОБЛ с ИБС, ХСН 2 — А — Б ФК, а в 25 случаях — с АГ.

Преобладали больные в группах 70 — 79 л. и 80 и более. У всех без исключения пациентов имелось сочетание ХОБЛ с ИБС: из них у 11 — нарушением ритма по типу стойкого мерцания предсердий, у 4 — с ИБС с нарушением возбудимости по типу частой суправентрикулярной экстрасистолии; 16 пациентов имели в анамнезе перенесенный инфаркт миокарда (зачастую не один). Трое больных находились на поддерживающей терапии дигоксидом по поводу стойкой тахисистолической формы мерцания предсердий. Четверо — страдали пароксизмами мерцания предсердий. Наконец, у 25 пациентов имелось сочетание ИБС с АГ.

Мотивом для обращения за СМП являлись удушье, одышка. Как правило, все эти случаи удушья сопровождались тахикардией и гипотензией сложного генеза (АГ и пульмоногенная).

Купирование обструктивного синдрома у таких пациентов традиционно применяемым эуфилином сопряжено с рядом сложностей:

1. учащение ЧСС и увеличение потребностей миокарда в кислороде у больных с исходно хронической гипоксией, тем самым, увеличение относительной коронарной недостаточности у больных с ИБС,

2. провоцирование учащения ЧСС при стойком мерцании предсердий,

3. провоцирование приступов мерцания – трепетания предсердий и других эктопических ритмов у пациентов с пароксизмальными приступами мерцания предсердий, что неблагоприятно отражалось на состоянии больных. К т, у больного Т. Х. И., 1929 г. рождения, длительно болевшего гормонозависимой формой БА, с развившейся толерантностью к эуфиллину, последний не только не купировал приступы, но и ухудшал состояние, провоцируя эктопические ритмы от поли-топной экстрасистолии до мерцания предсердий. Длительная терапия сердечными гликозидами не позволяла применять в этих случаях гликозиды короткого действия с целью урежения ЧСС из – за большой вероятности развития гликозидной интоксикации /3/.

Опыт применения нами в таких случаях в качестве вспомогательной терапии изоптина в дозе 5 мг в / венно, дополнительно к 5 – 10 мл эуфиллина, сернокислой 25% магнезии в дозе 5,0 – 8,0. показал хорошие результаты: приступы были не только успешно купированы, но и значительно быстрее, чем при применении одного эуфиллина; показатели АД и ЧСС быстро приходили к норме; к. т., при применении сернокислой магнезии отмечалась даже легкая седация без угнетения дыхательного центра, снижалось АД и – самое главное – не отмечалось учащения ЧСС виде тахисистолий и тахиаритмий, что имело благоприятный эффект у этой категории больных с исходной гипоксией.

**Выводы:** АККИ, сернокислая магнезия, являющаяся естественным антагонистом АККИ и обладающая релаксирующим действием, являются эффективными вспомогательными препаратами вследствие спазмолитического и снижающего легочную гипертензию /4/ - компоненты бронхоспазма, и способствуют не только успешному, но и быстрому купированию удушья.

Антиаритмогенный урежающий, гипотензивный эффекты особенно актуальны при купировании удушья у больных ХОБЛ в сочетании с ИБС и АГ при склонности к тахиаритмиям. Спо-

собствуя быстрому купированию удушья, значительно быстро ускоряют нормализацию показателей гемодинамики и позволяют снизить дозу вводимого эуфиллина у больных с хронической гипоксией, а также предотвратить дальнейшее ухудшение коронарного кровообращения.

Применение верапамила и сернокислой магнезии в качестве вспомогательной терапии на догоспитальном этапе эффективно у больных с ХОБЛ с сопутствующими сердечно – сосудистыми заболеваниями со склонностью к тахиаритмиям и АГ.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. А.А.Аракелова. Выбор препаратов при АГ у пожилых и старых с некоторыми сопутствующими заболеваниями; гипертонический криз. Алматы – 2004 - с. 81-100.
2. Ю. Н. Беленков. Кардиология. ГОЭТАР – МЕД. - 2007. – С. 77 – 79.
3. В. К. Мареев. Антагонисты каналов кальциевых ионов при артериальной гипертензии. Практические аспекты. Медицинский журнал России «Клиническая фармакология и терапия» 2006 - Том 15 - №3.- С. 32 – 36.
4. В. А. Чибуновский. Проблема дыхательной недостаточности у больных ХОБЛ. Легочная гипертензия. Избранные вопросы анестезиологии – реаниматологии. 2-е изд., доп. и перераб. - Том 2. - 1993 г. – с. 5 – 6.

#### ТҮЖЫРЫМ

Верапамил мен көккүрт кышкылды магнезияны бронхообструктивті синдромы бар наукастарда косымша терапия ретінде колдану жүрек - кан тамырлары аурулары бар ілескен өкпе обструктивтік созылмалы аурулары бар наукастарда эффекті.

#### SUMMARY

Ions of calcium channel antagonists, verapamil and magnesium sulfate are particularly relevant in arresting acute obstructive syndrome in patients with chronic obstructive bronchopulmonary syndrome (COPD) in combination with coronary heart disease (CHD) with a propensity for tachyarrhythmias and hypertension. They not only contribute to greater cupping suffocation, but significantly accelerated the normalization of hemodynamic, in addition can lower the dose of eufillina in patients with chronic hypoxia and prevent deterioration of the coronary circulation.

## ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

*РАХМАТУЛЛАЕВА Н.У.*

*КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы*

Профилактика – это система государственных, социальных, медицинских, гигиенических, и воспитательных мер, направленных на предупреждение стоматологических заболеваний путем устранения причин и условий их возникновения, а также повышения устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов природной, производственной и бытовой среды.

Известно, что в большинстве европейских стран за последние десятилетие удалось значительно снизить распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний за счет широкого внедрения коммунальных профилактических программ профилактики, финансируемых за счет бюджетов всех уровней. В условиях Республики Казахстан реализация стоматологической профилактики также является возможной при условии активного внедрения экономически обоснованной программы профилактики, с учетом реального материально-технического, кадрового и информационного обеспечения /1/.

Важнейшим условием для разработки и внедрения программ профилактики стоматологических заболеваний является изучение эпидемиологической ситуации, получение исходных, базисных данных о структуре стоматологической заболеваемости конкретного контингента. /1-2, 5/.

Беременные женщины представляют особый контингент с необычной психофизиологической сущностью, сопровождающийся изменениями всех видов обменных процессов и сложной перестройкой адаптационно-компенсаторных механизмов материнского организма /7/.

Состояние здоровья беременной оказывает влияние на антенатальные процессы минерализации эмали молочных зубов ребенка, поэтому лечение и профилактика кариеса у беременной женщины является антенатальной профилактикой кариеса зубов будущего ребенка. Справедливо мнение академика Рыбакова А.И. (1968): «Забота о здоровых зубах человека должна начинаться с заботы о правильном его внутриутробном развитии, когда формируются все органы. Здоровье будущей матери

– залог здоровья будущего ребенка». В настоящее время известны сроки повышенного риска возникновения и прогрессирования заболеваний пародонта, а также возрастания интенсивности кариеса зубов у беременных. Наибольшая выраженность воспалительных явлений в тканях пародонта встречается во II триместре беременности, а критическое нарастание кариесогенной ситуации в ротовой полости – в III триместре, что не только определяет оптимальные сроки стоматологических осмотров в течение беременности и послеродового периода, но и дифференцированность подхода к программам профилактики и лечения наиболее значимых для данного периода беременности заболеваний ротовой полости.

В связи с этим необходимым разделом в диспансерном наблюдении за беременными является стоматологическая помощь.

Для оказания стоматологической помощи беременным в структуре женских консультаций организуются специализированные кабинеты. Должность стоматологов устанавливают из расчета 1 на 100 000 взрослого населения, проживающего на территории обслуживания женской консультации /3/. При первом посещении женской консультации беременной женщине необходимо посетить врача-стоматолога. Стоматолог женской консультации и врач-гинеколог должны координировать свою работу в целях широкого и своевременного охвата беременных женщин профилактическими мероприятиями. Многие женские консультации в настоящее время не имеют прикрепленных стоматологов, поэтому среди беременных очень много нуждающихся в санации полости рта.

Потребность в стоматологической помощи беременных обусловлена рядом обстоятельств: необходимость плановой санации ротовой полости с целью сохранности общего здоровья матери, тем самым создания наиболее благоприятных условий для развития плода; обращаемостью женщин с изменениями в полости рта, характерными для периода беременности и кормления; а также возможностью обострения имеющихся ранее хронических одонтогенных очагов.

Первостепенную роль в профилактике стоматологических заболеваний играют гигиенические аспекты. Ряд исследователей полагают, что в возникновении изменений полости рта у беременных является ухудшение гигиенического статуса /4/. Так как уровень санитарно-гигиенических знаний и качество гигиенических навыков ухода за полостью рта низкий /5/.

Гигиена полости рта — это элемент общей гигиены, включает уход за зубами, межзубными промежутками, языком, зевом, слизистой оболочкой полости рта. Гигиена рта является основой для эффективного применения последующих профилактических мер, поскольку удаление наслоений способствует нормализации физиологических процессов и улучшению обменных процессов полости рта.

Таким образом, врач-стоматолог должен прививать навыки здорового образа жизни, и первичную профилактику стоматологических заболеваний следует проводить и начинать во время беременности, путем сбалансированного питания, плановой санации полости рта, а также рациональной и профессиональной гигиене полости рта. Грамотное и рациональное осуществление гигиенических и профилактических мероприятий, в конечном итоге повысит качественный уровень клинических мероприятий, осуществляемых в дальнейшем.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Алдашева М.А.* Ситуационный анализ — основа внедрения программ профилактики. Пути развития стоматологии в современных условиях: Материалы I съезда стоматологов Казахстана. Алматы, 1998, с. 25-27
2. *Аврамова О.Г., Леонтьев В.К.* Стоматология. №2, Москва, 1998, с 11-18
3. *Астафьева Н.Г., Абызова Н.В., Белянко Н.Е.* Организация стоматологической помощи населению. Методические рекомендации. Саратов, 1998, с.13-14
4. *Бажанов Н.Н.* Стоматология. Учебное пособие. Москва, 2001, с.299-300
5. *Бахмудов Б.Р., Бахмудова З.Б.* Распространенность и интенсивность кариеса и санитарно-гигиенический уход за полостью рта. Стоматология. Т79, №3, Москва, 2000, с.12-14
6. *Кумарбаева А.Т.* Совершенствование методов профилактики лечения кариеса зубов и заболеваний пародонта беременных женщин. Автореф. дис. канд. мед. наук. Алматы, 2001, с.7, 19
7. *Леонтьев В.К.* Терапевтическая стоматология. Москва, 2004, с755-784

#### ТҰЖЫРЫМ

Жүкті әйелдердің стоматологиялық көмек қажеттілігі бірнеше себептерге байланысты: ананың жалпы денсаулығын сақтау мақсатында ауыз қуысын жоспарлы қарау қажеттілігі және ұрықтың дамуына оңтайлы жағдай жасау. Сондықтан, стоматологиялық алдын алу қорғау тәсілдері жүкті әйелдердің ауыз қуысының гигиенасын сақтаудан басталады.

#### SUMMARY

Need for dental care to pregnant women is due to a number of circumstances: need of a planned reorganization of the oral cavity in order to preserve the overall mother health, thereby creating favorable conditions for the fetus development. Stomatological preventive measures should be begin at the beginning of pregnancy, by controlling hygiene of pregnant women's oral cavity.

## ВЛИЯНИЕ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ ПЛОДА НА СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

*МУСТАФАЗАДЕ Т.Ш.*

*Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова, г.Алматы*

Здравоохранение и общество в целом постоянно волнуют вопросы высокой перинатальной заболеваемости, смертности и детской инвалидности. Существенный вклад в развитие хронических форм патологии и детской инвалидности вносит задержка внутриутробного развития плода (ЗВРП). Перинатальная смертность в случаях ЗВУР, согласно данным Г.М. Дементьевой, в 3-5 раз превышает среднюю региональную, а по данным М. L.Chiswick (1998) - в 4-10 раз выше, чем при неосложненном течении беременности. Несмотря на развитие и достижения перинатологии и акушерства частота рождения детей с ЗВУР по результатам исследований

последних лет остается высокой и имеет тенденции к росту. По данным ВОЗ она составляет в среднем 17%, что свидетельствует о нерешенности многих проблем в перинатологии. По мнению многих авторов, это патология оказывает влияние не только на внутриутробное состояние плода, также служит фактором обусловливающим и предрасполагающими к развитию других заболеваний, ухудшая тем самым прогноз для здоровья.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей психомоторного развития в катамнезе у детей с диспластическим вариантом ЗВУР для оценки глубины поражения централь-

ной нервной системы при данной патологии.

#### **Материал и методы исследования.**

Проведено обследование 153 новорожденных с признаками задержки роста и развития плода при рождении, родившихся в гестационном возрасте 38-40 недель от одноплодной беременности. Из них у 32 (20,9 %) детей в зависимости от характерных клинических проявлений был диагностирован диспластический вариант ЗВУР. Группу сравнения составили 30 детей не имеющие ЗВУР. Степень тяжести диспластического варианта определялась не столько выраженностью дефицита антропометрических показателей, сколько наличием и характером пороков развития, количеством и тяжестью стигм дизэмбриогенеза, а также состоянием ЦНС. При рождении признаки хронической внутриутробной гипоксии были диагностированы у всех детей с ЗВУР. Дети с ЗВУР находились на стационарном лечении с 12 до 21 дня.

Всем детям было проведено полное клинико-инструментальное и лабораторное обследование: осмотр глазного дна и нейросонография проводилась всем детям; УЗИ внутренних органов, электроэнцефалография, электрокардиография, рентгенография грудной клетки и брюшной полости и КТ - по показаниям. Наблюдение в катамнезе за детьми осуществлялось в территориальных поликлиниках, диагностических центрах города и в консультативных приемах детской городской клинической больницы №1. Углубленное обследование детей проводилось в 3, 6, 9 и 12 месяцев жизни с учетом оценки особенностей их психомоторного, физического развития и заболеваемости. Для определения степени тяжести задержки психомоторного развития (ЗПМР) проводили качественный и количественные методы оценки неврологических расстройств по восьми «ведущим линиям развития», разработанный Г. В. Пантюхиной - К. Л. Печора - Э.Л. Фрухт (2000 г).

#### **Результаты и обсуждение.**

У детей с диспластическим вариантом ЗВУР почти у всех детей - 40 (83,3 %) выраженность диспластических нарушений соответствовала тяжелой степени данной патологии.

Состояние новорожденных с диспластическим вариантом ЗВУР при рождении как тяжелое расценивалось в четыре раза чаще - 87,5% по сравнению с детьми группы сравнения 22 (23,4%). Анализ оценки состояния детей при рождении по шкале Апгар показал, что при диспластическом варианте ЗВУР в конце 1 минуты жизни адаптационные возможности новорожденных оказались значительно ниже, чем в группе сравнения ( $P < 0,001$ ). У них тяжелая асфиксия регистрировалась у 37,5 % детей, которая на 5-й минуте оставалась ниже 5-6 баллов, что свидетель-

ствовало о перенесенной острой гипоксии. Течение периода адаптации у новорожденных с диспластическим вариантом ЗВУР чаще осложнялось такими состояниями как - РДС -62,5%, сердечно-сосудистая недостаточность - 66,7%, отечный -70,8% и геморрагический синдром -36,4%.

В период новорожденности у всех детей с диспластическим вариантом ЗВУР диагностирована церебральная ишемия различной степени тяжести. Тяжесть поражения ЦНС в периоде неонатальной адаптации определялась высоким процентом выявления синдрома угнетения (53,8%), достоверно отличалась от детей ( $p < 0,001$ ) группы сравнения. Вторым по частоте встречался гидроцефальный синдром - 29,4 %. У 65% детей наблюдалось сочетание трех синдромов поражения ЦНС, чаще всего наблюдавшееся у детей с тяжелой степенью, у 33 % - двух синдромов.

Синдром задержки психомоторного развития к году регистрировался почти у всех детей, причем у 54,5% развилась тяжелая форма и у 36,4% средне тяжелая форма. У 18,25% детей диагностирован ранний дебют эпилептического синдрома. У 72,7% детей отмечалась различной степени задержка моторного развития, 58,3% - речевого и 54,6% - развития эмоции. Причиной отставания развития сразу по нескольким нервно-психическим функциям у детей в течение первого года является тяжелая форма ЗВУР, которая усугубляла течение энцефалопатии с имеющимися у них врожденными пороками развития со стороны различных органов и систем (52%). У 12,5% детей были диагностированы наследственные заболевания. В 34,4% случаев выявлены аномалии развития в системе кровообращения, в 15,6% - ВПР ЦНС в виде кист головного мозга и врожденной гидроцефалии, а также спинномозговой грыжи; ВПР половых органов был обнаружен у 12,5% детей; мочевыделительной системы - 12,5%; ЖКТ - 9,3% и легких - 3,12%.

Таким образом, детям с диспластическим вариантом ЗВУР на первом году жизни свойственна высокая частота неврологической патологии в виде отставания моторной функции и психического развития.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Особенности состояния здоровья детей с ЗВУР на первом году жизни. Гольденберг О. П. Автореф. дис. ...канд. мед. наук. Астрахан, 2001г. - С. 27.
2. Деметьева Г.М. и др. Профилактическая и превентивная неонатология. Низкая масса тела при рождении. Гипоксия плода и новорожденного. / -М., 1999.-71с.
3. Шабалов Н.П. Неонатология, Москва «МЕДпресс-информ» 2006, I том, с 88-92.
4. Фрухт Э.Л. Контроль за психомоторным развитием детей первого года жизни в условиях детской поликлиники // Фельдшер и акушерства.- 1991.-№7. с-19-22.

## ЖЕЛЧЬ И ЕЕ КОМПОНЕНТЫ, КАК КАНЦЕРОГЕННЫЙ ФАКТОР

НАСИПОВ С.Н.,

Областной онкологический диспансер, г.Атырау

Причина рака желудка, как и другие локализации желудочно-кишечного тракта недостаточны изучены. Установлены лишь некоторые факторы, предрасполагающие к возникновению опухоли. Известно, что нитраты и нитриты являются канцерогенными метаболитами, которые при продолжительном воздействии на эпителий желудка могут потенцировать его озлокачествления. К числу эндогенных факторов можно отнести дуоденогастральный рефлюкс (ДГР). При ДГР более токсично действуют желчные кислоты и ее компоненты — лизолецитин, вторичные желчные кислоты и др.

В предыдущих исследованиях нами установлено, что при дуоденогастральных рефлюксах (ДГР) присутствие в желудке желчи и ее компонентов усиливает канцерогенный эффект, способствует угнетению функции гастринпродуцирующих G-клеток, глубоко разрушает железистые ткани и приводит к развитию антрально-атрофического и атрофического гастрита с резким нарушением секреторной функции гипацидного и ацидного состояния (2). На фоне этих изменений часто происходит перестройка слизистой оболочки желудка (СОЖ), по типу кишечной метаплазии, дисплазии и карциномы *in situ*. Подтверждением ее является выделение щелочной фосфатазы, в частности, термостабильной фракции, особенно это наблюдается среди больных с антрально-атрофическим и атрофическим гастритами.

Свидетельством нарушения процесса регенерации является значительно часто встречающаяся гиперпролиферация на СОЖ — полип (полипоз), которая встречается до 33,1%. Эти изменения возникают в основном на фоне антрально-атрофического и атрофического гастрита (3). Также установлено, что при ДГР почти всегда происходит и дуоденогастральный рефлюкс (ДГЭР) при этом на слизистой пищевода развиваются очень часто тяжелые формы эзофагитов и склерозирующие и диспластические изменения: лейкоплакия, дивертикулы и рак (2).

Морфологические изменения встречаются с различной степенью дифференцировки: легкая степень дисплазии, средняя и тяжелая степени. При тяжелой степени дисплазии предраковых заболеваний желудка значительно сокращается продолжительность жизни клеток, ускоряется их

гибель и темп размножения: жизнь клетки сокращается с 20 до 1 дня, скорость клеточного обновления увеличивается с 38 до 228 клеток в час в области ямок, митотический индекс достигает до 3-6% (в норме 0,2-0,5%). Все это свидетельствует о тяжести воспалительного процесса, вызванного желчью и ее компонентами, как канцерогенный фактор.

В связи с этим, необходимо изучить механизм образования эндогенных канцерогенов и их роль в патогенезе развития предраковых изменений и рака желудочно-кишечного тракта.

Общеизвестно, что микрофлора желудочно-кишечного тракта может играть определенную роль в этиопатогенезе ракового процесса. Она способна индуцировать специфическое действие известных канцерогенов, превращать обычные неканцерогенные вещества в канцерогенные. Хилл N.S. (9), занимающийся изучением роли бактерий в этиологии рака толстого кишечника, делает акцент на синтезе канцерогенов из желчных кислот, т.е. жиры в составе пищи усиливают метаболическую активность кишечной микрофлоры. В этом, вероятно, особую роль играет особенность питания человека. Установлено, что высококанцерогенная пища в большом количестве животных жиров стимулирует продукцию желчи и ее выведению в просвет кишечника. Концентрация ее оказалась значительно высокой, чем у более склонных к вегетарианской пище (13). Такая же тенденция отмечена и в отношении микрофлоры кишечника, участвующей в трансформации первичных желчных кислот на вторичные среди лиц употребляющих пищу, содержащую большое количество животных жиров и белков.

Таким образом, из вышеизложенного следует, что кишечные микроорганизмы и желчь являются основными компонентами для производства необходимых внутренних канцерогенных структур. В природе организм взрослого человека достаточно инфицирован, установлено (6), что в тонкой и слепой кишке присутствуют стрептококки, стафилококки, лактобациллы, энтеробактерии, грибки. А в подвздошной и слепой кишке встречаются анаэробные микрофлоры (*Bacteroides*, *Biphidobacterium*, *clostridium* и др.). В желудке также обнаружено количество анаэробных микробов в высо-

ких концентрациях  $10^3$ мл/мг. А в слепой кишке они достигают до  $10^{12}$ .

Кишечные микрофлоры, проникая в верхний отдел желудочно-кишечного тракта, приводят к воспалительным изменениям. Происходят дуодениты и дуоденостаз, а это является причиной дуоденопанкреатического и билиопанкреатического рефлюкса с забрасыванием в желчные и панкреатические протоки дуоденального содержимого. Это в свою очередь способствует воспалительным изменениям желчного пузыря, протоков и холестаза, воспалению поджелудочной железы.

При исследовании дуоденального содержимого и желчного пузыря (порция В, С) анаэробные энтеробактерии: *Biphidobacteroidis* и патогенные штаммы, *Esh Coli*, были обнаружены до 69,3% при хронических заболеваниях печени и желчных путей (4). Попадание этих инфекций в желчные пути способствует глубоким изменениям желчи под действием кишечных анаэробов, происходит изменение желчи, то есть первичное коллоидное состояние желчи, в состав которого входят: фосфолипаза, макромолекулярные комплексы (лицитин, желчные кислоты, холестерин, билирубин) и мукосахариды распадаются на составные части, освобождается лицитин. В результате вышеуказанного биохимического изменения состава желчи происходят осадки сначала в виде мелких песчинок, затем образуются холестериновые камни (11).

По мнению Дедерер Ю.М.(1981)(1) причиной формирования холестериновых, желчных камней является выделение слизистой оболочки желчного пузыря слизи содержащей гликопротеиды, под влиянием аллергических, аутоиммунных процессов в связи с проникновением в желчные пути грамм отрицательных анаэробов. Все это приводит к изменению спектра желчных кислот, например, при калькулезном холецистите нормальное содержание желчной кислоты нарушается, содержание халатов уменьшается, повышается таурохолевая кислота, процесс гидроксирования холестерина замедляется, нарастает концентрация холестерина и увеличивается билирубин (5). Тем самым нарастает концентрация желчной кислоты, меняется Ph-среда в самой паренхиме печени за счет увеличения концентрации — триоксихолевой (таурохолевой) кислоты. Это и усиливает агрессивность желчной кислоты, которая приводит к разрушительным процессам клеток.

Также установлено, что под влиянием микрофлоры ингредиенты желчи претерпевают химическую трансформацию; физиологическая для

толстой кишки: *Bacteroidas*, *Biphidobacterii*, *enterobacterii*, *Esh.Coli* и др. Попадая в верхний отдел желудочно-кишечного тракта и желчные пути не только меняет качественный состав желчной кислоты, но и превращают в первичную желчную кислоту (холевая, хенодезоксихолевая), во вторичную — (дезоксихолевую и литохолевую) с помощью специфических ферментов ( $7^a$  — дегидроксилаза) являющийся высоким канцерогенным соединением (10). Роль их как канцерогенных факторов в экспериментальных работах доказана (8). Имеются мнения о том, что дезоксихолевая и литохолевая кислоты могут служить строительным материалом для синтеза канцерогенных структур близких к метилхалантрону (11).

Таким образом, энтерогенные, инфицированные толстокишечными анаэробами, приводят к биохимическим изменениям желчи и образованию коканцерогенов (литохолевая, дезоксихолевой кислоты), канцерогенов и являющийся источником эндогенного канцерогенеза.

Можно предположить, что в основе возникновения опухоли лежат нарушения процессов дифференцировки и размножения клеток, под действием эндогенных (собственных) канцерогенов. Для подтверждения вышеприведенных данных, мы изучили истории болезни (амбулаторные карты) 29 больных с раком верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (желудок и пищевод), посетивших облонкодиспансер за последние 5 лет, у которых сопутствовали хронические заболевания желчных путей, из них у 21 — калькулезный и у 8 — хронический холецистит (муж.-9, жен.-20). Возраст их колеблется от 40 до 79 лет. Длительность заболевания от 10 до 20 лет с частыми обострениями — 6.

Диагноз калькулезного холецистита устанавливался на основании УЗИ исследования и компьютерной томографии. Состояние слизистой желудка и пищевода с помощью эзофагофиброскопии и морфологическими исследованиями. При сочетании хронических заболеваний желчных путей — в 100% случаев диагностировано злокачественное новообразование, из них: 16 рак желудка (в том числе кардиоэзофагальный-3), у 10 рак пищевода, у 2 — рак толстого кишечника и у 1 — рак печени. При этом рак наиболее часто встречается при калькулезном холецистите: у 11 из 16 рак желудка, у 8 из 10 рак пищевода и у 2 — рак толстого кишечника. Кроме того, злокачественное новообразование желудка и пищевода сочетались с полипозом желудка в 3 раза, с кистой печени в 2-х случаях, у одного

больного язва желудка сочеталась с раком пищевода. Особое внимание обращает сочетание рака желудка и пищевода, что выявлено у 26 и 29 обратившихся. Из 29 случаев синхронных опухолей желудка и пищевода на изученном нами материале, рак пищевода во всех случаях был плоскоклеточным, рак желудка — в 12 случаях аденокарцинома, в 8 — высокодифференцированная, в 2 — низкодифференцированная, в 2 — малодифференцированная.

Как видно из таблицы, кроме пищевода при раке желудка нередко встречаются рак печени, рак толстой кишки.

С целью иллюстрации приведем несколько примеров.

Пример на синхронное поражение раком пищевода и субкардии желудка сопутствующий диагноз: калькулезный холецистит.

1. Больной Т., 1945г.р., г.Атырау, Привокзальный мкр. 5-18-16. Клинический диагноз: С-ч субкардии желудка  $T_3N_1M_0$  и С-ч н/з пищевода  $T_3N_1M_0$ .

28.02.05г. обратился с жалобами на дисфагию — затрудненное прохождение полужидкой пищи, боли и дискомфорт в желудке, слабость. Исхудание.

Считает себя больным около 6 месяцев, когда впервые почувствовал дисфагию, к врачам не обращался.

При ФГДС (08.02.05г.) — на расстоянии 35см от передних резцов экзофитное образование размером 0,7см. Частично облитерирующий просвет просвет опухоли пищевода, слизистая эрозирована, покрыта белым налетом. Кардия смыкается. В желудке пенная слизь с желчью. Слизистая желудка гиперемирована, складки извитые. В области в/з тела по передней стенке изъязвление размером 1,0x1,0см с ровными краями, дно неглубокое, покрыто белым налетом. Привратник функционирует. Слизистая луковицы 12 п.к. б/о. Заключение: Экзофитный с-ч пищевода (н/з), острая язва желудка. Гистология №3635 (1) — умеренно выраженная дисплазия, базально-клеточная, гиперактивация. Цитология от 28.02.05г. — плоскоклеточный с-ч. Больной выехал на лечение в г.Астрахань. Поступил в хирургическое отделение АОД с диагнозом: Первично-множественный с-ч н/з пищевода  $T_3N_1M_0$ . Синхронная карцинома субкардии желудка  $T_3N_1M_0$ .

22.03.05г. произведена операция — субтотальная резекция пищевода с пластикой желудочной трубки+удаление большого сальника, расширенная лимфодиссекция.

Морфология: пищевод №4655 плоскоклеточный в 2-л/узлах, mts, желудок №4654 — аденокарцинома в 3-л/узлах, mts по линии пищевода — онкоклеток нет, по всей длине желудочной трубки. Послеоперационный период протекал относительно благоприятно.

2. Больная Г., 1938, г.Атырау, д.14-21 Клинический диагноз: С-ч желудка, язвенно-инфильтративная форма, St.III  $T_3N_xM_0$ .

Обратилась 19.10.05г. с жалобами на постоянные боли в области правого подреберья и эпигастрии, плохой аппетит, слабость. Считает себя больной в течение 1 месяца. 11.10.05г. проведена ФГДС: слизистая пищевода бледная, кардия смыкается. В желудке остатки не переваренной пищи, застойной с зловонным запахом. Слизистые участки бледные, складки сглажены, желудок растянут. Перестальтика практически отсутствует в области субкардии по м/кривизне выделяется опухоль с неровными краями, изъязвлениями, дно покрыто остатками пищи. Четкая граница опухоли не определена из-за содержимого черного цвета. Взята биопсия. Привратник проходим, слизистая 12п.к., дуоденум бледный. С-ч язвы субкардии желудка.

Цитология №5958-59: Картина аденокарциномы.

Гистология №21730(1) — язвенно-инфильтративная карцинома.

УЗИ печени, желчных путей (06.10.05) — Калькулезный холецистит.

В облонкодиспансере проведены 5 курсов полихимиотерапии.

3. Больная Т., 1939г.р., Махамбетский район, с.Чкалово. Основной диагноз: С-ч с/з пищевода, St.III  $T_4N_xM_0$

При ФГДС (20/06/06г.) на расстоянии 30мм от в/р имеется опухолевидное образование, суживающее просвет пищевода. Поверхность мелкобугристая, при контакте легко кровит. Тубус эндоскопа проходит с трудом. Заключение: С-ч с/з пищевода.

Гистология № 9873(1) от 26.06.06г. - плоскоклеточный неороговевающий рак с/з пищевода.

R-графия пищевода (21.06.06) — с-ч с/з пищевода

УЗИ печени, желчных путей, п/ж железы — заключение: калькулезный холецистит.

4. Больной Ш., 1942г.р., Махамбетский район, с.Алга, клинический диагноз: С-ч с/з пищевода,  $T_4N_0M_0$

Поступил в х/о ООД с затрудненным прохождением полужидкой пищи, слабость, похудание.

При ФГДС (06.10.06г.) на расстоянии 28см от в/резцов имеется опухолевидное образование с бугристой поверхностью, тусклое, выступающее в просвет и суживающий его. Тубус эндоскопа не проходим. При контакте кровит. Диагноз: С-ч с/з пищевода, экзофитная форма.

Цитология 9155-56 – Заключение: плоскоклеточный с-ч

Гистология №17544-57 (14) – плоскоклеточный неороговевающий с-ч

УЗИ печени (04.06.07г.) – калькулезный холецистит.

26.10.06г. произведена операция – резекция пищевода по Льюису. В последующие месяцы проведены 5 курсов монокимиотерапии.

Таким образом, при дуоденогастральных рефлюксах вероятно модифицирующим фактором являются вторичные желчные кислоты – дезоксихолева, (метилхолентрен), которые сильно разрушают клетки и способствуют канцерогенезу. Рак верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (желудок, пищевод) является результатом постоянного воздействия канцерогенных веществ (эндогенная) при которых происходит трансформация нормальной клетки в раковую.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Дедедер Ю.М. – клин.мед., 1980 №5 с 16-21
2. Насипов С.Н., Амирова Р.А. – Дуоденогастральный рефлюкс: секреторно и морфофункциональное состояние слизистой желудка, предрак и рак. В сб.: «Материалы международной научно-практической конференции», Астана-Алматы, 2004, с.219-227
3. Насипов С.Н. – К вопросу этиологии и патогенеза рака желудка. В журнале – «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья», 2005, №3, с.71-75.
4. Насипов С.Н., Сырлыбаева С.К. – О возможной роли некоторых эндогенных факторов в канцерогенезе органов верхнего отдела желудочно-кишечного тракта. В журн. «Актуальные вопросы формирования здорового

образа жизни, профилактика заболеваний и укрепления здоровья», 2005 №1, с.33-35.

5. Сысолятин А.А., Головин С.В. – Особенности спектра желчных кислот при различных формах калькулезного холецистита. В сб.- «Актуальные вопросы гастроэнтерологической патологии различного климата географических зонах».г.Якутск,1983, с.78-80.

6. Dancygier H. Bacterien and intestinales immunsystem // Internist-1989 Bx 30.№6 S 370-381

7. Fortner I.G-Surgery.1958.v 73. h.308-390/

8. Narisaw N., Magodia N.E et al.-promoting effect of bill acid on colon corcinogenesis ofter intrarectal instillation of N-methyel – nitrosognanidiyt in rats-J.Nat.Cancer in St., 1974.55 1093-1097.

9. Hill N.S.- Bacteria and the Etiology of colonic cancer.proc.Amer.Cancer soc.second. Nat.Conf.of Cancer of the Colon and Rectum. 1974. p/815-818.

10. Hill N.S, Drosar B.C., Williams R.E. et ah – Metabolic Epidemiology as Dietary Factors in harde Bower cancer. Cancer Res., 1975 v.35

11. Pitt H.A Mefadden D.W. et al. – Amer. J.sulg 1987, v.1953. №2 p. 233-234

12. Diet and Colonic. Cancer.Brif/ med.s.,1974. v.1. №5954 h.331-340

13. Lambert R. Epidemialogy of colokrektom cjinogenesis // Colon.Carcinog/ prac/3187/ Symp., Tilisec, May 27-29., 1981. Lancoster et al. 1982/ p/1-10 Discuss. P.11-12

#### ТҰЖЫРЫМ

Мақалада коканцерогендер мен канцерогендердің пайда болуына себепші анаэробты микробтардың алатын орыны қарастырылған. Сонымен қатар ұзақ әсер ететін асқорту жүйесінің жоғарғы (қарын, өнеш) канцерогенезге бейім модификациялаушы фактор ретінде – дезоксиль қышқылы қарастырылады.

Созылмалы холецистит түрлерімен (соның ішінде калькулезді) ауратын науқастар, яғни 100% жағдайда асқазан мен өнештің катерлі ісіктеріне айналған 29 науқас анықталды.

#### SUMMARY

In article the questions of the correlation of the chronic pathology bile excreting of paths with gastrointestinal path diseases of are considered

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНАПА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРИЗОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА С ДРУГИМИ «ЭКСТРЕННЫМИ» АНТИГИПЕРТЕНЗИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

КОШАНАЕВА С.Т., БАБАКОВА И. В., ХАРИПОВА А.Х. ТЫНАЛИЕВА Ш.А.

Республиканское Государственное Предприятие «Центральная Клиническая Больница  
Управления Делами Президента Республики Казахстан, СВА «Ажар»,  
Городской Кардиологический Центр, г.Алматы

Сердечно-сосудистые заболевания занимают основное место в структуре неинфекционной патологии взрослых и являются главной причиной ранней инвалидизации и преждевременной смерти. В России (Казахстане) артериальная гипертония (АГ) встречается у 1/3 взрослого населения и является одним из важнейших факторов ИБС и мозгового инсульта /1/. Отсутствие приверженности больных к лечению, неправильные подобранная гипотензивная терапия врачей, неправильный образ жизни больных являются основной причиной неэффективности антигипертензивной терапии. Одним из тяжелых осложнений. Из 3764 случаев обращения за СМП в 2009 г 636 случаев пришлось на ГК больных, что составляет приблизительно 20%.

Нами проанализированы 90 случаев ГК, при купировании которых использовался энап в виде болюсного введения 1,25% раствора по 1,0

Как видно из таблицы 1, преобладали старые больные, в возрастной категории 70–79, 80 л и более. Как правило, многие в анамнезе имели сочетание АГ с ИБС, перенесенными инфарктами миокарда (ИМ), нарушениями ритма, сахарным диабетом 2 – го типа, что объясняется геронтологическим составом прикрепленного контингента и высокой вероятностью сочетания последних. В 21 случаях в анамнезе были перенесенные инфаркты миокарда, в 19 – ОНМК, в 27 – нарушения ритма и проводимости. Все пациенты страдали избыточным весом и низкой физической активностью.

Отмеченные моменты значительно утяжеляли течение ГК, что проявлялось нередким осложнением их острой левожелудочковой недостаточностью (ОЛЖН) в виде сердечной астмы и острого отека легких (ООЛ) и тяжелой гипертонической энцефалопатией, и купирование ГК представляло сложности, требовало подключения нескольких лекарственных средств (ЛС). Имеющиеся в арсенале СМП препараты в виде монотерапии не всегда оказывали должный эффект, требовали большого запаса времени.

До 2009 г. для терапии экстренных состояний АГ применялись следующие ЛС:

- представитель антагонистов каналов кальциевых ионов (АККИ) - коринфар в виде таблеток по 10 мг, - селективный бета – блокатор эгилок по 50 – 100 мг,

-капотен, капозид - группа ИАПФ (ингибитор ангиопревращающего фермента),  
- петлевой диуретик фуросемид в ампулах по 40 мг, - сернокислая магнезия, используемая крайне редко, только при кризах с тяжелой гипертонической энцефалопатией,

- изокет в ампулах, применяемый нами только при ООЛ на фоне ОИМ.

С 2009 г. мы апробируем препарат энап в ампулах по 1,0 мл 1,25% раствора для купирования кризов. Энап – первый представитель ИАПФ 2 – го поколения, отличающийся от каптоприла отсутствием в ампуле сульфгидрильной группы и пролонгированным (до 24 ч.) действием и отличающийся от каптоприла целым рядом свойств: эффективен в меньших дозах, его адсорбция не зависит от приема пищи, действие развивается медленнее и постепенно нарастает, что связано с тем, что в организме он биотрансформируется в активный метаболит эналоприл, реже вызывает эффект «1 – ой дозы» - выраженную гипотензию при первом приеме препаратов.

Таблица 1. Возрастная структура больных с гипертензивным кризом

Возраст	50 - 59	60 - 69	70 – 79 более	80 л и более
Кол-во обратившихся	52	81	198	190

Одним из его преимуществ является отсутствие существенного влияния на показатели пуринового, углеводного, липидного обмена, на концентрацию фибриногена и вязкость крови. К т., он улучшает толерантность к глюкозе, повышает секреторную активность бета – клеток поджелудочной железы на пищевую нагрузку и частично понижает периферическую инсулинорезистентность /3/.

Результаты исследования показали, что энап снижает выраженность процессов перекисного окисления липидов, стимулирует активность антиоксидантной системы защиты, обладает антиангинальным действием и является препаратом выбора у больных с метаболическим синдромом, сахарным диабетом СД.

Нами были проанализированы 78 амбулаторных карт больных, которым купирование ГК проводилось 1,25% раствором энапа, на 10,0 0,9% натрия, болюсно, внутривенно. Отбирались больные старые, с тяжелыми формами кризов, с значительным повышением АД до 200 мм. рт. ст. и выше и наличием тяжелых сопутствующих заболеваний. Действие препарата начиналось через 5 – 10 минут, достигая максимума через 15 минут / 4/. Во всех случаях нами отмечен прекрасный эффект в виде быстрой нормализации АД и улучшения состояния пациентов. Нельзя не отметить особенности купирования энапом, кроме достоверного снижения АД, это:

- быстрое снижение и нормализация АД в течение 15 минут,
- предсказуемость действия,
- хороший эффект при монотерапии,
- отсутствие каких – либо неприятных субъективных и объективных ощущений во время и после введения,
- благоприятный эффект при метаболическом синдроме у больных с заболеваниями ССС в сочетании с СД 2 – го типа,
- отсутствие синдрома 1-й дозы (ни в одном случае не наблюдалось гипотензии ниже минимально допустимой),
- хороший антиангинальный эффект за счет снижения пред - и, в меньшей степени, - постнагрузок /5 /; к. т, он повышает толерантность к физическим нагрузкам у больных со стенокардией 1 – 3 ФК (при длительном лечении),
- « универсальность» точки приложения – эффект при ГК различного типа.

Все кризы были успешно купированы, ни в одном случае не отмечалось осложнений. При осложнении ГК СА действие энапа усиливалось

мочегонными или изокетом – спрее.

Нами произведена сравнительная оценка энапа с другими антигипертензивными ЛС: 1.- коринфар – недостаточность, кратковременность действия, склонность вызывать тахикардию, ощущение жара в голове;

2. клофелин - сухость во рту, вялость, фазность действия (вначале возможно повышение АД), сонливость вплоть до апатии, иногда резкая гипотензия;

3. эгилек - недостаточность эффекта, склонность усиливать брадикардию у больных с СССУ, осторожность при наличии в анамнезе хронических обструктивных заболеваний, необходимость подключения других гипотензивных ЛС, не желателен при СД, фактор времени;

4. фуросемид (при водно - солевом варианте ГК) – развитие резкой слабости, гипокалиемия, судорожные подергивания мышц конечностей),

5. изокет - избирательно при АГ с ООЛ или ОИМ) – необходимость длительной медленной инфузии, неуправляемая гипотензия, головные боли.

#### **Вывод:**

Своевременная дифференцированная терапия ГК на догоспитальном этапе позволяет предотвратить такие грозные осложнения АГ, как ОИМ, ОНМК, ООЛ, тем самым, Снизить % инвалидизации, улучшить качество жизни.

Энап является эффективным препаратом – препаратом выбора в терапии купирования ГК различного типа, особенно у геронтологических больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Антигипертензивные средства: выбор препаратов у пожилых людей, больных некоторыми сопутствующими заболеваниями, при кризах. Проф. В. В Аракелова. Алматы. 2004 с 115.
2. Кардиология. Клиниические рекомендации. Под ред.акад. Ю. Н. Беленкова и акад. Р. Г. Огапова- 2007- Издат. группа ГОЭТАР – Медиа .М-2007- с 623.

#### **ТҰЖЫРЫМ**

Қарттарда жүрек ишемиялық ауруы, метаболикалық синдром, қантты диабетпен ілескен АГ кезінде энапты қолдану үлкен нәтиже көрсетті, сондықтан - энап - таңдамалы препарат болып табылады.

#### **SUMMARY**

The experience of rapid relief of hipertensic crisis of patients who suffer from arterial hypertension in combination with pancreatic diabetes энап and metabolic syndrome bi the show us its high effectiveness. Энап is drug of choice.

## АНДРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ – АКТУАЛЬНАЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

ХАМЗИНА А.А.

*Центральная клиническая больница Управления делами президента РК, г.Алматы*

Для решения многочисленных проблем андрологии обоснована необходимость правильной организации профилактической, диагностической и реабилитационной помощи андрологическим больным с координационной научно-исследовательской, педагогической и просветительной деятельностью.

**Ключевые слова:** андрология, урология, заболеваемость, медико-социальные проблемы.

В настоящее время в практическом здравоохранении существует парадоксальный факт неодинакового развития гинекологии и андрологии, как двух медицинских дисциплин, изучающих половую систему мужского и женского организма. С одной стороны, имеется хорошо организованная система организационной, лечебной и профилактической помощи женщинам в виде специализированных гинекологических стационаров и женских консультаций, центров планирования семьи, осуществляется интенсивная подготовка врачей-гинекологов, с другой стороны, наблюдается отсутствие единой специализированной помощи при мужском бесплодии, заболевании половых органов у мужчин различного генеза, самостоятельных андрологических стационаров и врачей-андрологов. Для устранения этого разрыва начали разрабатываться системы подготовки врачей-андрологов, издаются специальные пособия и руководства по андрологии.

Большинство отечественных и зарубежных исследователей подчеркивают необходимость комплексного, междисциплинарного подхода к андрологии, учитывающего как медицинские (урологические, эндокринологические, иммунологические и др.), так и социально-психологические аспекты заболеваний мужского организма. Андрология как врачебная специальность занимается не только репродуктивной функцией мужчин, но и всеми заболеваниями мужских половых органов. Будучи тесно взаимосвязанной с педиатрией, эндокринологией, андрология занимается изучением нормального и патологического функционирования половых желез во взаимодействии и взаимозависимости со всеми органами и системами мужчин в норме и патологии. Поэтому современная клиническая андрология представляет широкие возможности задержать преждевременное старение и избавить мужчин от страданий, связанных с различными патологическими изменениями в половых органах, являю-

щимися следствием аномалий развития, заболеваний, травм и инволютивных расстройств, которые оказывают влияние на состояние организма в целом.

Из этого следует, что целесообразно готовить квалифицированных урологов-андрологов из специалистов, ранее работавших в области общей урологии.

В последнее время отмечается увеличение пороков развития и заболеваний половых органов у мужчин, подростков и детей. Это обстоятельство объясняется влиянием вредных факторов окружающей среды, масштабными социально-экономическими преобразованиями в стране, урбанизацией, ростом воспалительных заболеваний половых органов у мужчин, особенно заболеваний передающихся половым путем (ЗППП), употреблением наркотических средств, а также проведением профилактических осмотров детей и подростков. Многие из заболеваний являются тягостными, требуют нередко длительного и упорного лечения, имеют широкое распространение среди лиц молодого и среднего возраста, наиболее трудоспособного и активного в общественной жизни. Исследования последнего времени отмечают рост числа хронических заболеваний у детей и, в частности, широкую выявляемость андрологических заболеваний, которые в последующем при отсутствии их санации неблагоприятным образом сказываются на репродуктивной и копулятивной функции у мужчин.

Одной из важнейших проблем современной андрологии являются воспалительные заболевания предстательной железы (хронический простатит) и семенных пузырьков (везикулит), поражающие мужчин в возрасте от 20-40 лет и имеющие широкое распространение. Данная патология имеет различный генез и может привести к таким осложнениям как бесплодие, импотенция. Значительный раздел в андрологии занимают половые расстройства у мужчин. Если раньше

считалось, что почти 70-80% половых расстройств психоневрогенного функционального характера, то в последнее время многие авторы признают, что почти 60-80% нарушений эрекции у мужчин возникает вследствие органических причин, из которых большое значение отводится сосудистым поражениям, заболеваниям эндокринных желез и центральной нервной системы. Эректильная импотенция приобретает социальное значение, так как служит причиной разводов, снижения работоспособности больных и общественной активности.

Для решения многочисленных проблем андрологии необходимо правильно организовать профилактическую, диагностическую и реабилитационную помощь андрологическим больным. Необходимо выработать единую тактику обследования и лечения андрологических больных, улучшить подготовку детских и взрослых врачей-андрологов. Одной из важнейших задач андрологии является предупреждение развития в будущем мужского бесплодия. По данным экспертов ВОЗ, частота бесплодных браков в разных странах составляет 12-16%, причем около половины бесплодных браков обусловлены мужским бесплодием.

Мировая статистика показывает, что почти каждая восьмая семья сталкивается с проблемой зачатия ребенка, а каждая шестая супружеская пара является бесплодной. На фоне тенденции к общему снижению рождаемости в высокоразвитых странах проблема бесплодия в семье приобретает не только медицинский, но и социальный аспект. Если в лечении женского бесплодия достигнуты значительные успехи, то мужское бесплодие долго ожидало внимания медицины и общества в целом, а достижения в лечении этой патологии во всем мире остаются достаточно скромными. ВОЗ считает проблему фертильности одной из важнейших проблем современной науки. В России андрология признана де-факто, однако юридически эта специальность не существует. Несмотря на свою востребованность и

значимость для мужского здоровья, до сих пор нет четкого определения профессиональной роли врача-андролога. Из-за неопределенности статуса проблемами андрологии занимаются врачи иного профиля, действия которых ограничены рамками их специальности. Отсутствие четких стандартов терапии часто приводит к оказанию неквалифицированной медицинской помощи. Информационный хаос, создаваемый многочисленными средствами массовой информации, обилие рекламы, нередко пропагандирующей непрофессиональные методы лечения, ставят мужчину, страдающего андрологическим заболеванием, в тупик. Нерегламентируемая деятельность сети коммерческих организаций, занимающихся вопросами мужского здоровья, вызывает сомнения в качестве оказываемой ими медицинской помощи.

Таким образом, изложенные данные свидетельствуют о необходимости развития андрологии. Важной задачей должна стать координация научно-исследовательской, научно-диагностической, педагогической и просветительной работы, а также объединения специалистов, занимающихся андрологией на профессиональной основе.

## ТҰЖЫРЫМ

Андрологияның көптеген мәселелерін шешу үшін андрологиялық ауруларға қажетті профилактикалық, диагностикалық және реабилитациялық көмектерді дұрыс ұйымдастыру мәселелері ғылыми зерттеу, оқыту және ағарту қызметтерімен қатар қарастыру қарастырылған.

**Өзекті сөздер:** андрология, урология, аурушандық, медициналық-әлеуметтік мәселелер.

## SUMMARY

For the decision of numerous problems of andrology necessity of the correct organisation of the preventive, diagnostic and rehabilitation andrology care by the patient with coordination by research, pedagogical and educational activity is proved.

**Keywords:** andrology, urology, disease, medical social problems.

## МЕТОДЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ В УСЛОВИЯХ ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ

АСАНОВА А.Н.

Медицинский Центр «Денсаулык XXI», г.Алматы

Одним из важнейших аспектов укрепления репродуктивного здоровья является планирование семьи с целью рождения здоровых детей и сохранения здоровья матери.

**Планирование семьи** – это сознательные действия супружеских пар и индивидуумов, направленные на планирование желаемого количества детей и регулирование времени их рождения и межродового интервала. «Планирование семьи предусматривает способность индивидуумов и пар предвидеть и достигать желаемого числа детей, а также интервала между родами».

Одной из услуг, оказываемых нашим Центром, является предоставление информации женщинам о важности планирования семьи, методах контрацепции, необходимости санации очагов инфекции, особенно перед беременностью, постановки на учет в ранние сроки беременности (до 12 недель), своевременного лечения выявленных гинекологических заболеваний.

Особенность работы нашего Центра- практическое отсутствие ограниченности во времени при консультировании пациентки и возможность получения медикаментозных, физио процедур на месте.

За последние три года за консультацией обратилось более 700 женщин в возрасте 29- 56 лет

по поводу различных отклонений со стороны моче- половой сферы, две трети из которых интересовались вопросами планирования семьи.

При проведении консультативных услуг мы использовали классическую информацию, согласно которой планирование семьи осуществляется при помощи методов контрацепции, дающих возможность вести гармоничную и безопасную сексуальную жизнь и сохранить свое здоровье. Не все методы контрацепции вызывали одинаковый интерес. Наиболее интересны для наших пациенток были комбинированные оральные контрацептивы, далее инъекционные контрацептивы и внутриматочные спирали. Далее -вагинальные методы (Диафрагмы и цервикальные колпачки), естественные методы планирования семьи (физиологический метод) и метод лактационной аменореи.

Чрезвычайно важно для нашего контингента обеспечение информационным материалом каждой пациентки. Наиболее популярными являются листовки, брошюры и памятки, потребность в которых значительно выше возможностей нашего Центра.

В 2009 году на консультации по планированию семьи мы приглашаем мужей

## ПРОФИЛАКТИКА БЕСПЛОДИЯ

АСАНОВА А.Н.

Медицинский Центр «Денсаулық XXI», г.Алматы

По определению Всемирной организации здравоохранения бесплодным считается брак, в котором после регулярной половой жизни без контрацептивов в течение года не возникает беременность. Это при условии, что оба супруга находятся в детородном возрасте. В настоящее время частота женского и мужского бесплодия практически уравнилась.

Причины бесплодия многообразны, наиболее частой у женщин и мужчин являются инфекции, передаваемые, как правило половым путем и приводящие к хроническим воспалительным заболеваниям половых органов (хламидиоз, микоплазмоз, гонорея, генитальный герпес, сифилис и другие).

У одного пациента может быть несколько инфекций. Лечиться должны оба супруга.

Важная причина женского бесплодия – перенесенные аборт, особенно при первой беременности вследствие воспалительных заболеваний, гормональных нарушений.

К другим немаловажным причинам относятся:

· перенесенные инфекционные заболевания, включая детский возраст

· эндокринные заболевания, наличие очагов инфекции,  
· нарушение полового созревания,  
· неблагоприятная экологическая ситуация.

Некоторые формы бесплодия имеют генетические корни, что требует серьезного обследования супругов на хромосомном уровне.

Патология, приводящая к бесплодию, чрезвычайно сложна и требует многопланового обследования, консультаций многих специалистов, комплексного длительного лечения.

Бесплодие в ряде случаев можно предотвратить, если:

- избегать инфекций, передающихся половым путем,

- избегать нежелательной и незапланированной беременности,

- своевременно лечить инфекционные и хронические заболевания,

- своевременно лечить нарушений менструального цикла.

Здоровый образ жизни, правильное питание, физическая активность, закаливание, начиная с детского возраста, внимательное отношение к своему здоровью, дают реальный шанс испытать радость иметь детей.

## **ВЛИЯНИЕ ТУБЕРКУЛЁЗА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА**

*КОЛОКИНА Р.С., СУЛЕЙМАНОВА Н.А*

*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы*

В республике Казахстан за последние 3 года наблюдается стойкая тенденция по уменьшению заболеваемости туберкулёзом на 4,9% и смертности от туберкулеза на 15%. В 2009 году заболеваемость составляет 110,7 на 100 тыс. населения против 131,1 в 2008 году. Темп снижения равен 15,6%. Высокий показатель заболеваемости населения туберкулёзом сохраняется в Акмолинской (164,3), Мангыстауской (143,9), Атырауской (133,2), Восточно-Казахстанской (129,5) областях и городе Астана (198,1). Показатель смертности от туберкулеза в 2009 году составил 12,4 на 100 000 населения против 16,8 в 2008 году. Выше среднереспубликанского уровня отмечается смертность от туберкулеза в Северо-Казахстанской (21,1), Восточно-Казахстанской (19,6), Кызылординской (17,3), Костанайской (15,5) областях. В республике сохраняется значительный резервуар лекарственно-устойчивых форм туберкулеза. Так, за 2008 год заболеваемость туберкулёзом с множественной лекарственной устойчивостью составила 5,8 на 100 тыс. населения. В Казахстане ежегодно регистрируется до 23 тысяч вновь выявленных больных с туберкулёзом различных органов.

Сочетание беременности и туберкулезного процесса в настоящее время является актуальной проблемой, поскольку создаются условия для ухудшения репродуктивного здоровья женщин и ослабления их иммунного статуса. В Казахстане ежегодно проходит до 800-900 родов у женщин с туберкулёзом. Среди женщин туберкулез является наиболее частой причиной смертельных исходов в группе инфекционных заболеваний.

В мире более 64 миллионов женщин инфицированы туберкулёзной палочкой и 3,1 миллионов из них ежегодно заболевают туберкулёзом, погибает более 1 миллиона. Кроме того, имеется информация о высокой частоте выявления заболевания туберкулёзом у беременных и родильниц, у многорожавших женщин в Средней Азии, Казахстане, Дагестане. Сочетание туберкулеза с беременностью ставит перед врачами ряд проблем. С одной стороны, это влияние беременности, родов,

послеродового периода и лактации на развитие и течение туберкулезного процесса, с другой — влияние туберкулеза на течение беременности и родов, здоровье новорожденного и родильницы.

Специальные исследования, проведенные в нашей стране и за рубежом, показали, что туберкулез у женщин приводит к серьезным социальным и экономическим потерям для общества. Он оказывает выраженное отрицательное влияние на трудоспособность женщины, наносит большой экономический ущерб, поскольку женщины в возрасте 18—49 лет являются основной производственной силой. Низкий социальный статус женщины и нарушенная репродуктивная функция могут создавать большие препятствия к достижению оздоровления общества в целом и женского населения в частности. В последние годы опубликованы работы, посвященные проблеме туберкулеза у женщин репродуктивного возраста и в период гестации. Отмечается повышение заболеваемости туберкулёзом в репродуктивном возрасте. По данным российских специалистов в заболеваемости туберкулёзом девушек 18—20-летнего возраста выше в 1,7 раза, чем у мужчин.

Беременность, роды и послеродовый период у женщин являются факторами, способствующими возникновению и обострению неактивных туберкулезных очагов. У беременных значительному отрицательному воздействию подвергаются нервная и сердечно-сосудистая системы, возникает большая нагрузка на почки, что связано с дополнительной функцией выделения продуктов жизнедеятельности плода. Наличие у беременной туберкулезного процесса, естественно, дополнительно ослабляет организм. Кроме того, активации туберкулезного процесса способствует гормональная перестройка в организме женщины, так как в гормональный обмен включается плацента. В крови накапливаются такие гормоны, как хорионический гонадотропин, повышается уровень эстрогенов, глюкокортикоидов, альдостерона и др. Обострение туберкулеза или его первичное возникновение чаще наблюдается в первой половине беременности, но иногда и в последние недели перед родами. Туберкулез,

выявленный у женщин в период беременности или спустя 6—9 месяцев после родов, характеризуется острым началом, более тяжелыми (по сравнению с впервые заболевшими небеременными женщинами) клиническими формами и, к сожалению, поздно диагностируется

Фактором риска, способствующим развитию или обострению туберкулезного процесса у матери, является кормление грудью. При этом в материнском организме происходит дополнительный расход белков, жиров, витаминов, микроэлементов. Следовательно, отрицательное значение для женщин, страдающих туберкулезом, имеют частые повторные беременности с последующим длительным грудным вскармливанием новорожденного, что ослабляет организм матери и может привести к обострению туберкулеза. В связи с этим физиологический промежуток между беременностями и родами у больных туберкулезом женщин должен быть не менее 3 лет.

Согласно приказа МЗ РК № 466 пп 72 от 3 августа 2007 года «Об утверждении некоторых Инструкций по борьбе с туберкулезом» женщины в послеродовом периоде в течение месяца после выписки из родильного дома должны пройти флюорографическое обследование.

Население должно осознанно, регулярно проходить флюорографическое обследование, укреплять свой иммунитет, не подрывать здоровье вредными привычками, заниматься спортом и правильно питаться. Формирование здорового образа жизни, поведения, правильного питания — все это предопределяет заболеваемость туберкулезом.

В 1993 г. Всемирной организацией здравоохранения туберкулез был объявлен национальным бедствием, а день 24 марта «Всемирным днем борьбы с туберкулезом». Именно в этот день в 1882 году немецкий микробиолог Роберт Кох объявил о сделанном им открытии возбудителя туберкулеза. Стало традиционным проведение месячных информационных кампаний в рамках Всемирного дня борьбы с туберкулезом, нацеленных на определенную группу населения. Девиз месячника по профилактике туберкулеза 2010 — «Наша цель — остановить туберкулёз!», целевой группой определены женщины репродуктивного возраста. Цель проводимой кампании: привлечь внимание общественности к группе риска по заболеваемости туберкулезом — женщинам репродуктивного возраста. Для проведения мероприятий определен ряд задач:

-акцентировать внимание специалистов ПМСП на повышение санитарной грамотности

и раннее своевременное выявление туберкулеза среди женщин репродуктивного возраста;

-проводить санитарно-просветительную работу среди целевых групп о первых признаках туберкулеза и методах его профилактики;

-формировать у населения потребность в здоровом образе жизни.

В рамках информационно — образовательной кампании в регионах будут проведены следующие мероприятия:

1. Обучающие тренинги для специалистов ПМСП, медицинских работников учебных заведений, учащихся и студентов;

2. Занятия для женщин репродуктивного возраста в школах здоровья, кабинетах планирования семьи;

3. Обучающие семинары для специалистов службы здорового образа жизни;

4. Позитивное освещение месячника и проблем туберкулёза в средствах массовой информации;

5. Проведение пресс-конференций и круглых столов;

6. В течение месячника будут организованы конкурсы, викторины, вечера вопросов и ответов, дебаты, дискуссионные клубы, вечера, шествия и другие мероприятия;

7. В День борьбы с туберкулезом будут организованы широкомасштабные акции и другие массовые мероприятия; распространены аудиоролики, видеоролики, информационно-образовательные материалы;

8. Разработаны, растиражированы и отправлены информационно-образовательные материалы по районам области;

9. В общеобразовательных школах, ВУЗах, Сузах будут организованы классные часы, проведены родительские собрания с освещением вопросов проблем туберкулёза.

Все мероприятия будут осуществляться с привлечением государственных, общественных, коммерческих организаций, известных деятелей культуры, науки, спорта для проведения пропаганды здорового образа жизни, профилактики туберкулёза, публичных выступлений, выступлений на радио и телевидении.

Туберкулез — это социальная проблема, бремя которой нельзя полностью перекладывать на медиков. Без личной ответственности за свое здоровье, без социальных гарантий на достойное качество жизни населения, туберкулез останется в числе главных угроз нашему общему будущему.

## ИЗУЧЕНИЕ РЕОЛОГИЧЕСКИХ СВОЙСТВ КРОВИ У БЕРЕМЕННЫХ С МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

МАМЕДИЛИЕВА Н.М., ИСЕНОВА С.Ш.

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г.Алматы

Считается, что динамика инфекционных и вирусных заболеваний приводит к нарушению гемостатических механизмов задолго до появления клинических признаков заболевания. Кроме того, наличие одних и тех же заболеваний, присутствие одинакового числа факторов риска, одна и та же экологическая среда не у всех женщин вызывает определенные нарушения в связи с разной активностью гемостатических систем (Казначеев В.П., 1980, Субботин Ю.К., 1987).

Материал и методы:

С целью изучения основных параметров системы гемостаза для оценки реологических свойств крови на микроциркуляторном уровне нами обследовано 128 беременных с микоплазменной инфекцией, из них: 98 беременных (1 группа) не получавших лечение микоплазменной инфекцией; 30 беременных (2 группа) с микоплазменной инфекцией диагностированной в период данной гестации и прошедших курс антибактериальной терапии после 24-28 недель беременности; 30 беременных (3 группа – сравнения) прошедшие предгравидарную подготовку. Исследования проводились во втором и третьем триместрах беременности.

Для определения особенностей плазменного звена гемостаза при микоплазменной инфекции проведено количественное определение в плазме крови растворимых фибринмономерных комплексов (РФМК) являющимся маркером тромбинемии и показателем интенсивности внутрисосудистого свертывания крови.

Результаты исследования:

При анализе полученных результатов, в 1 группе исследования со 2 триместра беременности в плазменном звене системы гемостаза отмечалась стойка гиперкоагуляция (РФМК 8,8 и 8,4 г/л). Полученные данные свидетельствуют о развитии тромбинемии у беременных с микоплазменной инфекцией. Вероятно, выявленные изменения связаны с постоянной активацией системы гемостаза в условиях постоянного персистирования микоплазменной инфекции. В то время как в группе беременных получавших антибактериальную терапию микоплазменной инфекции (без применения антикоагулянтов) с 28 недельного

срока отмечено снижение показателей РФМК от 8,6 г/л во втором триместре беременности до 6,2 г/л при доношенной гестации. Содержание РФМК во 2 группе исследования снижалось на 1,4 раза, однако, оставалось выше референтных значений, что может быть следствием активации персистирующей инфекции. В группе сравнения полученные результаты приближались к нормативным значениям.

Таким образом, результаты проведенных исследований указывают на наличие гиперкоагуляции в патогенезе хронического воспаления у беременных с микоплазменной инфекцией. Выраженная фибриногемия, длительная персистенция микоплазм определяет характер активации системы гемостаза, что ухудшает течение беременности и родов, а также состояние внутриутробного плода. Высокий уровень РФМК после проведенной терапии свидетельствует о сохраняющейся активности воспаления и раннем начале активации гемостаза, которая прогрессируя, имеет черты патологической. Полученные результаты позволяют своевременно выявлять нарушения в системе гемостаза и проводить их адекватную профилактическую и лечебную коррекцию. Нарушения в системе гемостаза являются звеном патогенеза многих заболеваний, характеризующихся нарушением взаимодействия клеток крови и плазменными ферментными системами.

С целью определения маркеров внутрисосудистого свертывания кроме РФМК определяли содержание ПДФ (продуктов деградации фибриногена/фибрина), которые также имеют способность откладываться на сосудистой стенке. Известно, что к третьему триместру беременности увеличивается свертывающий потенциал крови. Гиперкоагуляция или активация гемостаза не характерна для здоровых беременных во 2 триместре беременности, в крови у них не должны определяться маркеры внутрисосудистого свертывания крови: ПДФ, РФМК, Д-димеры.

При проведении исследований в группе беременных с микоплазменной инфекцией во втором триместре беременности продукты деградации фибриногена определялись в обеих группах (0,024 и 0,022, соответственно), в определялся.

Наличие ПДФ в крови со второго триместра беременности явилось основанием расценивать гиперактивность тромбоцитарного и плазменного звеньев гемостаза как несоответствующую физиологической беременности гиперкоагуляцию и следствием развития внутрисосудистого свертывания крови. Полученные результаты отражают повышение активности фибринолиза (прежде всего в материнской части плаценты, где зачастую обнаруживаются фибриновые бляшки) и можно рассматривать как защитный механизм системы гемостаза.

Таким образом, повышение уровня РФМК и ПДФ у беременных с микоплазменной инфекцией неизбежно ведет к диффузному микротромбообразованию. Кроме того, развитию микротромбозов способствовали гестационные изменения гемостаза — увеличение факторов свертывания, повышение адгезивно-агрегационных свойств тромбоцитов. Микротромбы вызывают окклюзию артериол, капилляров и венул. В ходе нашего исследования были найдены характерные изменения в морфологии плацент. Микроскопическое исследование плацент от женщин с микоплазменной инфекцией свидетельствует о расстройстве кровообращения, дистрофических изменениях в материнской и плодовой частях плаценты, нарушении компенсаторно-приспособительных реакций. Во всех наблюдениях обнаружена картина незрелости ворсин хориона, что лежит в основе нарушения сосудистых компенсаторных реакций. Нарушение кровообращения в различных отделах системы мать-плацента-плод проявляются гипоксией плода и формированием синдрома задержки внутриутробного плода.

Одним из самых информативных и распространенных скрининговых тестов является определение АЧТВ (определение активированного частичного тромбопластинового времени).

Изучение прокоагулянтной активности плазмы во втором триместре беременности у пациенток 1 и 2 группы исследования отмечается укорочение показателей АЧТВ, что также свидетельствует о гиперкоагуляции и риска возникновения тромбозов у пациенток исследуемых групп. Нами установлено, что отмеченная умеренная гиперкоагуляция в плазменном звене гемостаза, развивается раньше, чем гиперкоагуляция, связанная с циркуляторной адаптацией гемостаза, при физиологически протекающей беременности.

Относительно функционального состояния тромбоцитов в научной литературе высказываются несколько мнений: одни исследователи счи-

тают, что агрегационная активность тромбоцитов в процессе гестации практически не меняется, но незначительно возрастает их адгезивность, другие указывают на зарегистрированное повышение агрегационных свойств тромбоцитов. Доказано, что активация свертывания вызывает нарушение микроциркуляции, так как сопряжена с ухудшением реологических свойств крови из-за увеличения числа агрегантов тромбоцитов, появления крупных форм тромбоцитов, повышения их адгезивных и агрегационных свойств, перехода фибриногена в нерастворимые мономерные комплексы фибрина, роста протромбиновой активности, гипертромбинемии, накопления продуктов деградации фибрина. Все вышеизложенное приводит к нарушению микроциркуляторного русла и развитию так называемого хронического ДВС синдрома. Кроме того, известно, что запуск процесса свертывания крови, как правило начинается с активации, агрегации и адгезии тромбоцитов. С целью выявления нарушений тромбоцитарного гемостаза во втором триместре беременности проведен подсчет тромбоцитов, изучено изменение их агрегации под воздействием малых доз АДФ, адреналина и ристамицина (диаграмма). Определение адгезивно-агрегационных свойств тромбоцитов, чувствительность их рецепторов к различным индукторам агрегации позволяют судить о готовности тромбоцитов к развитию микротромбозов.

По результатам исследования средние значения числа тромбоцитов у беременных 1 и 2 группы исследования были существенно повышены по сравнению с их уровнем у пациенток сравнительной группы. При этом, у 28% обследованных беременных 1 группы и 25% пролеченных пациенток отмечался тромбоцитоз. У 12% беременных с микоплазменной инфекцией тромбоцитоз носил реактивный характер и наблюдался на фоне железодефицитной анемии. По-видимому, это связано с однонаправленными процессами перепрофилирования морфофункционального состояния клеточного звена гемостаза в сторону активации и реализации состояния гиперкоагуляции. При этом, у пациенток 1 и 2 группы исследования агрегация тромбоцитов, индуцированная ристамицином выросла на 1,82%, а адреналином на 1,69%, тогда как АДФ стимулированная агрегация изменилась незначительно. Чувствительность тромбоцитов к действию малых доз адреналина свидетельствует об изменении метаболизма катехоламинов, которые влияют на агрегационные свойства тромбоцитов. Оп-

ределение адгезивно-агрегационных свойств тромбоцитов, чувствительность их рецепторов к различным индукторам агрегации позволяет судить о функциональном напряжении системы гемостаза и готовности тромбоцитов к развитию хронического ДВС-синдрома, а также предполагает формирование микротромбов в микроциркуляторном русле.

Итак, одним из основных триггерных факторов патологической гиперкоагуляции при микоплазменной инфекции у беременных являлись дисфункция тромбоцитов и воспалительные изменения сосудистой стенки: повреждение интимы с последующей десквамацией эндотелия, выстилание внутренней поверхности сосудов фибрином, плазматическое пропитывание сосудистой стенки, пролиферативная реакция стенки сосуда в ответ на пристеночное тромбообразование, нарушение трофики. Изменения сосудистой стенки, в свою очередь, способствуют прогрессированию гиперкоагуляции, образуется порочный круг.

Появление и увеличение в плазме ПДФ и РФМК, гиперагрегация форменных элементов

крови — основные лабораторные признаки гиперкоагуляции. Главный ее морфологический признак — наличие микротромбов в сосудах гемомикроциркуляторного русла. Нарушение микрогемодиализации вследствие ухудшения реологических свойств крови не может не обусловить дисфункцию плаценты, развитие плацентарной недостаточности.

#### ТҰЖЫРЫМ

Микоплазмалық инфекцияда жүкті әйелдерде гиперкоагуляция, тромбоциттердің дисфункциясы мен кан тамырының қабыну өзгерістері анықталған: интиманың зақымдалуы мен эндотелийдің десквамациясы, тамырлардың ішкі қабатының фибринмен жабылуы, кан тамырларының плазматикалық сіңуі, қабырғалық троб түзілу мен трофиканың бұзылуына жауап ретіндегі кан тамырының қабырғасының пролиферативті реакциясы.

#### SUMMARY

During investigation of mycoplasma infected pregnant were found the hypercoagulation, thrombocytes disfunction and inflammation vascular wall: damage of intima with endotelial subsequent desquamation, inlay of internal vascular surface by fibrin, vascular wall plasmatical impregnation and proliferative reaction as the answer on the parietal thrombogenesis, trophic violation.

## АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И БОЛЬНЫХ СПИД В ГОРОДЕ АЛМАТЫ

*АХМЕТОВА Г.М., СУЛЕЙМЕНОВА Г.Р., КАРИМОВА Г.А.*

*Центр по профилактике и борьбе со СПИД,*

*Городской центр формирования здорового образа жизни, г. Алматы*

**Введение:** Неуклонное развитие эпидемии ВИЧ/СПИД в Республике Казахстан неизбежно сталкивает нас с проблемой летальности людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ). В связи, с чем целью данной работы является качественный анализ летальности при ВИЧ-инфекции для разработки превентивных мер, способствующих увеличению продолжительности и улучшению качества жизни людей живущих с ВИЧ.

Прогнозы об увеличении числа ЛЖВ и изменении качественных характеристик жизни у уже состоящих на Д-учете ВИЧ-позитивных, в сторону прогрессирования стадий заболевания, оправдываются. За более чем 20 лет распространения ВИЧ-инфекции в Республике Казахстан наблюдается увеличение числа пациентов с мани-

фестными стадиями заболевания в связи с переходом пациентов из одной стадии заболевания на следующую (таблица 1).

**Методы и материалы:** В сравнении с 2006 годом число пациентов в клинически выраженных стадиях увеличилось более чем в 2 раза (рисунок 1).

Летальный исход в 2008 году наблюдался у 6% ЛЖВ, от числа состоявших на Д-учете (59 случаев). Нарастающим итогом умерло 229 человек. Показатели летальности за последние три года остаются на одном и том же уровне, меняются только качественные характеристики. При анализе причин смерти выделились две группы: больные, умершие в результате заболеваний, и пациенты, погибшие из-за несчастных случаев. За последние годы отмечается изменение соотноше-

Таблица 1. Распределение диспансерной группы по стадиям заболевания за 2006-2008 гг.

годы	I клин стадия		II клин стадия		III клин стадия		IV клин стадия		Всего на учете
	абсолют	уд вес	абсолют	уд вес	абсолют	уд вес	абсолют	уд вес	
2006	415	83,7%	45	9,1%	35	7,0%	1	0,2%	496
2007	588	82,7%	57	8,0%	63	8,9%	3	0,4%	711
2008	774	80,5%	91	9,4%	91	9,4%	7	0,7%	963

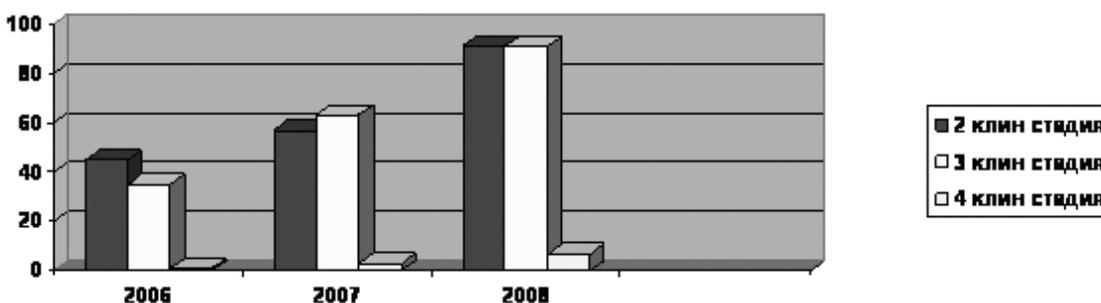


Рис. 1. Динамика количества больных манифестными стадиями ВИЧ-инфекции за 2006-2008 годы (абсолютные показатели)

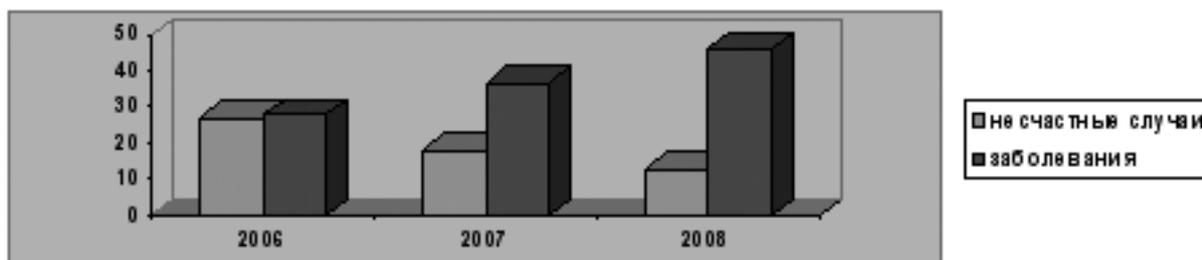


Рис. 2. Соотношение причин летальности среди ЛЖВ (абсолютные показатели)

ния в сторону роста смертности от различных заболеваний. В 2006 году соотношение летальности от заболеваний и несчастных случаев составило 1:1, в 2007 году 1:2, в 2008 году 1:3,5 (рисунок 2).

Основными причинами летальности явились туберкулез и гнойно-септические осложнения (по 30,5%). В последний год выросло число больных, умерших от гепатитов и цирроза печени (более 17%) (таблица 2).

Отмечено увеличение числа пациентов умерших от циррозов печени, т.е. гепатиты с переходом в цирроз печени приобретают все большее значение в структуре оппортунистических забо-

леваний у ЛЖВ, особенно в группе с парентеральным путем передачи ВИЧ-инфекции.

С другой стороны отмечается снижение случаев летальности от туберкулеза, что является несомненным результатом проводимой работы по профилактике и раннему выявлению туберкулеза среди ЛЖВ.

Большинству умерших больных по причине заболеваний при жизни была диагностирована III клиническая стадия ВИЧ-инфекции – это больные с туберкулезом и гнойно-септическими осложнениями (таблица 3). Причинами смерти больных с I и II клиническими стадиями были дилатационная кардиомиопатия (возможно токсичес-

Таблица 2. Причины летальных исходов диспансерных больных

Заболевание, причина смерти	2006 год		2007 год		2008 год	
	абсолют	Уд вес	абсолют	Уд вес	абсолют	Уд вес
Гнойно-септические заболевания	9	32,2%	9	24,3%	14	30,5%
Туберкулез	12	42,9%	15	40,6%	14	30,5%
Гепатиты, циррозы	2	7,1%	6	16,2%	8	17,4%
Сердечно-сосудистые заболевания	2	7,1%	2	5,4%	3	6,5%
Онкологические болезни	2	7,1%	1	2,7%	2	4,2%
Другие болезни	1	3,6%	4	10,8%	5	10,9%
Всего умерших в результате заболеваний	28		37		46	

Таблица 3. Клинические стадии ВИЧ-инфекции пациентов, умерших по причине заболевания

Клиническая стадия	2006 год		2007 год		2008 год	
	абсолют	Уд вес	абсолют	Уд вес	абсолют	Уд вес
I	1	3,6%	6	16,2%	4	8,7%
II	6	21,4%	4	10,8%	5	10,9%
III	17	60,7%	22	59,5%	33	71,7%
IV	4	14,3%	5	13,5%	4	8,7%

кого генеза), цирроз печени, панкреонекроз.

В 2008 году значительно улучшилась работа по оказанию медицинской и паллиативной помощи тяжелым больным, взаимодействие центра СПИД и стационаров города. В 2008 году 58% летальных случаев среди ЛЖВ произошли в различных медицинских организациях (МО) города. В 2007 году летальные случаи в стационаре составляли 47%.

За 2008 год не были осмотрены 2 больных (3,4% от всех летальных случаев за год) по причине выявления ВИЧ-инфекции после смерти больного. Иммуноблоты данных пациентов были получены после смерти. В 2007 году не осмотрены 3 (5,5%), в 2006 году — 8 человек (14,5%), что указывает на улучшение работы по направлению для обследования на ВИЧ-инфекцию практическими врачами городских МО, как результат проводимой образовательной работы среди медицинских работников городских клиник.

Особое внимание уделяется больным с диагнозом СПИД. Из 4 умерших в 2008 году с диагнозом СПИД: двое выявлены и наблюдались в Центре менее одного месяца, поэтому получить антиретровирусную терапию (АРТ) не успели. Один пациент прибыл из Астаны уже с диагнозом СПИД, но АРТ ему не была показана, другой прибывший из РФ АРТ начал в РФ, продолжил здесь. Трое из них умерли в МО, четвертый выписан накануне из ГКИБ. Всем больным с диагнозом СПИД была оказана высокоспециализированная медицинская помощь.

Таким образом, анализ летальности ВИЧ-инфицированных в г. Алматы позволил сделать следующие **выводы**:

1. С каждым годом увеличивается число ЛЖВ с II, III, IV клиническими стадиями ВИЧ-инфекции, поэтому требуется активизировать работу по приверженности к диспансерному наблюдению для своевременного назначения АРТ.

2. Соотношение смертности в результате несчастных случаев и заболеваний меняется в сторону увеличения заболеваний, как причины летальности среди ВИЧ-инфицированных. Необходимо организовать своевременную госпитализацию

тяжелых больных в стационары города, а также улучшить работу по лечению и профилактике оппортунистических инфекций.

3. В структуре смертности увеличивается удельный вес больных умерших в результате гепатитов и цирроза печени, что требует разработки комплексной программы по профилактике и лечению гепатитов.

4. Туберкулез остается одной из ведущих причин летальности больных с ВИЧ-инфекцией, хотя отмечается снижение удельного веса данных пациентов и является показателем эффективности сотрудничества двух служб: СПИД и туберкулеза. Несомненная эффективность профилактических мероприятий в данном направлении побуждает к дальнейшему внедрению совместных мер по профилактике туберкулеза среди ЛЖВ и выявлению ВИЧ среди больных туберкулезом.

5. Значительно улучшилась госпитализация больных в МО города и дифференциальная диагностика ВИЧ-инфекции врачами городских стационаров, что требует дальнейшей планомерной работы по обучению специалистов города по вопросам диагностики, наблюдения и лечения больных с ВИЧ-инфекцией.

#### **Разъяснение терминов и аббревиатуры:**

ВИЧ — вирус иммунодефицита человека

СПИД- синдром приобретенного иммунодефицита человека

ЛЖВ — люди, живущие с ВИЧ

МО- медицинские организации

АРТ - антиретровирусная терапия

ВИЧ-позитивный — человек с положительным анализом на ВИЧ

#### **Т У Ж Ы Р Ы М**

АКТК-мен өмір суретін адамдардың арасында манифесттік сатысының деңгейі көбеюде. АКТК/ЖКТБ-ауруының өсерінен өлімге ұшыраған адамдардың саны артауда. Туберкулездертінен өлген адамдардың саны әліде жоғары дәрежеде, сонымен қатар гепатит пен бауыр цирроздан қайтыс болған адамдардың саны көбеюде.

#### **S U M M A R Y**

The number of men live with HIV in manifest stage of disease is developing. The mortality is increasing by cause of disease HIV/AIDS. The mortality by tuberculosis stays high, the number of die person by hepatitis and zeros livery is increasing.

## ПОЛОВОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА

КУЛЬЖАНОВА Д.Р.

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, г.Алматы

В настоящее время, согласно оценкам ЮНЭЙДС и ВОЗ, на земле живут около 40 миллионов человек с ВИЧ.

В республике Казахстан на 01.01.09г. зарегистрировано 11709 ВИЧ-инфицированных, показатель на 100 тысяч населения составляет 66,7.

По классификации «ЮНЭЙДС» (Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу) эпидемия ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан находится на концентрированной стадии, а именно распространенность ВИЧ-инфекции среди населения в возрастной группе от 15 до 49 лет не превышает 0,5%.

Последствиям инфицирования людей ВИЧ в стране является быстрое развитие вторичных заболеваний и высокая смертность от СПИДа.

В настоящее время одним из ведущих факторов риска инфицирования наряду с потреблением инъекционных наркотиков являются незащищенные половые контакты, в динамике по годам отмечается увлечение доли гетеросексуального пути передачи (с 5% - в 2001 году до 29,1% - в 2008 году), преимущественно среди половых партнеров ПИН (потребителей инъекционных наркотиков).

Тенденция к повышению роли полового пути передачи в распространении ВИЧ-инфекции очень опасна, так как она может свидетельствовать о выходе эпидемии за пределы уязвимых групп в общее население.

Эпидемиологические данные свидетельствуют, что в гендерном аспекте среди ВИЧ-инфицированных преобладает мужское население, которое составляет – 73,4% от всех зарегистрированных случаев инфекции, на долю женщин приходится 26,6%, соотношение мужчин и женщин 2,8:1. При половом пути передачи ВИЧ-инфекции данное соотношение составляет 1: 1,9.

Ситуация по реализации полового пути передачи по регионам РК неравномерная. В 2008 году наиболее активная реализация полового пути передачи отмечена в Павлодарской области и составила 51%, в Актюбинской области 46,7%, Мангистауской области 43,8% (см. рис.1).

Предупреждение заражения ВИЧ-инфекцией половым путем может осуществляться благодаря безопасному половому поведению, применению презервативов, лечению болезней, передающихся половым путем (ИППП).

Усилия по профилактике ВИЧ уже давно нацелены на пропаганду правильного и постоянного использования презервативов. Научные данные подтверждают, что латексные презервативы оказываются весьма эффективными для профилактики передачи ВИЧ половым путем. Обеспечение широкого применения презервативов достигается благодаря их бесплатному распространению в системе медучреждений, пунктах обмена шприцев,

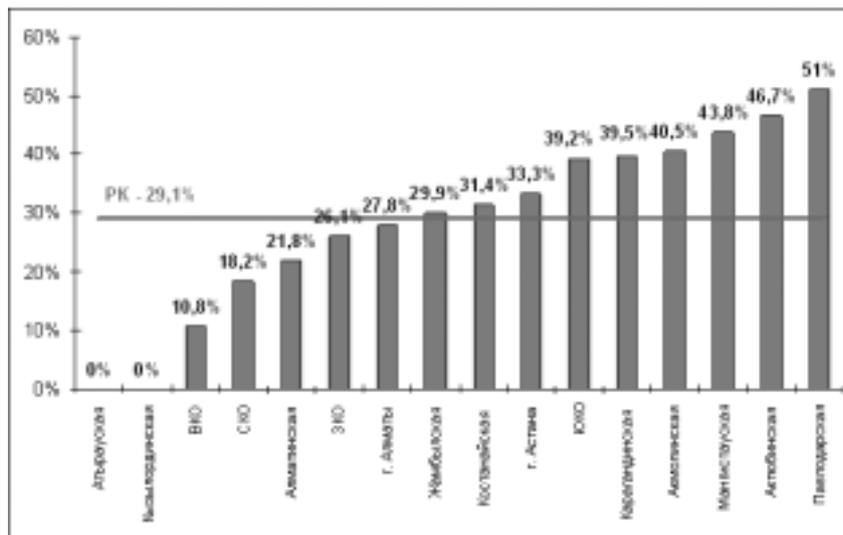


Рис. 1. Распределение полового пути передачи ВИЧ-инфекции в разрезе областей РК в 2008г.

в местах встречи и скопления представителей групп риска, а также их продаже через сеть аптек, магазинов, коммерческих киосков.

Значительно повышают риск приобретения и передачи ВИЧ болезни

- передающиеся половым путем (ИППП). В результате проведения эпидемиологических и биологических исследований были получены данные

- о том, что ИППП действуют в роли кофакторов заражения ВИЧ или его передачи. Открытие дружественных кабинетов анонимного лечения вне дермато-венерологической службы при областных, городских центрах СПИД, их оснащение, внедрение синдромного подхода и симптоматическое лечения ИППП увеличило доступ наиболее уязвимых групп населения к услугам по лечению ИППП на бесплатной конфиденциальной и анонимной основе. При организации медицинской помощи больным с ИППП учитываются особые интересы уязвимых групп населения, предусмотрено назначение лечения при обращении, отказ от проведения малоинформативных и длительных лабораторных анализов. В настоящее время в республике развернут 31 дружественный кабинет по лечению ИППП, которые используют признанные на международном уровне подходы к лечению больных. В 2008 году дружественные кабинеты посетило 18570 человек, получили синдромное лечение 11067.

Изменение полового поведения мужчин и женщин с повышенным риском ВИЧ-инфицирования является важным методом профилактики ВИЧ-инфекции. В центре внимания профилактических образовательных программ, направленных на изменение рискованного поведения находятся и молодые люди в возрасте 15-24 лет. По результатам поведенческих исследований, полученных при проведении дозорного надзора, установлено, что 22,5% учащейся молодежи имели опыт половой жизни, половые контакты в течение последних 12 месяцев были у 18,8%. Половые контакты повышенного риска (2-х и более половых партнеров) имели 12%. Среди опрошенной молодежи,

указавшей на наличие непостоянного полового партнера, при последней половой связи пользовались презервативами 74,3%. Процент молодых людей, которые правильно указали способы профилактики передачи ВИЧ половым путем и в то же время отвергли неверные представления о передаче ВИЧ составил 24%, 9% молодежи наблюдали у себя в течение 12 месяцев хотя бы один из симптомов ИППП, при этом обратились за медицинской помощью только 33,2%. Проходили тестирование на ВИЧ-инфекцию 16% и только 4% знают свой результат.

В соответствии с «Программой по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы» п. 5.4. «Реализация стратегии профилактики полового пути передачи ВИЧ-инфекции» в стране широко и систематически пропагандируется, в особенности среди молодежи, культура половых отношений, традиционные семейные ценности, отсрочка начала сексуальных отношений, ограничение половых контактов одним постоянным партнером. Также широко и систематически пропагандируется использование презервативов, обеспечен широкий доступ населения к качественным и доступным по цене изделиям. Принимаются меры по насыщению внутреннего рынка широким ассортиментом презервативов, с учетом потребностей разных групп населения.

Таким образом, основными приоритетными направлениями деятельности по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции половым путем являются: пропаганда использования презервативов, профилактика и лечение ИППП, повышение информированности и половое воспитание населения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о глобальной эпидемии СПИДа 2004г. ЮНЭЙДС/04.16R. с.78
2. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем и борьбы с ними, 2006-2015гг. ВОЗ. 2007г.
3. Шарман А. Синдром приобретенного иммунодефицита. Академия профилактической медицины, *NeiroNex*, Bethesda, MD, USA; 2006г. с.41-43
4. Программа по противодействию эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006 – 2010 годы.

## ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ С, В

УШКЕМПЕРОВА Г.С.,

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

Вирусные гепатиты (ВГ) – это группа распространенных и опасных для человека инфекционных заболеваний, которые значительно различаются между собой, вызываются разными вирусами, но все имеют общую черту – это заболевание, поражающее в первую очередь печень человека и вызывающее ее воспаление. Эпидемии желтухи были описаны еще в V веке до н.э. Гиппократом, но возбудители гепатита были открыты только в середине прошлого века.

Заболевание развивается чаще в молодом трудоспособном возрасте, что приносит огромный экономический ущерб государству, финансовые и человеческие потери.

По этиологической структуре, патогенезу, эпидемиологии, клинике и исходам эти заболевания крайне неоднородны. Различают 6 самостоятельных нозологических форм с известными возбудителями, обозначаемыми как вирусы гепатитов А, В, С, D, E, G.

Все вирусные гепатиты по международной классификации разделены на 2 группы:

1. Энтеральная группа – типичные кишечные инфекции, имеющие так называемый «фекально-оральный» путь передачи – к ним относятся вирусный гепатит А и вирусный гепатит Е.

2. Парентеральная группа – типичные кровяные инфекции – путь передачи – кровь и другие жидкие среды организма (сперма, грудное молоко и др.). Представители этой группы – вирусный гепатит В, вирусный гепатит С и вирусный гепатит D (дельта).

Республика Казахстан относится к региону с высокой эндемичностью распространения вирусного гепатита А, заболеваемость, которой доходит от 60 до 90% всех случаев вирусных гепатитов.

По данным ВОЗ число инфицированных вирусом гепатита В в мире более 2 миллиарда, распространенность гепатита С в развитых странах достигает до 2% всего населения.

Распространенность вирусных гепатитов (ВГ) с парентеральным путем передачи огромна. По разным оценкам, на земном шаре насчитывается 300–400 млн. гепатита В, ежегодно около 2 млн. человек погибают от заболеваний, связанных с вирусом гепатита В (ВГВ). Ежегодно от цирроза печени вирусной этиологии умирает более 1,5 млн. человек. С каждым годом заболеваемость гепатитом С в разных странах растет. Считает-

ся, что этот рост связан с ростом наркомании: 38–40% молодых людей, болеющих гепатитом С, инфицируются при внутривенном введении наркотиков.

Хронический гепатит С лидирует среди причин, требующих пересадки печени.

В России в последние 3 года отмечается рост заболеваемости как гепатитом В, так и гепатитом С. Число больных гепатитом С за год выросло более чем на 40%.

По данным российских исследователей, вирусный гепатит В встречается у 44,3 % взрослого населения, вирусный гепатит С – у 10,1 % среди всех заболевших острыми вирусными гепатитами. Распространенность ВГС среди детей России составляет 0,3–0,7 %.

Особую проблему составляют вирусные гепатиты у детей с онкогематологическими заболеваниями. Частота распространения ВГВ и ВГС достигает 70–80%. Общая инфицированность вирусами гепатитов В и С детей, находящихся в онкогематологическом стационаре составляет: ВГВ – 25–30 %, ВГС – 35–40 % и микст (ВГВ + ВГС) – 13,3 %.

В Республике Казахстан зарегистрировано вновь выявленных случаев заболевания:

	2006г.	2007г.	2008г.	2009г.
ВГ, всего	9564	11912	7272	5742
ВГВ	1192	846	692	509
% соотношения	12%	7%	10%	9%
ВГС	241	195	147	132
% соотношения	3%	2%	2%	2%
ХВГ, всего	1425	1751	1631	1585
в т.ч. ХВГВ	603	624	614	657
% соотношения	42%	36%	38%	41%
ХВГС	700	1045	920	824
% соотношение	49%	60%	56%	52 %

Из вышеизложенного видно, что из острых вирусных гепатитов:

на ВГВ приходится от 9 до 12%

на ВГС – от 2 до 3%,

из хронических вирусных гепатитов:

на ХВГВ приходится до 42%

на ХВГС – до 60%.

Основной процент заболеваемости приходится на взрослое население. Основной путь передачи в республике вируса гепатита С – посттрансфузионный (90%): переливание крови и ее компонентов, трансплантация органов от инфицированных доноров.

Коварностью вирусного гепатита С является бессимптомное, легкое, длительное течение, с незаметным переходом в хроническую форму — в виде цирроза или рака печени.

Так, например Центры по профилактике и борьбе со СПИД г. Астаны и Восточно - Казахской области при обследовании эпидемиологической ситуации по ВИЧ-инфекции среди лиц, находящихся в местах лишения свободы в 14 регионах республики выявили случаев вирусного гепатита С — у 43,2 %, сифилиса — у 2,4 %, Вич - инфекция — у 10,1 % осужденных.

Исход заболевания вирусного гепатита В в основном благоприятный, только 5-15% заболевания переходит в хроническую форму. При вирусном гепатите С — наоборот, 10-20% - выздоровление и 80-90% - хроническая форма, из них 40% заканчивается в течение 7 -20 лет циррозом печени, 60%- раком печени.

Для детей гепатит В представляет особенную опасность, так как будучи перенесенным в раннем возрасте, он в 50-95% случаев переходит в хроническую форму, в дальнейшем приводящую к циррозу печени и первичному раку печени. Чем младше возраст, тем выше вероятность стать хроническим носителем вируса. При инфицировании на 1-м году жизни частота хронизации заболевания достигает 70-90 %, в 2-3 года — 40-70 %, в 4-6 лет — 10-40 %, а у детей старше 7 лет — 6-10 %.

У новорожденных вирусный гепатит В в 90-95% протекает бессимптомно, без классической желтухи и в 70-90% случаев приводит к хроническому носительству вируса, а в 35-50% к хроническому гепатиту.

У взрослых эти соотношения другие - частота заболеваний с желтухой выше (30-40%), риск хронизации инфекции — ниже (6-10%). Эта зависимость связана со степенью зрелости иммунной системы, ибо на настоящий момент доказано, что чем лучше работает иммунитет, тем ярче, с большим количеством симптомов течет заболевание и тем ниже риск перехода инфекции в хроническую форму.

Сроки постинфекционного, поствакцинального иммунитета при вирусных гепатитах В, С: при ВГВ — постинфекционный иммунитет — пожизненный, поствакцинальный иммунитет — 5-10 лет для взрослых;

при ВГС — постинфекционный иммунитет — не длительный, имеются повторные случаи заболевания, поствакцинального иммунитета нет, т.к. не разработана вакцина.

По путям заражения вирусный гепатит С распределяется следующим образом:

• Парентеральный путь — при использовании зараженных медицинских инструментария, пре-

паратов крови, медицинских и других препаратов, в т.ч. только среди наркоманов регистрируется до 30-40% случаев ВГС от общего числа заболевших.

• Половой путь - мало актуален.

При незащищенном половом контакте с носителем вируса вероятность передачи составляет 3-5%.

• Передача инфекции от матери к ребенку.

От инфицированной матери плоду вирус гепатита С передается редко, не более чем в 5% случаев. Инфицирование возможно в родах, при прохождении родовых путей.

• Возможно заражение в салонах услуг - при выполнении пирсинга и татуировок, при маникюрах и педикюрах - инструментами, загрязненными кровью больного или носителя инфекции, возможно — при совместном использовании бритв, маникюрных принадлежностей и даже зубных щеток.

• Профессиональное заражение. Большому риску подвергаются медики, имеющие частые контакты с кровью - хирурги, стоматологии, сотрудники лабораторий.

• Большой процент заболевания с не выявленными причинами заражения. Процент не выясненных причин заболевания спорадических случаев доходит до 30-40%.

Доминирования какого либо пути заражения зависит от уровня медицинского обеспечения, соблюдения противоэпидемического режима в медицинских учреждениях и в других сферах обслуживания населения, от распространения наркоманий.

Выделяют три степени повышенного риска: Самый высокий риск заражения имеют:

Лица, употребляющие инъекционные наркотики

Лица, которыми переливали факторы свертывания крови до 1987 г.

Промежуточный (средне-повышенный) риск заражения гепатитом С имеют:

Пациенты, находящиеся на гемодиализе (аппарат «искусственная почка»)

Лица, которым были пересажены органы (трансплантация) или которым переливали кровь до 1992 г., и всем, кому была перелита кровь от донора, впоследствии оказавшегося с положительным результатом анализов на гепатит С

Лица с неустановленными заболеваниями (проблемами) печени

Младенцы, родившиеся от инфицированных матерей

К следующей категории (слабое повышение риска) относятся:

Медицинские работники и работники санитарно-эпидемиологической службы

Лица, имеющие половые контакты со многими партнерами

Лица, имеющие половые контакты с одним инфицированным партнером

Профилактика вирусных гепатитов В, С.

Основные подходы к снижению распространения вирусных гепатитов В, С:

1. Вакцинация ВГВ.

2. Интерферонотерапия.

Лечение гепатита В, С часто неэффективно, обходится дорого, не приводит к полному излечению и имеет многочисленные побочные реакции.

3. Улучшения качества медицинских услуг и меры общественного здравоохранения по снижению распространения и масштабов болезни.

4. Информационно-образовательная, инструктивно-коммуникационная работа среди населения.

Профилактика парентеральных гепатитов В, С.

Весь комплекс мероприятий направлен на снижение риска передачи инфекций между пациентами и медицинскими работниками при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями, которые разработаны в действующем приказе МЗ РК №

684 от 26 декабря 2008г. « О мерах по профилактике заболеваемости вирусными гепатитами в Республике Казахстан».

Контингенты, подлежащие обязательной и первоочередной по эпид.показаниям вакцинации против ВГВ:

1. Новорожденные, с целью предупреждения перинатальной передачи впервые 12 часов жизни, по схеме 0-2-4 месяца.

Если ранее непривиты, то:

2. Подростки, в связи с высоким уровнем заболеваемости;

3. Близкие контактные лица в очагах гепатита В для профилактики полового и бытового путей передачи;

4. Медицинские работники лечебно-профилактических организаций, не зависимо от форм собственности;

5. Студенты ВУЗов и СУЗов;

6. Реципиенты крови, ее компонентов и препаратов, независимо от кратности переливания;

7. Впервые выявленные ВИЧ-инфицированные;

8. Впервые выявленные лица, подлежащие гемодиализу и трансплантации;

9. Онкогематологические больные.

Меры профилактики бытового пути заражения:

Больному или инфицированному члену семьи необходимо соблюдать все меры, которые предотвратят передачу вируса другим членам семьи, в том числе:

- Не быть донором крови или органов для пересадки.

- Не пользоваться общими предметами обихода, которые могут послужить факторами передачи (бритвенные станки и приборы, эпиляторы, зубные щетки и нити, маникюрные наборы).

- При порезах и ссадинах прикрывать их бинтом или пластырем, чтобы кровь не попала наружу (если ему требуется сделать перевязку или поставить пластырь, нужно надеть медицинские перчатки). Установлено, что вирус гепатита С выживает во внешней среде (например, в засохших каплях крови) при комнатной температуре в течение, по крайней мере, 16 ч., и даже до 4 дней.

- Все места, куда случайно попали капли крови инфицированного члена семьи, должны быть обработаны дезинфицирующим раствором – например, хлорсодержащими моющими средствами, или раствором хлорной извести в разведении 1:100. Стирка при 60 градусах инактивирует вирус за 30 минут, кипячение – за 2 минуты.

Выводы:

Вирусные гепатиты серьезно влияют на состояние здоровья всей человеческой популяции. Угроза здоровью населения обусловлена высокой вероятностью развития хронических форм и злокачественного поражения печени, существенно ухудшающих качество и продолжительность жизни. Хронический гепатит С является непрерывно- прогрессирующим до цирроза и рака печени заболеванием. По мировым статистическим данным, вирус гепатита С приводит к 80% хронической формы гепатита С, к 40% цирроза печени, к 60% развитию рака печени. Сегодня это самая распространенная вирусная инфекция, поражающая в большей степени печень, но не только ее. Этот вирус может размножаться в других органах и проявляться заболеваниями суставной системы, кожи, эндокринной патологией, аллергией у 30-40% больных.

Фактически речь идет о пандемии, которая по масштабу в 5 раз превосходит зараженность вирусом иммунодефицита человека. К 2015 году ожидается рост инфицированности вирусом гепатита С более чем в 2 раза, а следовательно возрастет количество больных на стадии цирроза и рака печени. Это обосновывает необходимость серьезного отношения к заболеванию в части предупреждения и проведения системных профилактических мероприятий.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СРЕДИ МИГРАНТОВ И ПУТИ ПРОФИЛАКТИКИ

КУЛЬЖАНОВА Д.Р.

*Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД, г. Алматы*

ВИЧ-инфекция среди мигрантов — лиц, въехавших в РК, в т.ч. с целью осуществления трудовой деятельности, является одной из важных проблем, влияющей на распространение вируса иммунодефицита.

По оценкам Международной организации по миграции в мире около 175 миллионов человек, что составляет 3% населения планеты, живут вне страны своего гражданства. Исследования показывают, что вследствие социально-культурных и экономических факторов мигранты имеют повышенный риск заражения ВИЧ — инфекцией. Этому способствуют: ограничение прав за пределами родной страны, незнание законов, уязвимость для дискриминации и эксплуатации, также мигранты могут сталкиваться с ксенофобией, изоляцией и враждебностью со стороны части населения принимающей страны. Существуют целый ряд серьезных препятствий для получения мигрантами информации о профилактике заболевания и медицинской помощи: культурные, языковые различия, экономические барьеры, административные и законодательные ограничения. Пребывание в новой стране может провоцировать у рабочих-мигрантов поведение, более рискованное в отношении заражения ВИЧ. Это связано с тем, что нередко трудовая миграция означает разделение с семьей и постоянными партнерами, таким образом, повышая спрос на платные сексуальные услуги и увеличивая вероятность случайных связей. Оторванные от своего привычного социума рабочие мигранты становятся восприимчивыми к воздействию равного окружения, т. е. соотечественников, которые ранее прибыли в эту страну и уже приняли новые, иногда достаточно опасные, поведенческие стереотипы. Вследствие этого мигрантам может грозить повышенный риск заражения ВИЧ в стране пребывания. Этот риск, в свою очередь, распространяется на близких родственников и сексуальных партнеров в родной стране, которые могут заразиться при возвращении рабочих мигрантов на родину.

Республика Казахстан является одной из центрально-азиатских государств, где темпы роста экономики опережают соседние страны. Трудо-

вые мигранты из стран ближнего и дальнего зарубежья с целью получения высокого заработка прибывают в регионы республики с развитым производством в сфере нефтедобывающей промышленности и строительства.

В 2007г. в Республике Казахстан с целью предупреждения завоза и распространения ВИЧ-инфекции было принято Постановление Комитета ГСЭН № 10, регламентирующее обследование прибывающих иностранных граждан. В соответствии с данным Постановлением в 16 регионах РК Центрами по профилактике и борьбе со СПИД проводят обследование лиц, прибывающих из зарубежных стран на постоянное место жительства, а также на временное проживание на срок более 6 месяцев.

За период с 2007 по 2009гг. из прибывших в РК иностранных граждан обследовано 203538 человек, из них с ВИЧ-инфекцией выявлено 407. Удельный вес ВИЧ-инфицированных иностранцев составляет 6,3% от всех зарегистрированных случаев за данный период. Ближнее зарубежье составляет 96%, на страны дальнего зарубежья приходится 4%. Из стран ближнего зарубежья наибольшее количество ВИЧ-инфицированных составляют граждане Республики Узбекистан (46%), Российской Федерации (30%), Республики Кыргызстан (10%). По регионам республики наибольшее количество случаев регистрируется в г. Алматы и Южно-Казахстанской области.

Республиканским центром по профилактике и борьбе со СПИД с 2009г. проводятся исследования по профилактике ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в Казахстане в рамках проекта «Профилактика ВИЧ-инфекции на предприятиях, использующих вахтовый метод работы» при поддержке Проекта по контролю за СПИД в Центральной Азии (СААР). Целью данного исследования является снижения риска инфицированности ВИЧ среди трудовых мигрантов путем повышения уровня информированности и формирования навыков безопасного поведения. Данные мероприятия проводятся в 5 регионах РК: гг. Астана, Атырау, Мангистау, Аксай Западно-Казахстанской области и г. Темиртау Карагандинской области.

При проведении анализа полученных данных за 2009г. установлено:

1. 25% опрошенных рабочих имели половые контакты со случайными партнерами, при этом использовали презервативы только 51% их них.

2. На начальном этапе анкетирования только 20% были достаточно

информированы о ВИЧ-инфекции, уровень знаний и представлений о ВИЧ/СПИД до проведения обучающих семинаров составил 61,2%.

3. Уровень информированности после проведения обучающих семинаров вырос до 85%.

4. Процент рабочих-вахтовиков, практикующих рискованное половое поведение снизился до 16%.

Таким образом: Республика Казахстан является страной со значительным миграционным притоком, что может оказывать влияние на эпид-ситуацию по ВИЧ/СПИДу. Уязвимость данной

целевой группы к ВИЧ-инфекции определяется крайне низкой осведомленностью о путях передачи и профилактики ВИЧ, а также высокой распространенностью рискованных поведенческих практик. В связи с этим необходимо проводить активную профилактическую работу среди трудовых мигрантов путем повышения знаний о ВИЧ/СПИДе и пропаганде использования презервативов как надежного средства защиты.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бобрин А. ОИЗ. Практические аспекты организации профилактики ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов в России.

2. Хван Г.В. Профилактика ВИЧ-инфекции среди трудовых мигрантов Атырауской области. Журнал «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья» № 4 г. Алматы 2009г. с 166-167.

## КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНУТРИУТРОБНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

САСАЕВА С.Н.

Городской родильный дом №1, г.Алматы

Ведущая роль внутриутробных инфекций (ВУИ) среди причин неблагоприятных исходов определяет характер всестороннего изучения этой проблемы. Среди внутриутробных инфекций значительно возросла частота хламидийной инфекции.

Наряду с острым течением ВУИ, возможна длительная персистенция возбудителя с формированием латентного или медленно текущего инфекционного процесса. Представляет практический интерес клинических проявлений как острого, так и хронического течения хламидийной инфекции.

**Целью** исследования явилось изучение клинической характеристики острого и хронического течения внутриутробной хламидийной инфекции.

#### **Материал и методы исследования.**

Обследовано 200 новорожденных детей, находившихся в палате интенсивной терапии родильного дома №1 г. Алматы за период с 2001-2008 г.г. Верификация внутриутробной хламидийной инфекции проводилась методами ИФА и ПЦР путем определения специфических ан-

тител к антигену *Chlamydia trachomatis* и детекции ампликонов возбудителя. Контрольную группу составили 17 детей с отрицательными результатами ИФА и ПЦР на внутриутробные инфекции, находившиеся на стационарном лечении в отделении инфекции новорожденных с острой респираторной вирусной инфекцией и ее осложнениями – бронхиты, пневмония.

Всем детям исследовали сыворотки крови методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием тест – системы «Вектор Бест» (Новосибирск) для детекции специфических антител Ig G, Ig M к возбудителям TORCH-инфекций. Полимеразная цепная реакция проводилась в трех отдельных помещениях (зонах), согласно «методическим рекомендациям по проведению работ в диагностических лабораториях, использующих метод ПЦР» и инструкции по применению ПЦР – тест - систем «АмплиСенс™ 380», разработанных Центральным научно-исследовательским институтом эпидемиологии, г. Москва. Также использовались общепринятые методы вариационной статистики с

вычислением средних величин (M), ошибки средней для абсолютных и относительных величин (m), показателя достоверности различий при сравнении между группами (p). Статистическая обработка проведена на персональном компьютере Pentium IV в операционной системе Windows-Word 2000 с помощью приложения Excel.

#### **Результаты и обсуждение.**

Внутриутробная хламидийная инфекция подтверждена методами ИФА и ПЦР у 36-и новорожденных детей, из них в большинстве случаев (24 ребенка) диагностировано хроническое течение хламидийной инфекции, реже (12 детей) – острое течение. При хроническом течении в ИФА и ПЦР определялись антихламидийные IgG антитела и ДНК *Chlamydia trachomatis*. Острое течение верифицировано на основании антихламидийных M антител и ДНК возбудителя в ПЦР.

При анализе анамнестических данных у матерей больных детей выявлена высокая частота (54,2%) специфического кольпита, особенностью которого являлись торпидность, отсутствие эффекта от противогрибковой терапии. Течение настоящей беременности у каждой второй женщины протекало на фоне угрозы невынашивания, у каждой третьей – хронической фетоплацентарной недостаточности и гестоза с артериальной гипертензией, отеками и протеинурией. На УЗИ в 37,5% случаев констатирован синдром задержки развития плода. Преждевременные роды отмечены у трех женщин.

У большинства (66,7%) детей с острым течением заболевания клинические проявления инфекции начинались в раннем неонатальном периоде, что свидетельствовало о пренатальном заражении. Интранатальное инфицирование, при котором заболевание дебютировало на второй – третьей неделе жизни, имело место у четырех детей. Генерализованная форма хламидийной инфекции констатирована у 50% больных, субклиническая форма инфекции – также в 50%. Неврологические нарушения в виде сочетаний синдромов гипервозбудимости, двигательных и вегетативно-висцеральных расстройств с дальнейшей негрубой задержкой психомоторного развития диагностированы у всех детей. Пневмония, кишечный синдром и непрямая гипербилирубинемия составили симптомокомплекс генерализованной формы заболевания. У одного ребенка из этой группы отмечалось септическое состояние, очагами инфекции которого явились острая кишечная инфекция с высевом *Salmonella typhimurium*, пиелонефрит, обусловленный *E. coli*

с гемолитическими свойствами и двухсторонняя пневмония. Последняя, как правило, протекала остро, принимала затяжное течение, носила интерстициальный характер. Необходимо отметить, что при генерализованных формах хламидийной инфекции (66,7%) состояние детей было средне-тяжелым, кроме одного ребенка с сепсисом. В гемограмме наблюдался умеренный лейкоцитоз, другие показатели крови не изменялись.

При субклинических формах заболевания зарегистрирован лишь один очаг поражения в виде конъюнктивита, при этом состояние детей не страдало.

Хроническое течение хламидийной инфекции у недоношенных новорожденных характеризовался ранним проявлением сразу после рождения и манифестировал как респираторный дистресс-синдром. Среди неспецифических признаков заболевания отмечались гипербилирубинемия и замедленное восстановление массы тела.

Одной из наиболее часто встречающихся форм хламидийной инфекции являлась пневмония, которая регистрировалась в 62,5% случаев. Клинические признаки заболевания у трех детей начинались в периоде новорожденности. В клинической картине обращало на себя внимание поверхностное тахипное, скудные физикальные данные, признаки дыхательной недостаточности первой степени, отсутствие повышения температуры тела. На рентгенограмме грудной клетки выявлялись двусторонние, симметричные, мелкоочаговые инфильтраты. При этом у каждого второго ребенка имели место признаки хронической внутриутробной гипоксии и пренатальной гипотрофии, у каждого четвертого – признаки токсической кардиопатии – склонность к тахикардии, глухость сердечных тонов, диффузные изменения обменно-восстановительных процессов в миокарде по данным ЭКГ. У 30% больных пневмония принимала затяжное течение и наблюдалась до 6-и месячного возраста.

Конъюнктивит документирован у 41,6% детей, обычно двусторонний, со слизисто-гнойным отделяемым, который удерживался у большинства детей до 3х- 4-х месячного возраста.

В 37,5% случаев констатированы сочетания нескольких очагов поражения. При этом состояние ребенка оценивалось как тяжелое, а само заболевание трактовалась как генерализованная форма внутриутробной инфекции.

При генерализованных формах хламидийной инфекции у 20,8% пациентов выявлено поражение печени в виде фетального гепатита. У 50% из них гепатит имел тяжелое торпидное течение.

Среднее значение трансаминаз было: АлАТ-5,1; АсАТ – 4,0. У одного ребенка вследствие печеночной недостаточности развился геморрагический синдром.

Другими манифестными формами хламидийной инфекции являлись гастроэнтеропатия (33,3%), пиелонефрит (16,6%), вульвит (12,5%). В одном случае отмечался сепсис. В 41,6% случаев развивалась постнатальная гипотрофия первой степени.

У всех наблюдаемых пациентов регистрировались неврологические нарушения в виде повышения нервно-рефлекторной возбудимости. В постнеонатальном периоде констатируется высокая частота гипертензионно-гидроцефального синдрома (50%) с дальнейшим формированием гидроцефалии в 20,8% случаев, судорожного синдрома (33,3%), задержки психомоторного развития (33,3%).

В 25% случаев обнаружены врожденные пороки развития, в структуре которых отмечались anomalies почек в двух наблюдениях (гипоплазия, гидронефроз), сердца (ДМЖП), ЦНС (дисгезия мозга). У одного ребенка выявлены множественные пороки развития (сочетание гидроцефроза и ВПР неба и губы). Вероятно, хламидиоз вносит определенный вклад в развитие подобных пороков.

В гемограмме отмечались умеренный лейкоцитоз (в среднем  $14,3 \times 10^9$ ), эозинофилия в 41,6%, анемия первой степени в 33,3%, резкое повышение скорости оседания эритроцитов у 4-х детей (44,6 мм/час). У последних в моче наблюдались протеинурия, лейкоцитурия, цилиндрурия. Среднее значение титров специфических иммуноглобулинов G составило 1,856/0,216 и в 1,5 раза превышало титр материнских антител. ДНК *Chlamydia trachomatis* во всех случаях детектирована в моче, и лишь у двух детей – в крови.

Летальные исходы наблюдались у 4 (16,6%) детей, из них у троих в первые 6 месяцев жизни, и лишь у одного ребенка - в 3 года. Причинами

неблагоприятных исходов явились сепсис с очагами в легких, почках, кишечнике на фоне фиброэластоза и синдрома Дауна, множественные пороки развития, а также сердечная недостаточность на фоне ДМЖП со стенозом легочной артерии, усугубившейся острой кишечной инфекцией. У трехлетнего ребенка с синдромом Дауна, умершего от тяжелой пневмонии, развилось дистрофическое состояние на фоне ВПР - эмбриональной грыжи передней брюшной стенки.

Таким образом, внутриутробная хламидийная инфекция у новорожденных детей имеет как острое, так и хроническое течение. Манифестными формами острого течения хламидийной инфекции являются кишечный синдром (83,3%), пневмония (66,6%), гипербилирубинемия (50%), пиелонефрит (33,3%). Характерный симптом субклинической формы - конъюнктивит. Врожденные пороки развития усугубили течение хронической хламидийной инфекции, приведшей к летальному исходу. Неврологические нарушения, имевшие место во всех случаях, являются проявлениями гипоксически-ишемической энцефалопатии.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Самсыгина Г.А., Левшин И.Б., Непокучицкая Н.В., Бородин Т.М. Иммунологическая характеристика внутриутробного хламидиоза и миоплазмоза. *Вопр. терапии и иммунореабил.* 1997; 6: 123–7.
2. Королева Л.И. Роль факторов гуморального иммунитета в развитии перинатальной патологии при беременности, осложненной генитальным хламидиозом. *Российский вестник перинатологии и педиатрии.* 2000;5:15-20.
3. Вайншенкер Ю.И., Ивченко И.М., Нуралова И.В. и др. Хроническая хламидийная инфекция как причина демиелинизации и васкулита центральной нервной системы: некоторые аспекты диагностики. *Институт мозга. Вестник Санкт-Петербургского университета.* Сер.11. Вып. 2009. [http://www.med.pu.ru/archiv/vest/9\\_1/1\\_13.pdf](http://www.med.pu.ru/archiv/vest/9_1/1_13.pdf)
4. Лобзин Ю. В., Лященко Ю. И., Позняк А. Л. Хламидийные инфекции: Руководство для врачей. СПб., 2003. 399 с.

## ПРОФИЛАКТИКА УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ ПРИ ГЕНИТАЛЬНОМ МИКОПЛАЗМОЗЕ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

АСАНОВА А.Н.

Медицинский Центр «Денсаулык XXI», г.Алматы

Согласно данным современных исследователей более чем у 40% больных с воспалительными заболеваниями уrogenитальной системы являются генитальные микоплазмы, при этом наибольшее клиническое значение имеют 3 представителя класса микоплазм:

***Mycoplasma genitalium*, *Ureoplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*.**

*Mycoplasma genitalium* в настоящее время большинством исследователей рассматривается как патогенный микроорганизм, способный вызывать уретрит, цервицит, воспалительные заболевания органов малого таза и патологию беременности. Распространенность *Mycoplasma genitalium* среди мужчин без признаков уретрита, по данным разных исследователей, колеблется до 17%. У женщин с признаками воспалительных заболеваний органов малого таза 7—10% случаев в образцах шейки матки и/или эндометрия были выделены *Mycoplasma genitalium*.

### Объективные симптомы

Уретрит, вызванный генитальными микоплазмами:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала;
- слизистые выделения из уретры.

Вагинит, вызванный генитальными микоплазмами:

Цервицит, вызванный генитальными микоплазмами:

- отечность, рыхлость, гиперемия и зрозия слизистой оболочки шейки матки;

**Диагностика урогенитальных инфекционных заболеваний:**

Микроскопическое исследование клинического материала из уретры, влагалища и цервикального канала.

Лечение

**Схемы лечения урогенитальных инфекционных заболеваний, вызванных *M. genitalium***

- джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней

или

- доксициклин по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней;
- азитромицин 500 мг внутрь в первый день, далее по 250 мг в сутки в течение 4 дней.

**Схемы лечения урогенитальных инфекционных заболеваний, вызванных *Ureoplasma urealyticum*.**

Рекомендованная схема лечения:

- доксициклин по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7—10 дней.

Альтернативная схема лечения:

- джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7—10 дней.

**Схемы лечения урогенитальных инфекционных заболеваний, вызванных *M. hominis***

Рекомендованная схема лечения:

- джозамицин по 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 7—10 дней.

Альтернативная схема лечения:

- доксициклин по 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7—10 дней.

### Выводы:

1. Необходимо проведение клинико - лабораторного обследования и назначение лечения половым партнерам пациентов с выявленными урогенитальными инфекционными заболеваниями, вызванными *M. genitalium*, *Ureoplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*,

2. В период лечения и диспансерного наблюдения рекомендуется воздержаться от половых контактов или использовать барьерные методы контрацепции при половых контактах до установления критерия излеченности.

## ДИСЛИПИДЕМИЯ И РЕМОДЕЛИРОВАНИЕ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ

ТАЛИПОВА И.Ж.

Западно-Казахстанская Государственная медицинская академия  
имени Марата Оспанова, г.Актобе

При дефиците тиреоидных гормонов развивается вторичная дислипидемия. По данным одних авторов, субклинический гипотиреоз (СГ) в значительной мере способствует прогрессированию атеросклероза и относится к одному из наиболее значимых факторов риска развития дислипидемии и является существенным фактором риска сердечно-сосудистой патологии /1-3/. Другие авторы утверждают, что дислипидемия наблюдается только при явном гипотиреозе /4,5/. Одной из наиболее частых причин развития СГ является аутоиммунный тиреоидит (АИТ). Не проводилось изучение взаимосвязи дислипидемии у больных АИТ со структурной перестройкой артерий. Между тем изучение наличия таких факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) у больных АИТ, как дислипидемия, ремоделирование артерий имеет важное значение. Оно ответило бы на вопросы имеются ли при отсутствии явного гипотиреоза при аутоиммунном тиреоидите патологические сдвиги в сердечно-сосудистой системе, и следует ли проводить коррекцию дислипидемии и ремоделирования артерий с целью профилактики прогрессирования ССЗ.

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь гиперлипидемии с ремоделированием артерий у больных аутоиммунным тиреоидитом

**Материалы и методы.** В исследование были включены 55 пациентов с аутоиммунным тиреоидитом (44 женщин и 11 мужчин), средний возраст  $(52,6 \pm 7,2)$  лет и 21 больных без АИТ (18 женщин и 3 мужчин), средний возраст  $(52,6 \pm 6,8)$ . Больные состояли на учете у эндокринолога в

КДП № 2 и №3 г Актобе. Диагноз АИТ у этих больных был установлен ранее или во время проведения скрининга и верифицировался с помощью клинического обследования, определения концентрации в крови ТТГ, свободного Т4, АН к ТПО, тонкоигольной пункционной биопсии, УЗИ щитовидной железы.

В зависимости от функционального состояния ЩЖ больные АИТ были разделены на 3 группы: группа пациентов с эутиреоидным АИТ (Э) ( $n=19$ ), группа пациентов с субклиническим гипотиреозом (СГ) ( $n=19$ ), и 17 - с манифестным гипотиреозом (МГ). Контрольная группа, 21 человек без АИТ. Обследуемым проводилось определение уровня общего холестерина (ХС) по методу Ильяка, основанный на реакции Либермана-Бурхарда, триглицеридов ферментативным методом (ТГ).

Дуплексное сканирование общих сонных артерий (ОСА) проводили на ультразвуковом сканере «Vivid-3». Оценивали диаметр ОСА (средний диаметр в норме составляет  $0,6-0,9$  см), толщину комплекса интима-медия (ТИМ). Нормальной считали ТИМ при ее величине  $<1$  мм.

### Результаты.

При определении уровней ХС достоверные изменения выявлялись только в 4 группе пациентов АИТ с МГ. В других группах больных АИТ изменения уровней ХС недостоверны. Уровень ТГ достоверно был выше в группах пациентов с АИТ, наиболее высокий уровень отмечался в группах с субклиническим и манифестным гипотиреозом. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели общего холестерина и триглицеридов у больных АИТ

Показатели	ХС	ТГ
Контрольная	$4,83 \pm 1,3$	$1,61 \pm 0,5$
Эутиреоз	$5,40 \pm 1,5$	$1,93 \pm 0,4^*$
СГ	$5,50 \pm 0,8$	$2,28 \pm 0,6^{**}$
МГ	$6,05 \pm 1,0^{**}$	$2,45 \pm 0,8^{**}$

Примечание: \* -  $P < 0,02$ ; \*\* -  $P < 0,001$  достоверность по сравнению с контрольной группой.

Показатели	Контрольная 1 группа	Эутиреоз - 2 группа	СГ - 3 группа	МГ - 4 группа
ТИМОСА	0,79±0,1	0,87±0,1	0,97±0,1*	1,0±0,1*

Примечание - \*  $p < 0,05$  достоверность по сравнению с контрольной группой

Таблица 2. Показатели толщины комплекса интима-медия общих сонных артерий у обследуемых больных

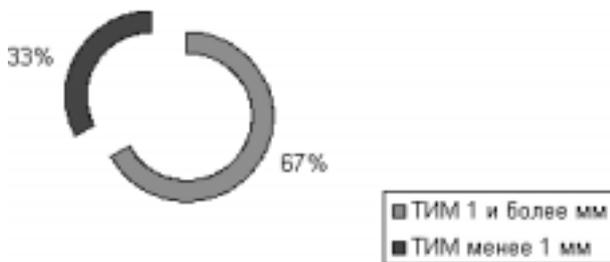


Рис. 1. Частота выявления увеличения толщины комплекса интима-медия среди больных АИТ

По данным дуплексного сканирования из 55 больных АИТ у 37 (67%) выявлено увеличение комплекса интима-медия ОСА 1,0 мм и более. В контрольной группе только в 9,5% ( $n = 2$ ) выявлено утолщение ТИМ ОСА, во 2 группе (эутиреоз) – в 47,4% ( $n = 9$ ), в 3 группе (СГ) – в 68,4% ( $n = 13$ ), в 4 группе (МГ) – в 88,2% ( $n = 15$ ). Это данные свидетельствуют о достаточно высокой частоте структурных изменений артерий не только у больных с гипотиреозом, но и у больных АИТ с минимальной тиреоидной недостаточностью. Частота выявления структурных изменений ОСА у больных АИТ представлена на рисунке 1.

Значения толщины интима-медия ОСА у исследуемых больных представлены в таблице 2.

Из таблицы видно, что толщина комплекса интима-медия ОСА в 3-ей и 4-ой группах достоверно отличается от этого показателя в контрольной группе.

При проведении у 55 пациентов с АИТ корреляционного анализа между ТИМ ОСА и уровнем ТГ выявлена тесная взаимосвязь между этими показателями ( $r = 0,64$ ,  $p < 0,05$ ). То есть, по результатам корреляционного анализа при увеличении уровня ТГ в крови больных АИТ увеличивается ТИМ ОСА.

#### Выводы:

1. По уровню ТГ группа больных с АИТ достоверно отличается от группы пациентов без АИТ.

2. У больных с АИТ отмечается достаточно высокая частота структурной перестройки ОСА (67%).

3. При увеличении уровня ТГ в крови больных АИТ увеличивается ТИМ ОСА.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Althaus B.U., Staub J.J., Ryff-de Leche A., et al. LDL/HDL-changes in subclinical hypothyroidism: possible risk factors for coronary artery disease. // Clin Endocrinol – 1988 – Vol. 28. – P. 157 – 163.

2. Tiethe M., Lupi G.A., Gutzwiller F., et al. Borderline low thyroid function and thyroid autoimmunity. Risk factors for coronary heart disease? // Br Heart J – 1981 – Vol. 46. – P. 202 – 206.

3. Cooper D.S., Halpern R., Wood L.C., et al. L-thyroxine therapy in subclinical hypothyroidism: a double-blind, placebo controlled trial. // Ann Intern Med – 1984 – Vol. 101. – P. 18 – 24.

4. Danese M.D., Ladenson P.W., Meinert C.L., Powe N.R. Effect of thyroxine therapy on serum lipoproteins in patients with mild thyroid failure: a quantitative review of the literature. // J Clin Endocrinol Metab – 2000 – Vol. 85. – P. 2993 – 3001.

5. Caraccio N., Ferrannini E., Monzani F. Lipoprotein profile in subclinical hypothyroidism: response to levothyroxine replacement, a randomised placebo-controlled study. // J Clin Endocrinol Metab – 2002 – Vol. 87. – P. 1533 – 1538.

#### ТҮЖЫРЫМ

Зерттеу максаты: аутоиммунды тиреоидитпен ауыратын наукастарда гиперлипидемия бар екендігін және оның эндотелийге тәуелді вазодилатациямен байланысын анықтау.

Кажетті құрал-жабдықтар және тәсілдер. Зерттеуге аутоиммунды тиреоидитпен ауыратын 55 наукас қатысты (44 әйел адам және 11 ер адам), орта жасы ( $52,6 \pm 6,8$ ) жас. Алынған нәтижелер мынадай қорытындылар жасауға мүмкіндік береді: 1) ТГ деңгейі бойынша АИТ ауыратын наукастар тобы АИТ ауырмайтын наукастардан әжептәуір айырмашылығы бар; 2) АИТ ауыратын наукастарда ОСА (67%) құрылыстың қайта жанаруында жоғары жиілік анықталады; 3) ТГ деңгейі жоғарлағанда АИТ ауыратын наукастардың қанында ТИМ ОСА жоғарлайды.

#### SUMMARY

The aim of research: to study hyperlipidemia presence and arteries remodeling in patients with autoimmune thyroiditis (AIT). Materials and methods. 55 patients with AIT (44 women and 11 men, middle age –  $52,6 \pm 7,2$ ) and 21 patients without AIT (18 women and 3 men, middle age –  $52,6 \pm 6,8$ ) took part in investigation. The received results allowed to make following conclusions: 1) the group of patients with AIT authentically differs from the group of patients without AIT by triglyceride (TG) level; 2) light rate of structural change of common carotid artery (CCA) (67%) is noted in patients with AIT; 3) thickness of intima-media complex of CCA increases in TG level rise in blood of patients with AIT.

## ИЗМЕНЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СТРЕССЕ

*КАПЫШЕВА У.Н., БАХТИЯРОВА Ш.К., КОЛБАЙ И.С., БАИМБЕТОВА А.К.,  
АХМЕТОВА М.Н., МАХМУДОВА Л.Х., КИСЕБАЕВ Ж.С., ЖАКСИМОВ Б.И.  
ДГП «Институт физиологии человека и животных» РГП ЦБИ КН МОН РК*

Получена экспериментальная модель стресс-индуцированных нарушений сердечно-сосудистой системы, основанная на применении комплекса стресс-факторов, характерных для развития сердечных патологий у человека. Установлено, что после 21-дневного стресса развивается сердечно-сосудистая недостаточность, особо выраженная у представителей слабого типа, у которых отмечаются глубокие изменения в сердце, характерные для прединфарктного состояния.

В основе пато- и морфогенеза гипертонической болезни лежит прогрессирующий атеросклероз коронарных сосудов – хроническое заболевание, развивающееся вследствие длительного действия психо-эмоциональных факторов. Серьезным осложнением атеросклероза является инфаркт миокарда и инсульт мозга [1,2]. С точки зрения эпидемиологии, частота развития инфаркта миокарда (ИМ) дает возможность оценить заболеваемость коронарных сосудов. Это индикатор одной из лидирующих проблем здоровья в мире, являющийся исходным показателем во многих клинических исследованиях [3]. Для исследования этапов развития сердечно-сосудистой заболеваемости и разработки профилактических мероприятий необходимы доклинические исследования на структурном и клеточном уровнях организма. Создание адекватной модели данного заболевания является сложной и многофакторной проблемой для исследователя любого ранга [4].

**Целью** настоящей работы явилась разработка экспериментальной модели стресс-индуцированных нарушений сердечно-сосудистой системы, максимально приближенной к человеческой.

**Методы исследований.** Экспериментальные исследования проведены на 90 белых беспородных лабораторных крысах, весом от 180 до 380г. В соответствии с программой исследований были определены функциональные особенности высшей нервной деятельности у интактных и опытных крыс в тесте «открытое поле» (ОП) [5] и «эмоциональный резонанс» (ЭР) [6] до и после 10 и 21-дневного стресса; проведены гистологические исследования в контрольной и опытной серии.

Методика получения стресс-индуцированных нарушений сердечно-сосудистой системы основана на хроническом (в течение 10 и 21 дней) ежедневном воздействии в течение определенного времени 4х астенизирующих и 2х невротизирующих факторов в условиях щадящей иммобили-

зации экспериментальных животных по определенной схеме, ранее разработанной и апробированной нами [7].

Морфологические исследования проводили на срезах сердец, окрашенных гематоксилином и эозином по Ван-Гизону.

Полученные результаты статистически обрабатывали с использованием программы Microsoft Excel и изменения параметров с учетом непарного критерия Фишера-Стьюдента считали достоверными при  $p < 0.05$ .

### Результаты исследований

#### 1. Индивидуально-типологические особенности поведения животных до и после действия стресс-факторов

**Параметры поведения крыс в «открытом поле» при контрольных исследованиях.** В результате проведенных исследований по поведенческим показателям теста ОП были выявлены 3 группы крыс. Первая группа крыс характеризовалась длительным периодом нахождения в центре, высокой горизонтальной и вертикальной двигательной активностью, невыраженным грумингом и низким показателем вегетативного баланса (меньше 1 болюса) (таблица 1). Крысы этой группы были отнесены к сильному типу ВНД.

Вторая группа крыс характеризовалась коротким периодом выхода в центр, низкой периферической и центральной горизонтальной активностью, ярко выраженным грумингом, низкой вертикальной активностью (до 9,3 стоек на периферии), низкой исследовательской активностью (обнюхивания и попытки заглядывания за край бортика), имела высокий показатель дефекации (4 болюса). Данную группу определили как животных со слабым типом ВНД. Оставшиеся животные, не вписавшиеся в обе группы крыс, были отнесены к животным промежуточного типа ВНД (таблица 1).

Таблица 1. Показатели поведенческих реакций в тесте ОП до невротизации по типам (контроль)

Показатель	Тип ВВД		
	Сильный	Промежуточный	Слабый
ДА	64,5±13,7	44,6±5,6	32,5±1,2
Тц, с	30,5±1,3	11,0±2,5	7,3±1,0
ВА	15,5±5,7	12,8±2,8	9,3±1,5
Болюсы, шт	0,8±0,1	2,4±0,1	3,8±0,3
Груминг, с	10,3±2,3	26,7±11,3	64,7±9,0

Где: ДА – число пересеченных горизонтальных квадратов; Тц, с – время нахождения животного в центральной части открытого пространства в сек; ВА – число вертикальных стоек; болюсы – число дефекаций, шт; груминг – время гигиенических процедур, отряхиваний, облизываний и т.д.

При этом отмечали, что передвижение животных сильного типа ВВД тесно взаимосвязано с временем нахождения в центральных квадратах – чем активнее животное, тем чаще оно посещает ярко освещенную центральную часть экспериментальной установки. Нахождение их в центре не сопровождалось усилением эмоционального напряжения – корреляция между количеством болюсов и двигательной активностью (горизонтальная и вертикальная), как показатель устойчивости нервной системы, стремится к -1,0, что также означает отсутствие страха и боязни незнакомой обстановки у данных крыс.

**Поведение животных в контрольном тесте «эмоциональный резонанс».** В экспериментах по методике ЭР было выявлено также 3 основных группы животных, отличающихся по скорости формирования условнорефлекторного поведения на эмоциональный раздражитель, с учетом выраженности двигательной и эмоциональной реакций поведения (таблица 2). В соответствии с показанными результатами все крысы были разделены на группу прогностически устойчивых к стрессу, прогностически неустойчивых к стрессу и промежуточного поведения.

В промежуточную группу вошли животные, показавшие средние значения двигательных реакций, исследовательского поведения и эмоционального резонанса в ответ на сигналы крысы-

«жертвы», подвергнутой электроболевному раздражению. Для формирования условного рефлекса этим крысам потребовалось от 8 до 15 опытов.

Высокоактивные в тесте ОП и высокоустойчивые к стрессу в тесте ЭР были отнесены в группу животных, условно обозначенных как с «сильным» типом ВВД (30,4%), низкоактивные в ОП и низкоустойчивые в ЭР – к животным со «слабым» типом (34,3%), оставшиеся к группе с промежуточным типом (35,3%).

## 2. Изменение поведения крыс в тестах «открытое поле» и эмоциональный резонанс» после 21-дневного действия стресс-факторов

На 15 сут после длительного стресса в поведении животных всех групп отмечали отсутствие ориентировочно-исследовательской реакции, груминга, развитие торможения всех функций организма. На 30 сут у единичных животных из «сильного» типа наметилась тенденция к частичному восстановлению функций ВВД: незначительно возросла двигательная реакция на фоне улучшения внешнего вида животных. В других группах появилась неполная реакция груминга, «имитация» гигиенических реакций на фоне полного отсутствия двигательной активности. Через 60 сут после 21-дневного стрессирования у всех животных было отмечено частичное восстановление двигательной активности, сопро-

Таблица 2. Показатели поведенческих реакций в тесте «эмоциональный резонанс» у крыс до невротизации (контроль)

Показатель	Устойчивость к стрессу		
	Устойчивые	Промежуточные	Неустойчивые
ДА	38,3±7,1	23,2±4,0	18,2±2,7
Т-го выхода, с	55,5±10,6	86,8±20,1	136,4±20,4
ЧВ	1,2±0,4	1,9±0,3	2,3±0,1
Болюсы, шт	1,0±0,4	2,9±0,5	5,5±0,5
Груминг, с	10,3±2,3	26,7±11,3	64,5±9,0

Где: ДА – число пересеченных горизонтальных квадратов; Т-го выхода, с – время нахождения крысы-различителя в благоприятном отсеке до 1-го выхода из него; ЧВ – число выходов из благоприятного отсека; болюсы – число дефекаций, шт; груминг – время гигиенических процедур, отряхиваний, облизываний и т.д.

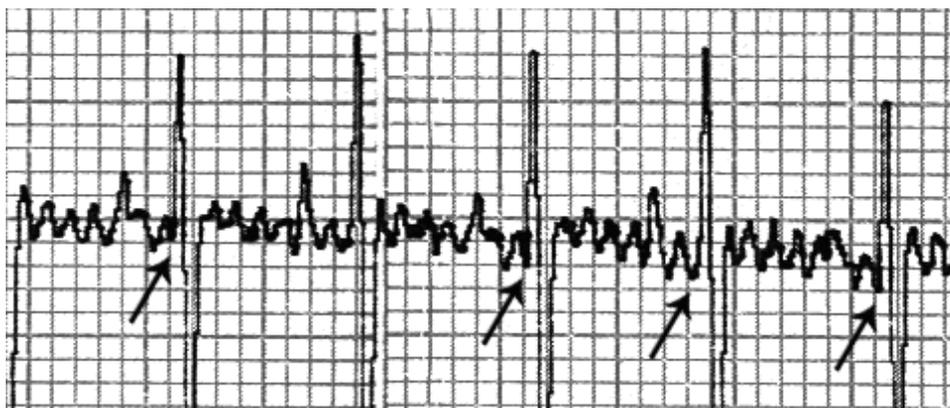


Рис. Электрокардиограмма крысы на 15 сутки после 21-дневного действия стресса (стрелками отмечены зубцы Q)

Таблица 3. Показатели поведенческих реакций в тесте ОП и ЭР на 60 сут после 21 сут невротизации

Показатели	Группы крыс по ИТО ВНД		
	«Сильный»	«Промежуточный» 60 сут	«Слабый»
ДА	32,1±4,2	26,3±11,2	13,9±6,1
Тц, с	1,3±0,03	1,2±0,03	0
Тго выхода, с	182,5±37,3	280,1±23,4	245,5±43,4
ВА	0	0	0
Болсы, шт	1,5±0,5	3,2±0,3	3,4±0,5
Груминг, с	0	0	30,0±7,6

Где: ДА – число пересеченных горизонтальных квадратов; Тц, с – время нахождения животных в центральной части открытого пространства в сек; ВА – число вертикальных стоек; болсы – число дефекаций, шт; груминг – время гигиенических процедур,

вождаемое частыми реверсами и сменой эмоциональной реактивности: замирания, бег, ступор и т.д. У животных с «сильным» типом отмечено восстановление условно-рефлекторного поведения на эмоциональный раздражитель в тесте ЭР. У животных слабого и промежуточного типа ВНД сохранилась дезинтеграция корково-подкорковых механизмов, что выразилось в сниженной активности условно-рефлекторной и эмоциональной деятельности (таблица 3).

Также у многих животных слабого и промежуточного типа на фоне двигательной активности отмечали тремор конечностей, вокализации, урикации. У животных со «слабым» типом проявилась реакция груминга, в то время как в других группах не была отмечена.

Таким образом, после 3-недельного хронического стресса у крыс с разными ИТОП развитие поведенческих нарушений указывает на развитие пассивно-оборонительного поведения, развивающегося как следствие синдрома дезинтеграции кортико-висцеральных систем, обеспечивающих адаптацию поведения в меняющейся среде. Такое состояние сохранилось на протяжении всего исследуемого периода и отрази-

лось в виде заторможенности двигательной и эмоциональной активности у животных с «сильным» и «промежуточным» типом. Следует особо выделить, что группа крыс со «слабым» типом оказалась самой уязвимой в условиях хронического стресса, демонстрируя состояние глубокой заторможенности двигательной и эмоциональной активности, скрытый уровень тревожности и снижение вегетативных реакций, немотивированную вокализацию, тремор конечностей. Уровень восстановления ОИР и УРП не превышал 25% контрольных данных.

### 3. Изменение электрокардиограммы крыс после 21-дневного действия стресс-факторов

Как показано на рисунке, после действия стресс-факторов были обнаружены следующие изменения на ЭКГ: появление патологического зубца Q, расщепление RS-T сегмента, по сравнению с контролем, частота появления патологических зубцов Q составляла за 3 сек записи (15 см ленты) от 3 до 9, у большинства крыс уменьшалось количество QRST-комплексов за определенный интервал времени, уменьшалась амплитуда и интервал зубца P, появлялись зубцы c

расщеплением, отмечено уменьшение интервала между зубцами P-Q(R) и Q-T, снижение амплитуды зубца T. Отмеченные изменения имели общий характер, но более четко были выражены у представителей слабого типа ВНД.

Анализ полученных данных показывает, что обнаруженные изменения в ЭКГ животных характерны для развивающейся сердечно-сосудистой недостаточности и прединфарктного состояния. Описанные изменения фазы реполяризации как самой чувствительной, по-видимому, отражают комплекс патологических влияний на миокард: сложные метаболические, связанные с гипоксией, сдвиги, происхождение которых можно объяснить психоэмоциональным напряжением и длительностью воздействия стресс-факторов на фоне выраженной тахикардии, особенно выраженной после 21-дневного стресса. Все это указывает на развитие сердечнососудистой патологии [8].

Переходя к обсуждению полученных данных, следует отметить следующее. Как известно, высшая нервная деятельность представляет собой интегративную аналитико-синтетическую деятельность высших отделов мозга – коры и ближайших подкорковых отделов головного мозга, обеспечивающую индивидуальное поведенческое приспособление человека и высших животных к меняющимся условиям внешней среды [9]. После 3-недельного хронического стресса у крыс с разными ИТОП было отмечено развитие глубоких поведенческих нарушений с характерным пассивно-оборонительным поведением, свидетельствующим о дезинтеграции кортико-висцеральных систем, что не обеспечивает адаптацию организма в меняющейся среде. При этом группа крыс слабого типа оказалась самой уязвимой в условиях хронического стресса, демонстрируя пассивно-оборонительную стратегию поведения, в основе которой лежит глубокая заторможенность эмоциональной сферы. По литературным данным, такое состояние нарушает вегетативный баланс в организме и влечет развитие разнообразных патологий, в данном случае – сердечно-сосудистой системы [9]. Гистологические исследования подтвердили наши предположения о развитии сердечно-сосудистой патологии у животных, подвергнутых действию комплекса стресс-факторов: наблюдаются выраженные изменения коронарного кровообращения в виде расширения коронарных сосудов, связанное с изменением реакции стенки сосудов, а также возникновение очаговых кровоизлияний. По

литературным данным описанные нарушения впоследствии могут привести к инфаркту миокарда [10].

Таким образом, нами получена экспериментальная модель стресс-индуцированных нарушений сердечно-сосудистой системы, основанная на применении комплекса стресс-факторов, характерных для развития сердечных патологий у человека. Установлено, что после 21-дневного стресса развивается сердечно-сосудистая недостаточность, особо выраженная у представителей слабого типа, у которых отмечаются глубокие изменения в сердце, характерные для прединфарктного состояния.

#### ЛИТЕРАТУРА

- 1 *Судаков К.В.* Стресс: постулаты, анализ с позиций общей теории функциональных систем // Журн. ВНД. - 1992. – Т.42, вып.1. - С. 86-93.
- 2 *Судаков К.В.* Новые акценты классической концепции стресса // Бюлл.эксперим.биол.и мед. - 1997. - № 2. - С.124-130.
- 3 Обращение объединенной рабочей группы Европейского общества кардиологов, Американского кардиологического колледжа, Американской ассоциации сердца и Всемирной кардиологической федерации / <http://american heart.org>.- 2008.
- 4 *Сыркин А.Л.* Инфаркт миокарда.- М.: изд-во МИА.- 2006.-466с.
- 5 *Hall C.S.* Original methods // J.Comp.Psychol. 1934. V.18. P.385.
- 6 *Симонов П.В.* Условные реакции эмоционального резонанса у крыс //Нейрофизиологический подход к анализу внутривидового поведения. М.- 1976.- С.6.
- 7 *Капышева У.Н., Колбай И.С., Байдалинов А.И.* Определение типологических особенностей высшей нервной деятельности у крыс с использованием корреляционного анализа // Известия МОН, НАН РК. Сер.биол.и мед. - 2004. - № 3. - С.55-58.
- 8 *Зудбинов Ю. И.* Азбука ЭКГ. Издание 3-е. Ростов-на-Дону: изд-во «Феникс», 2003.- 160с.
- 9 *Айрапетянц М.Г.* Участие церебральной гипоксии в патогенезе неврозов (новая концепция) // Журн. ВНД. – 1997. – Т.47, вып.2. - С.412-419.
- 10 *Луговская С.А., Почтарь М.Е.* Гематологический атлас.-М., 2008.-11с.

#### ТҰЖЫРЫМ

Адамдардағы жүрек-кантамыр ауруларының дамуын сипаттайтын, стресс-факторлар кешенін пайдалануға негізделген, жүрек кантамырлар жүйесінің стресс-индукциялық ауытқуларының тәжірибелік моделі жасалынды.

#### SUMMARY

An experimental model of stress-induced disturbances in cardiovascular system, based on application of stress-factors' complex, which is characteristic for development of cardiac pathologies in human, was received. It is established that after 21-day stress the cardiovascular insufficiency were developed. They are especially expressed in weak type humans and accompanied with strong changes in heart tissue, which are characteristic for pre-infarction statuses.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИОКСИДАНТОВ ПРИ ДЕЙСТВИИ ХРОНИЧЕСКОГО СТРЕССА

КАПЫШЕВА У.Н., БАХТИЯРОВА Ш.К., БАИМБЕТОВА А.К., АХМЕТОВА М.Н.  
ДГП «Институт физиологии человека и животных» РГП ЦБИ КН МОН РК

На основе литературных и собственных данных обосновывается правомерность использования биологически активных веществ, таких как биосластилин, представляющий собой экстракт корня солодки, обогащенный глицирризиновой кислотой, витамин Е, витамин С для коррекции невротических нарушений у крыс с различными индивидуально-типологическими особенностями поведения.

Одним из важнейших вопросов современной физиологии является разработка и усиление мер по укреплению психического здоровья населения. Непрерывная интеграция физиологических функций для достижения «потребных для организма адаптивных результатов», влечет развитие комплексной интеракции факторов окружающей среды с защитными системами самого организма [1, 2]. Экстремальные факторы среды вызывают нарушение такого взаимодействия вследствие развития стресс-реакции. Установленный факт, что хронический стресс ведет к морфологическим и функциональным изменениям структур мозга гипоксической природы, дает возможность успешного применения антиоксидантов с антигипоксическим эффектом для профилактики и терапии неврозов [3,4]. Нами было исследовано действие биосластилина - вытяжки из солодкового корня, обогащенной до 70-80% основным компонентом - глицирризиновой кислотой, на развитие невротических расстройств в сравнении с известными антиоксидантами – витамином Е и С.

Цель исследования – выявить протекторный эффект биосластилина при действии как эндогенного, так и экзогенного стресса в сравнении с а-токоферолом и витамином С.

### Методы исследования

Эксперименты по моделированию различных ситуаций стресса для формирования экспериментального невроза проводились на 200 белых лабораторных крысах-самцах массой 200-250 г с учетом требований Правил проведения работ с использованием экспериментальных животных [Приказ Минздрава СССР № 755 от 12 августа 1977 г.].

Типологические особенности поведения животных определяли в тестах «открытое поле» (ОП) и «эмоциональный резонанс» (ЭР) [5,6].

1. Метод открытого поля характеризует в большей степени врожденные свойства ВВД животных на основе двигательной горизонтальной и вертикальной активности в условиях умеренно-

го стресса [5].

2. При исследовании условнорефлекторного поведения животных в тесте «эмоциональный резонанс» на условный раздражитель – вокализацию крысы- «жертвы», формировалось эмоциональное взаимодействие двух крыс, которое используется в качестве основы для прогноза их стрессоустойчивости [6]. Сам тест на «эмоциональный резонанс» означает добровольный выход крысы-реципиента из предпочитаемого отсека на условный раздражитель - вокализацию крысы-жертвы. Реакция считалась выработанной, если животное проводило в предпочитаемом помещении менее 100 с при 5-мин тестировании. Для выработки условнорефлекторного поведения на эмоциональный раздражитель потребовалось от 4 до 15 опытов в зависимости от индивидуально-типологических особенностей поведения (ИТОП) животных.

Сравнительный анализ поведения животных в условиях кратковременного умеренного стресса в тесте ОП и хронического стресса в тесте ЭР позволил условно выделить 3 группы крыс, достоверно различающихся по поведению в зависимости от ИТОП [7]. Первая группа крыс, обозначенная как животные с сильным типом ВВД, отличалась высокой двигательной активностью и резистентностью к стрессу (30%); вторая группа - крысы со слабым типом ВВД, обладали низкой двигательной активностью и минимальной эмоциональной реакцией на вокализацию крысы-жертвы (33%); третья группа – животные промежуточного поведения (37%).

3. При невротизации применялось хроническое каждодневное воздействие 5 астенизирующих и 2х невротизирующих факторов в условиях щадящей иммобилизации экспериментальных животных по определенной схеме, разработанной и апробированной ранее [8]. Ежедневно по 5 часов, в течение 3х недель воздействовали на крыс комплексом факторов, включающих 5 астенизирующих факторов: 1) постоянный бытовой шум

мощностью 30 дБ; 2) мигающий свет; 3) дестабилизация опоры; 4) «психоз» толпы - визуальный и сенсорный контакт невротизируемых крыс; 5) действие пониженного температурного фактора (+16°C) в помещении; 2 невротизирующих фактора включали неизбежное действие тока на пол клетки в случайном порядке и мягкую иммобилизацию в виде ограничения горизонтальной подвижности животного, но с оставленной возможностью совершать прыжки вверх. Длительное сочетанное действие невротизирующих и астенизирующих факторов приводило к развитию невротических нарушений интегративной деятельности мозга животных во всех сериях опытов.

При алкоголизации крысам в первые 10 суток давали 15%-ный раствор этанола перорально в дозе 10 мл, а в последующие 11 суток – в дозе 15 мл на животное.

Для коррекции невротических нарушений использовали следующие биологически активные вещества: 1) биосластилин - 0,25 мг на крысу; 2) витамин Е (α-токоферол) - 1,5 МЕ на животное; 3) витамин С (аскорбиновая кислота) - 0,25 мг на крысу, которые давали ежедневно перорально в течение 3-х недельной невротизации и алкоголизации.

Полученные данные обрабатывали статистически с использованием компьютерной программы Microsoft Excel и изменения считали достоверными при  $p < 0,05$ .

#### Результаты экспериментов

После 21-сут хронического воздействия невротизирующих факторов и приема алкоголя поведение крыс во всех сериях опытов достоверно различалось по обследованным показателям, характеризующим степень развития экспериментального невроза и алкоголизации. Были установлены значительные сдвиги врожденных и приобретенных реакций, выраженность которых зависела от индивидуально-типологических особенностей поведения экспериментальных животных и вида принимаемого антиоксиданта.

Было установлено снижение уровня двигательной и исследовательской активности на 75-80%, стрессоустойчивости - на 85-90% у животных контрольной серии, не получавших БАВ во время невротизации и алкоголизации. При этом животные с сильным типом отличались повышенной эмоциональностью и тревожностью. Для животных слабого и большей части промежуточного типа характерной чертой поведения было состояние депрессии на фоне полной эмоциональной ареактивности. В этих группах значительно возросло время грумминга – как одного

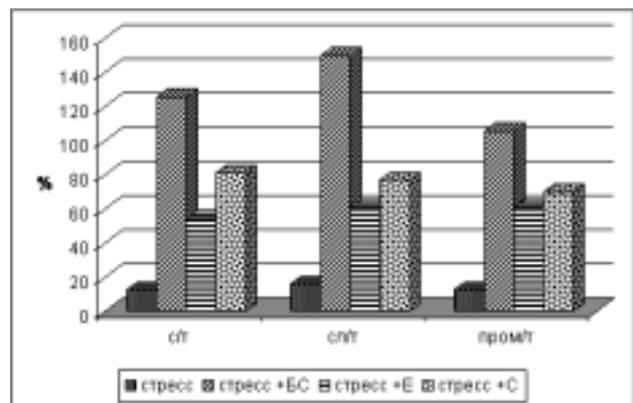


Рис. 1. Двигательная активность (%) животных с сильным (с/т), слабым (сл/т) и промежуточным (пром/т) при стрессе и его сочетании с БАВ

из приемов врожденного поведения для снижения эмоционального напряжения.

Подкормка биосластилином во время 3-х недельной невротизации оказала положительное влияние на уровень сохранности врожденных поведенческих реакций животных: исследовательская и двигательная активность превысила доневротический уровень на 20-30% (рис.1). Условнорефлекторное поведение, сформированное в тесте «эмоциональный резонанс», в среднем по всем группам сохранилось в пределах  $33 \pm 3\%$  от доневротического уровня. Однако активность эмоционального взаимодействия невротизированных животных под влиянием биосластилина различалась от ИТОП и составила  $50 \pm 5\%$  у животных с сильным типом,  $30 \pm 5\%$  - у остальных, по сравнению с доневротическими показателями. Кроме этого во всех группах наблюдали демонстрацию высокого уровня тревожности и скрытого эмоционального напряжения (рис.2).

В сравнении с биосластилином прием витамина Е во время невротизации повлиял более всего на резистентность к стрессу: условнорефлекторная реакция на эмоциональное взаимодействие крысы-реципиента и крысы-жертвы проявлялась в 90% и более у животных с сильным типом ВНД, 86-88% - у животных промежуточного поведения, и 75-78% - у особей со слабым типом (рис.2). Также было отмечено достоверное снижение количества выходов из благоприятного отсека, времени грумминга и числа болюсов, что говорит о положительном влиянии приема α-токоферола на уровень тревожности и скрытого эмоционального напряжения во всех группах.

При применении витамина С во время невротизации и алкоголизации было также установлено его положительное влияние на врожденные и приобретенные реакции поведения, в том числе и

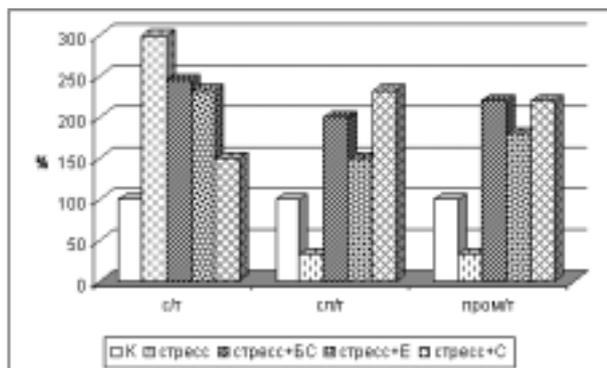


Рис. 2. Изменения уровня тревожности у животных с сильным (с/т), слабым (сл/т) и промежуточным (пром/т) при стрессе и его сочетании с БАВ

на резистентность к стрессу. Однако, следует отметить, что уровень сохранности адаптивности поведения при приеме витамина С по сравнению с действием биосластилина и витамина Е значительно ниже. Так, исследовательская и двигательная активность у животных с сильным и слабым типом ВНД была примерно на одном уровне, составляя от доневротического  $73 \pm 8\%$ , а условно-рефлекторное поведение на зоосигналы крысы-жертвы сохранилось лишь у незначительной части невротизированных животных (рис.1,2).

Характерной чертой поведения животных в данной серии опытов было сохранение высокого уровня тревожности и эмоционального напряжения (рис.2). Также было отмечено значительное увеличение числа дефекаций и времени груминга.

Переходя к обсуждению, следует отметить, что результаты исследований показали, что 21-дневный стресс - невротизация и алкоголизация животных - ведет к дезинтеграции высших функций мозга и, как следствие этого, развитию глубокой депрессии и дезадаптации в окружающей среде. Результаты, полученные в опытах с применением БАВ во время действия экстремальных факторов внешней среды, как экзогенных (невротизация), так и эндогенных (алкоголизация), свидетельствуют о необходимости подбора антиоксидантов в целях профилактической коррекции невротических расстройств. Действие БАВ значительно смягчает период развития невроза и сохраняет или ускоряет период восстановления компенсаторно-адаптационных механизмов интегративной функции мозга без периодов депрессий. Очевидно, что положительная роль БАВ связана, в первую очередь, с их антиоксидантными и антигипоксическими свойствами, благодаря которым уменьшается количество свободных радикалов, снижается их повреждающее воздей-

ствие на мембрану клетки, в результате происходит усиление общей резистентности организма на неблагоприятное действие экстремальных факторов среды [9-11]. Однако следует отметить и обнаруженные различия в положительном профилактическом эффекте применяемых нами антиоксидантов. Все 3 вещества оказывают положительный эффект на двигательную активность невротизированных животных и предупреждают развитие депрессии, обычно сопровождающей невротические расстройства, но условно-рефлекторное приобретенное поведение более всего сохраняется у животных, принимавших витамин Е. Было установлено влияние индивидуально-типологических особенностей на развитие отклонений: у животных высокоактивных и устойчивых к действию стресса нарушения сомато-вегетативных функций проявлялись в меньшей степени, нежели у животных с низкой активностью и резистентностью к действию экстремальных факторов.

#### ЛИТЕРАТУРА

- 1 Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональных систем. - М.- Наука.-1980.- С.
- 2 Судаков К. Новые акценты классической концепции стресса // Бюлл. эксперим.биол. и мед. - 1997. - № 2. - С.124-130.
- 3 Айрапетянц М.Г. Участие церебральной гипоксии в патогенезе невротозов (новая концепция) // Журн.высш.-нerv.деят. - 1997. -Т.47, вып.2.-С.412-419.
- 4 Айрапетянц М.Г. Механизмы патогенеза невротозов // Журн.высш.нerv. деят.-2005.-Т.55, №6.- С.734-746.
- 5 Hall C.S. 1934b. J.Comp.Psychol.- V.18.-P.385
- 6.Симонов П.В. Условные реакции эмоционального резонанса у крыс // Нейрофизиологический подход к анализу внутривидового поведения. М.: Наука, 1976,С.6
- 7 Капышева У.Н. Методика определения типа ВНД в эксперименте // Известия ВУЗов, Бишкек.- 2005.-№5.- С.224-227
- 8 Капышева У.Н. Сравнительная характеристика методов невротизации крыс// Вестник КазНУ.Сер.биол. - 2004.-№2 (23).- С.102-104.
- 9 Болдырев А.А. Окислительный стресс и мозг //Соровский образовательный журнал.-2001.-Т.7, №4.- С.21-28
- 10 Stes H. Oxidative stress: from basic research to clinical application.// Am.J.Med.- 1991.- Vol.91.- N 3.- P.318-386
- 11 Зенков Н.К., Ланкин В.З., Меньшикова Е.Б. Окислительный стресс. Биохимический и патофизиологический аспекты. М.-2001.- С.268.

#### ТҰЖЫРЫМ

Әдебиеттердегі мәліметтер және өзіндік алынған нәтижелерді негізге ала отырып, мінез-құлқы жеке типтік ерекшеліктері әртүрлі егеуқұйрықтардың нервтік ауытқуларын қалпына келтіру үшін, глицирризин қышқылымен қанықтырылған, қызыл мия тамырынан алынған биосластилин биологиялық белсенді қоспасын сонымен бірге Е, С дәрумендерін пайдаланудың заңдылықтары негізделді.

#### SUMMARY

On the basis of literary and own data is proved legitimacy of use of biologically active substances, such as bioslastilin, a representing extract of a root Glycyrrhiza, enriched by glycyrrhizinic acid, vitamin E, vitamin C for correction of neurotic infringements at rats with various individually - typological features of behaviour.

## БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ. ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

КОШАНАЕВА С.Т., ТЫНАЛИЕВА Ш.А., БАБАКОВА И.В., ХАРИПОВА А.Х.

Республиканское Государственное Предприятие «Центральная Клиническая Больница  
Управления Делами Президента Республики Казахстан»,  
Городской Кардиологический Центр, СВА «Ажар», г.Алматы

Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – клинический синдром, осложняющий течение ряда заболеваний, характеризующийся комплексом симптомов (одышка, повышенная утомляемость, периферические отёки), которые связаны с недостаточной перфузией органов и тканей в покое или при неадекватной нагрузке и часто с задержкой жидкости в организме/1/.

Распространенность клинически выраженной ХСН в популяции составляет не менее 1,8 % - 2%. Среди лиц старше 65 лет распространенность увеличивается до 6% – 10%; при этом декомпенсация становится самой частой причиной госпитализации и инвалидизации.

История применения БАБ в лечении ХСН начинается с работ Waagstein F. В 1978 г. Мухарьямов Н. М., применяя их у 80 больных ХСН, пришел к выводу, что эти препараты не являются противопоказанными при ХСН и дают дополнительные терапевтические возможности. Очень важным достижением исследования CIBIS был факт, что впервые была продемонстрирована способность БАБ снижать заболеваемость и число госпитализаций по поводу ХСН. На основании полученных результатов многоцентрового исследования Европейского общества кардиологов и Американской ассоциации кардиологов сделан следующий вывод: «Отсутствие БАБ в комплексной терапии ХСН не оправдано, т. к. врач уменьшает шансы своего пациента на улучшение течения ХСН и продления его жизни».

Основными аргументами в пользу назначения БАБ являются:

1. защита миокарда от токсического действия катехоламинов;
2. антиишемическое действие БАБ;
3. антиаритмическое действие (повышается порог развития фибрилляции желудочков);
4. отрицательное хронотропное действие, способствующее сократительной функции левого желудочка;
5. длительное применение БАБ обеспечивает восстановление чувствительности кардиомиоцитов к бета - стимуляции, которая снижена при

ХСН;

6. за счет бета – блокирующего эффекта активация Ренин -Ангиотензин - альдостероновой (РАС) системы происходит в меньшей степени. При терапии БАБ возможное ухудшение состояния сменяется благоприятным действием при постоянном приёме, поэтому начало терапии этими препаратами – ответственный момент, требующий тщательного контроля за состоянием больного. В связи с этим предлагаются принципы инициации: /3/.

Общие принципы инициации терапии БАБ больных с ХСН

1. Назначение БАБ должно осуществляться дополнительно к ИАПФ и мочегонным.

2. БАБ назначаются в относительно стабильном состоянии, без выраженных застойных явлений.

3. Терапия БАБ начинается с минимальной дозы с последующим медленным повышением до целевых терапевтических дозировок

4. Постепенное увеличение дозы не чаще, чем 1 раз в 1 – 2 недели.

5. В начале терапии и процессе титрования могут появиться преходящие нарушения: гипотония, брадикардия и / или усугубление СН, что требует их своевременного выявления и устранения. Поэтому надо придерживаться следующей тактики:

- контроль симптомов СН, признаков застоя, уровня АД, ЧСС;
- при нарастании симптомов СН, в первую очередь, увеличить дозу мочегонных и ИАПФ; при неэффективности их снизить дозу БАБ;
- при гипотонии уменьшить дозу вазодилаторов, и только при неэффективности этой меры показано снижение дозы БАБ;
- при развитии брадикардии следует уменьшить дозу или прекратить приём препаратов, урежающих ЧСС;
- по достижении стабильного состояния стараться возобновить лечение и / или продолжить титрование БАБ;

Схема подбора доз БАБ у больных с ХСН

Препараты	Недели лечения и дозы препаратов					Целевая доза
	1-я	3-я	5-я	9-11	11-15	
Бисопролол	1,25 мг 2р/д					10 мг 1р/д
Карведилол	3,125 мг 2р/д	6,25 2р/д	12,5 мг 2р/д	25 мг 2р/д	25 мг 2р/д	25 мг 2р/д

- если при декомпенсации пациент нуждается в инотропной поддержке, то средством выбора следует считать ингибиторы фосфодиэстеразы т. к. их гемодинамические эффекты не зависят от блокады бета-адренорецепторов.

#### Вывод:

Сегодня имеются убедительные доказательства, что только 3 БАБ (бисопролол, карведилол, метопролол) можно применять для лечения ХСН.

Отсутствие БАБ в комплексной терапии ХСН не оправдано, так как уменьшаются шансы на улучшения ХСН и продления жизни и качества жизни.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Терещенко С.Н., Джаниани Н.А. Хроническая сердечная недостаточность. Вопросы диагностики и лечения. М. 206 – с 43.
2. Кардиология. Клинические рекомендации. Под редакцией чл.- корр. РАМН Ю. Н. Беленкова, акад. РАМН Р. Г. Огапова. М.- 2007- с – 623.
3. Школа по сердечной недостаточности (8 часов). Общество специалистов по сердечной недостаточности РКНПК Российской Федерации. Президент Общества, директор РКНПК им. А. Д. Мясникова, академик Ю.Н. Беленков.

#### ТҰЖЫРЫМ

Бүгінгі күні созылмалы жүрек жетіспеушілігі кезінде 3 БАБ — метопролол, карведилол, бисопролол қолдану керектігі уәжілденген. СЖЖ комплексті емінде БАБ қолданбау өзіне жөн таппады, себебі, СЖЖ жақсаруы мен салауатты өмір ұзаруын қысқартады

## К ВОПРОСУ ОБ АЛГОРИТМАХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ АКОНИТОМ

КОШАНАЕВА С.Т.

Республиканское Государственное Предприятие «Центральная Клиническая Больница  
Управления Делами Президента Республики Казахстан», г.Алматы

Одним из наиболее тяжелых отравлений является отравление аконитом. Актуальность нашего исследования связана с тем, что аконит джунгарский (Иссык-Кульский корень, синий борец, голубой лютик, волкобой и другие названия семейства лютиковых) повсеместно распространён на территории стран Содружества. В естественных условиях синий борец растёт на скалах (аконит по – гречески – «на скалах растущий») как декоративное растение встречается в садах и парках. Действующее ядовитое начало – алкалоид **аконитин** (34Н47 NO11) относится к наиболее токсичным, обладает никотиноподобным, в т. ч, кардиотоксическим и аритмогенным действием /1/.

Имеющиеся в литературе данные /2,3/ описывают клиническую картину отравления аконитом, характеризующуюся лишь кардиотокси-

ческим действием иссык-кульского корня. В большинстве случаев отравления носят случайный характер в результате употребления спиртовых настоек с лечебной целью при заболеваниях опорно-двигательного аппарата или ошибочном употреблении последних в качестве алкогольных напитков. В литературе имеются данные о чрескожном отравлении аконитом при длительном контакте с травами семейства лютиковых /1/. Особенность клинической картины является высокая кардиотоксичность, быстро приводящая к развитию злокачественных аритмий и остановке сердца, параличу дыхания. Летальная доза 0,003 – 0,004 г /2/.

По данным Центра Токсикологии Республики Казахстан отравление аконитом за 2005 г. составило 52% от всех отравлений ядами раститель-

ного происхождения и 0,6% - от всех отравлений /4/.

Целью работы явилось рассмотрение случаев отравления аконитом у 2 — х пациентов. В одном из них диагноз не вызывал сомнения, т. к. имелась временная связь между ошибочным приемом настойки и клиникой (сложное нарушение ритма и дыхания с развитием апноэ). В другом — постановка диагноза была затруднена и несколько запоздалой в связи с тем, что у больного отсутствовали указания на употребление каких — либо лекарств.

В работе использованы методы клинической диагностики и неотложных мероприятий при отравлении аконитом.

14. 01.05 г. за скорой помощью обратился больной М. Ж. Б, 38 л. с жалобами на резкую слабость, головокружение, судороги в икроножных мышцах, тошноту, многократную рвоту, схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул (до 10 раз). Заболевание связывал с употреблением накануне вечером «не совсем свежего супа» из куриных окорочков. При осмотре состояние расценивалось как тяжелое: больной в сознании, но адинамичен; кожные покровы бледные, холодные, с синюшным оттенком. Тоны сердца были приглушенными, умеренная тахикардия в пределах 100 в минуту; пульс нитевидный, одышка 24 — 26 в минуту, АД 70 / 50 мм. рт. ст.; живот мягкий, болезненный вокруг пупка и эпигастральной области; выраженное урчание по ходу толстого кишечника; стул жидкий, с примесью слизи. Первоначально складывалось впечатление о развитии у больного тяжелого инфекционно — токсического шока на фоне пищевой токсикоинфекции, и была начата регидратационная, дезинтоксикационная терапия солевыми растворами.

На ЭКГ зарегистрирована синусовая тахикардия. В 7,43, во время снятия ЭКГ, состояние больного резко ухудшилось, усилился цианоз с появлением «мраморности» кожи, развились судороги с непроизвольным мочеиспусканием и потерей сознания. В 7,45 наступила клиническая смерть; незамедлительно были начаты реанимационные мероприятия

Динамика нарушения ритма у больного представлена на ЭКГ: синусовая тахикардия вначале, далее — ранние, политопные, временами носящие характер аллоритмии, желудочковые экстрасистолы с переходом в пароксизмальную желудочковую тахикардию (ПЖТ). После произве-

денной кардиоверсии и на фоне струйного введения лидокаина появился вначале хаотичный ритм, затем синусовый ритм.

На основании клиники у больного было заподозрено отравление ядом кардиотоксического действия. Во время транспортировки у больного вновь наступила клиническая смерть, обусловленная фибрилляцией желудочков (зарегистрирована на кардиомониторе во время транспортировки). Экстренной дефибрилляцией удалось вновь восстановить синусовый ритм.

В 8,25 пациент был доставлен в отделение токсикологии БСМП с АД 70 / 50 мм. рт. ст. При дополнительном сборе из анамнеза удалось выяснить у супруги пациента, что больной длительное время лечился её настойкой от «радикулита», которой пользовалась жена для лечения суставных болей и, что этот флакон исчез. Нами прослежена дальнейшая динамика состояния больного. В тот же день в моче пострадавшего были обнаружены следы аконита. Ранний постреанимационный период характеризовался стойким психо — моторным возбуждением, тахикардией с частой желудочковой экстрасистолией, нарушением дыхания, фибриллярными подёргиваниями мышц конечностей. 15.01.05. восстановился синусовый ритм, стабилизилось АД, но развилась тяжелая аменция — состояние, при котором больной не мог узнавать близких, предметы быта, не мог пользоваться столовыми приборами и понять их назначение. Больной прошел курс реабилитации раннего постреанимационного периода. Жив, психически сохранен. /4/. Ретроспективно можно полагать, что относительно «благоприятный» исход у нашего пациента, по всей вероятности, был обусловлен повышенной толерантностью к яду, развившегося вследствие длительного его употребления.

#### Выводы

1. Нами впервые описано клиническое течение отравления аконитом в виде пищевой токсикоинфекции.

2. Внезапное присоединение нарушений ритма и проводимости на фоне симптомов пищевой токсикоинфекции подтверждает отравление ядом кардиотоксического действия — аконитом.

3. Отравление аконитом — острейшая патология. Отсутствие алгоритмов дифференциальной диагностики приводят к излишним манипуляциям на дому (промывание, вызов на себя бригады и т. д.), что приводит к летальному исходу в ситуациях, когда счет идет буквально на минуты.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Неотложная помощь при острых отравлениях под ред. Академика АМН СССР Голикова С.Н. М., – Медицина – 1978 – 387с.
2. Лужников Е.А. Клиническая токсикология – М – 1999 – 387.
3. Фруентов Н. К., Кадаев Г. Н. Ядовитые растения. Медицинская токсикология. Растения Дальнего Востока под ред. Д м н., проф. Брехмана И. И. – кн. изд «Хабаровск» - 1971 – 26 с.
4. Отчет Центра Токсикологии РК за 2005 г.

## ТҰЖЫРЫМ

Аконитпенн улану - өте жедел патология, және ауруханаға дейін дифференциалды диагностикалық алгоритмдердің болмауынан керегі жоқ манипуляцияларды жасалуына әкеледі (асказан шаю, реанимациялық бригаданы озіне шақыру) және өлімге әкеледі.

## SUMMARY

The monk shood poisoning – acute patologu the reason of death – the absence of algoritme of diagnostic unnecesarru manipulacion on before – hospitalized remod.

## ЕРТЕ БУЫН РЕВМАТИЗМІ КЕЗІНДЕ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ ЕМ ТАҒАЙЫНДАУ АЛГОРИТМІ ЖӘНЕ ДАРА БАҚЫЛАУ ЖҮЙЕСІ

ТОҒЫЗБАЕВ Г.А.

Алматы қаласы буын ауруларының Медицина Орталығы

Буын ревматизмі (БР) – мүгедектікке алып келетін ауыр сырқат. Оны емдеу үшін ерте бас-тан негізгі дәрі-дәрмектерді тағайындау қажет. Негізгі дәрі-дәрмектер ретінде қолданылатын препараттардың ішінде бүгінде ең кең қолданылатындары – метотрексат (БР емінің алтын стандарты) және сульфасалазин (1,2,3,4).

Биологиялық ем метотрексат (МТХ), сульфасалазин (ССЗ) секілді қабынуға қарсы негізгі дәрі-дәрмектерге (ҚҚНД), сондай-ақ глюкокортикоидтарға (ГК) төзімді, буын ревматизміне (БР) шалдыққан науқастардың жағдайын айтарлықтай жақсартуға қабілетті. Бұған қоса, биологиялық препараттардың буындардың құрылымсыздану механизмдеріне терең әсері бар. Бұл емделушілердің басым бөлігінде рентгенологиялық өзгерістердің даму қарқынының айқын төмендеуінен көрінді (5,6,7,8).

Ерте буын ревматизмі (БР) бар науқастар шоғырын бақылау мәліметтерін, сондай-ақ қазіргі уақытта бар клиникалық ұсыныстарды ескере отырып, біз аталған науқастар тобына арналған, DAS28 белсенділік индексінің көмегімен сырқаттың белсенділігін бағалауға негізделген дара бақылау жүйесі бар патогенетикалық ем тағайындау алгоритмін дайындадық (1-сурет).

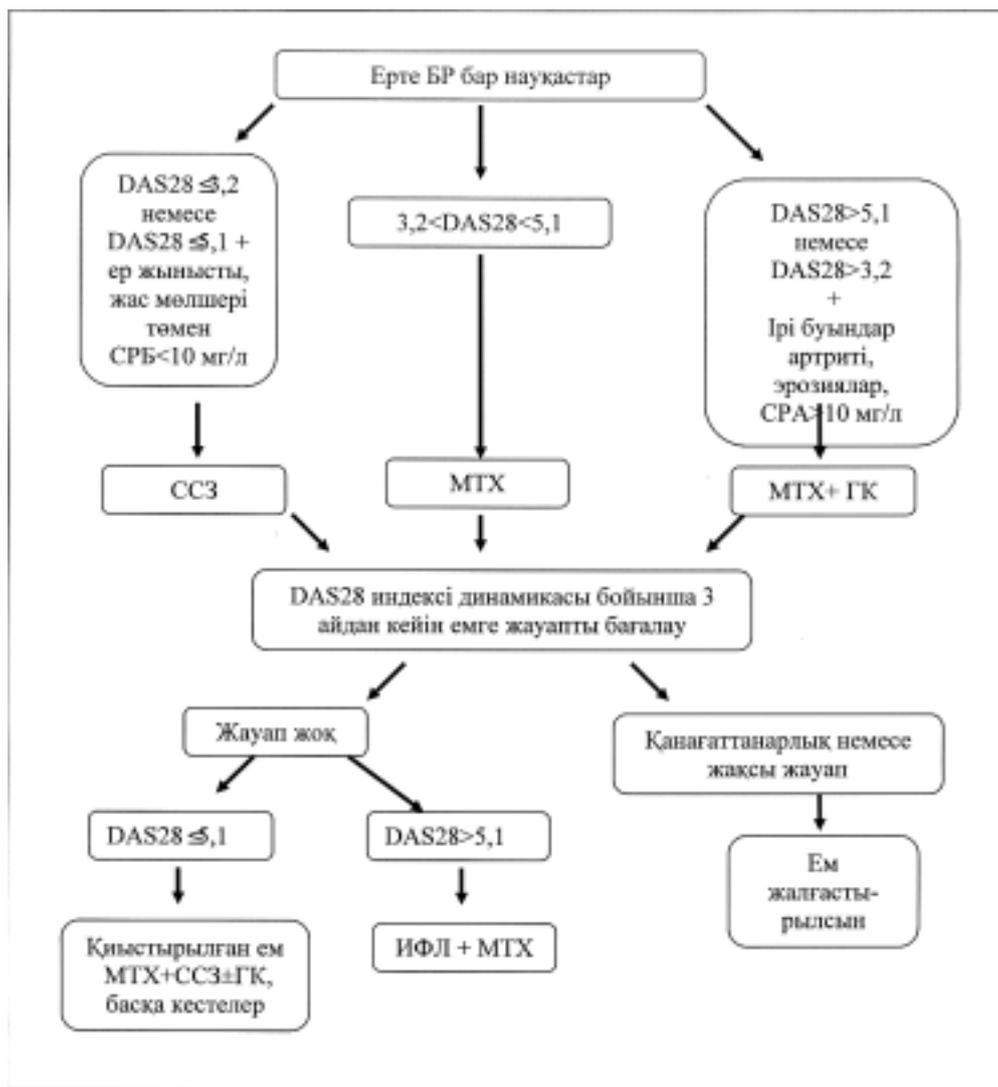
Буын ревматизмі деген нақтама қойылған соң науқасқа бірден қабынуға қарсы негізгі дәрі-дәрмектермен (ҚҚНД) ем тағайындалуы керек.

ҚҚНД тандау мына белгілер бойынша жүзеге асады. Егер емделушіде DAS28<sup>3,2</sup> немесе DAS28<sup>5,1</sup> және осымен бір уақытта ер жынысты, жас мөлшері төмен, СРА<10 мг/л болса, алғашқы ҚҚНД ретінде сульфасалазин (ССЗ) тағайындауға болады. Егер DAS28 3,2-ден аспаса, алайда 5,1-ден төмен болмаса, МТХ тағайындау мақсатқа лайық. БР белсенділігі жоғары (DAS28>5,1) не орташа деңгейде болса, және ірі буындар артриті және жоғары СРА секілді белгілер болған жағдайда, эрозиялық артрит болғанда, глюкокортикоидтардың (ГК) төмен мөлшерімен бірге метотрексат (МТХ) тағайындау мақсатқа лайық деп танылады.

Үш айдан кейін DAS28 индексі динамикасы бойынша емге қайтарылған жауап бағалануы тиіс. DAS28 кем дегенде 0,6 балға және одан да көп төмендеп, емге қанағаттанарлық немесе жақсы жауап алынса, жағдайды одан әрі бақылай отырып, емді жалғастыруға болады. Белсенділігі орташа науқастарда емге жауап болмаған жағдайда, қиыстырылған негізгі ем (клиникалық көрініске қарай, МТХ+ССЗ немесе басқа, ГК-мен немесе ГК-сыз) тағайындау мақсатқа лайық.

Емге жауап болмаған немесе жоғары белсенділік сақталған (DAS>5,1) жағдайда, инфликсимаб (ИФЛ) тағайындау мүмкіндігін талқылау қажет.

Дара бақылау жүйесі бар аталған алгоритм БР



1-сурет. Ерте БР бар науқастарға дара бакылау жүйесімен патогенетикалық ем тағайындау алгоритмі

белсенділігінің дара ауытқуларының болуына және бұл ауыр сырқаттың ерте кезеңінің клиникалық-иммунологиялық ерекшеліктерінің, сондай-ақ емге ол (алгоритм) ескеретін дара жауаптың болуына негізделген. Аталған алгоритм ғылыми ревматологияның заманауи жетістіктеріне сүйене отырып, БР емін жеке-дара жүргізуге мүмкіндік береді.

#### ӘДЕБИЕТТЕР

1. Я.А.Сигидин, Г.В.Лукина. Биологическая терапия в ревматологии. М., 2007, 180 стр.
2. Лечение ревматоидного артрита. Клинические рекомендации. Е.Л.Насонованың ред. – ООО «Алмаз», 2006. -118 с.
3. Е.Л.Насонов. Фармакотерапия ревматоидного артрита – современные рекомендации. Врач, 2007, 1:1-4

4. Д.Е.Каратеев. Современная медикаментозная терапия ревматоидного артрита. Леч. Врач, 2007, №2, с. 40-46

5. Quinn M.A., Conaghan P., O'Connor P. et al. Very Early Treatment With Infliximab in Addition to Methotrexate in Early, Poor-Prognosis Rheumatoid Arthritis Reduces Magnetic Resonance Imaging Evidence of Synovitis and Damage, With Sustained Benefit After Infliximab Withdrawal Arthritis Rheum, 2005; 52,1: 27-35

6. Van der Kooij S.M., Goekoop-Ruiterman Y.P.M., de Vries-Bouwstra J.K et al. Initial versus delayed treatment with infliximab plus methotrexate in Patients With Early Rheumatoid Arthritis: results from the BeSt Study. Ann Rheum Dis 2007; 66 (Suppl II): 53

7. Клинические рекомендации. Ревматология. / Е.Л. Насонованың ред. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.

8. Fries J.F., Spitz P.W., Young D.Y. The dimensions of health outcomes: the health assessment questionnaire, disability and pain scales. J. Rheumatol. 1982; 9: 789-793

9. Е.Л.Насонов, Д.Е.Каратеев, Н.В.Чичасова, Н.А.Чермерис. Современные стандарты фармакотерапии ревматоидного артрита. Клин. Фарм. Терапия, 2005, 1:72-75.

#### РЕЗЮМЕ

Ревматоидный артрит (РА) — тяжелое инвалидизирующее заболевание, для лечения которого необходимо в самые ранние сроки назначать базисные препараты. Из препаратов, которые используются в качестве базисных, наиболее широко применяемыми на сегодняшний день являются метотрексат (золотой стандарт лечения РА) и сульфасалазин. Биологическая терапия способна существенно улучшить состояние больных ревматоидным артритом (РА), резистентных к стандартным базисным противовоспалительным препаратам (БВП), таким как метотрексат (MTX), сульфасалазин (ССЗ), а также к глюкокортикоидам (ГК). Кроме того, для биологических препаратов характерно наличие глубокого влияния

на механизмы деструкции суставов, что находит отражение в достоверном снижении темпов прогрессирования рентгенологических изменений у значительной части пациентов.

#### SUMMARY

Rheumatoid arthritis (RA) is a severe incapacitating disease for which treatment necessary to prescribe basic preparations in the earliest terms. From preparations which are used as basic most widely applied for today are methotrexat (gold standard of RA treatment) and sulfasalazin. Biological therapy is capable to improve essentially condition of patients with rheumatoid arthritis (RA), resistant to standard basic anti-inflammatory preparations (BAIP) such as methotrexat (MTX), sulfasalazin (SSZ), and also to glucocorticoids (GC). Besides, deep influence on destruction mechanisms is typical for the biological preparations. That finds reflexion in significant decrease in X-ray progression rates at considerable part of patients.

---

## ПРЕХОДЯЩИЕ НАРУШЕНИЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА

*КОШАНАЕВА С.Т., БАБАКОВА И.В., ТЫНАЛИЕВА. Ш.А., ХАРИПОВА А.Х.*

*Республиканское Государственное Предприятие «Центральная Клиническая Больница  
Управления Делами Президента»,  
Городской кардиологический Центр, СВА «Ажар», г.Алматы*

Атрио-вентрикулярные блокады (АВБ) обусловлены нарушением проведения импульса от предсердий к желудочкам вследствие различных причин, среди которых наиболее частыми являются инфаркт миокарда; воспалительные заболевания сердца (миокардиты, миоперикардиты, ревмокардиты); склерозно — дегенеративные изменения проводящей системы сердца (болезнь Легенера, Лева), а также медикаментозные блокады АВ проведения (сердечные гликозиды, антагонисты кальциевых ионов, альфа — адреноблокаторы). Реже встречаются блокады сердца, вызванные заболеваниями аутоиммунного, обменного характера /1/ .

Клинические проявления обусловлены степенью блока и его локализацией и, как правило, возникают при АВБ 2 — ой степени или полном поперечном блоке. При этой патологии возникает брадикардия и эпизоды асистолии желудочков, которые развиваются внезапно и проявляются резкой слабостью, головокружением, по-

темнением в глазах, чувством нехватки воздуха, ощущением перебоев в сердце, обмороками. Самой тяжёлой клинической формой АВБ является синдром Морганьи — Эдемса — Стокса (МАС), в основе которого лежит гипоксия головного мозга, обусловленная резким снижением минутного объёма крови. Наиболее часто синдром МАС встречается при полной поперечной блокаде, особенно в момент перехода АВБ 2 степени в полную. Приступ МАС возникает обычно через 3 — 5 секунд в виде внезапного головокружения, потемнения в глазах; через 10 — 15 секунд происходит потеря сознания и, приблизительно через 20 секунд развиваются генерализованные судороги с непроизвольным мочеиспусканием и дефекацией, появлением выраженного цианоза /2/. У больных с церебральным атеросклерозом эти явления встречаются гораздо чаще. Длительные приступы МАС при несвоевременном лечении часто заканчиваются летальным исходом /3/. Приступы, продолжающиеся не более минуты,

обычно прекращаются самостоятельно. ЭКГ – диагностика их не сложна, но имеет место ряд трудностей, таких, как кратковременность эпизодов приступов, несвоевременность ЭКГ – диагностики при наличии клиники. Нередко эта патология без клинических проявлений является ЭКГ – находкой. Все это приводит к тому, что в течение длительного времени заболевание расценивается неправильно, в частности, как хроническая недостаточность мозгового кровообращения. /4/. В литературе не имеется данных о частоте АВ - блокад и синдрома МАС на догоспитальном этапе. В нашей практике имел место случай поздней диагностики синдрома МАС. Больная К., 1939 г. рожд., наблюдалась в поликлинике по поводу ИБС, стабильной стенокардии, ФК 1 – 2. недостаточности кровообращения 0 – 1 степени. С 2004 г. стала предъявлять жалобы на кратковременные приступы головокружения, потемнения в глазах, обморочное состояние, проходивших самостоятельно, как правило, до приезда бригады скорой помощи. Неоднократно бригадой СМП констатированы нормальные показатели АД пульса, за исключением умеренно брадикардии и удлинения АВ – проводимости до 0,22 миллисекунд. Дважды в экстренном порядке доставлялась в стационар по поводу «участившихся транзиторных ишемических атак». В мае 2006 г. у больной на фоне учащения приступов головокружения, потери сознания, общей слабости были зарегистрированы АВ - блокада 2 – ой степени, но уже со значительным урежением числа желудочковых сокращений (до 48 – 50 в минуту). При этом больная заметила отчетливую связь приступов с физической нагрузкой. Все это натолкнуло на мысль, что неоднократно повторяющиеся кратковременные эпизоды ишемических атак головного мозга без какой – либо очаговой мозговой симптоматики, возможно, были обусловлены нарушением АВ – проводимости сердца.

В октябре 2006 г. больная обратилась за СМП по поводу очередного приступа общей слабости. В момент записи ЭКГ больная потеряла сознание, появились epileptiformные приблизительно судороги, непроизвольное мочеиспускание и была констатирована клиническая смерть: больная посинела, зрачки расширились, исчезла пульсация на сонных артериях. На ЭКГ зарегистрированы короткий фрагмент АВ - блокад 2 степе-

ни, Мобитц - с переходом в полную поперечную с периодами асистолии, обусловленной редким ритмом желудочков.

После успешно проведенных реанимационных мероприятий пациентка была доставлена с временным кардиостимулятором была в НИИ Кардиологии, где ей был имплантирован ЭКС. Жива, чувствует себя хорошо. продолжает работать; приступы МАС более не повторялись.

Особенностью этого случая является эпизодичность, кратковременность диагностики приступа МАС, длительное отсутствие ЭКГ – данных, подтверждающих нарушение АВ – проводимости сердца. Ранняя диагностика нарушения, своевременная имплантация ЭКС не только сохраняют, но и улучшают качество жизни больных. Ретроспективно можно полагать, что описанные приступы были церебро – ишемическими масками нарушения АВ – проведения

При частых обморочных приступах, особенно, у пожилых людей, у врачей должна быть настороженность в плане преходящих нарушений АВ – проведения. Таким больным, а также пациентам с обморочными состояниями и тенденцией к брадикардии, обязательно необходимо в амбулаторных условиях проводить ЭКГ – мониторинг (Холтеровское мониторирование).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чазов Е. И. Руководство по кардиологии, том II. М. Медицина, 1982 С 620.
2. Мурашко В. В., Струтынский А.В. 2-издание. М. Медицина. 1991 – С 146.
3. Джусупов А.К. Современные проблемы диагностики и лечения ИБС и АГ. Сборник научных трудов. Алматы. Медицина баспасы, 2001 – С 240.
4. Клинические рекомендации. Под редакцией акад. Ю. Н. Беленкова и акад. Р. Г. Огапова – 2007 – с 623. Издат. Группа ГОЭТАР – Медиа - М.

#### ТҮЖЫРЫМ

Атриовентрикулярлы блоктың 2 - 3 дәрежесі және Морганьи – Эдемс- Стокс синдромын кеш анықтап, ұзақ уақыт транзиторлы ишемиялық өзгерістер деп санау кеш электрокардиалды имплантациялауға әкеледі.

#### SUMMARY

Today we have convincing demonstration that onli 3 beta – blockers (metoprolol, bisoprolol, Carvedilol) we coin use uye treadment of cyronic cardial decompensation.

## БУЫН РЕВМАТИЗМІН ЕМДЕУДЕГІ ЗАМАНАУИ ТЕРАПИЯНЫҢ МҮМКІНДІКТЕРІ

ТОҒЫЗБАЕВ Ғ.А.

Алматы қаласы буын ауруларының Медицина Орталығы

Осы жұмыс шеңберінде ерте буын ревматизмін (БР) емдеуде жиі қолданылатын патогенетикалық ем түрлерінің тиімділігін салыстыра бағалау, бастапқы кезде қабынуға қарсы негізгі дәрі-дәрмектер ретінде метотрексатты (МТХ) немесе сульфасалазинді (ССЗ) жеке немесе глюкокортикоидтардың (ГК) төмен мөлшерімен үйлестіре тағайындау бойынша зерттеу жүргізілді. Жұмыстың бұл бөлігі рандомизирленген хаттама бойынша іске асырылды.

**Ерте БР патогенетикалық емінің ең жиі қолданылатын нұсқаларын салыстырмалы зерттеу (рандомизирленген зерттеу).**

Ерте БР бар науқастарды емдеу үшін негізгі препаратты тандау маңызды мәселе болып табылады. Қазіргі уақытта қабынуға қарсы негізгі дәрі-дәрмектер (ҚҚНД) ішіндегі «алтын стандарт» - тиімділігі, жағымсыз әсерлердің даму қаупі мен құны жөнінен ең қолайлы препарат - метотрексат (МТХ).

Сонымен бірге іс жүзіндегі клиникалық тәжірибеде дәрігерлер көп жағдайда цитостатикалық емді қатерлі деп санап, метотрексатты тағайындауға қауіптенеді. БР негізгі емі үшін кенінен қолданылатын тағы бір препарат – сульфасалазин (ССЗ). ССЗ-нің ҚҚНД ретіндегі тиімділігі бірқатар рандомизирленген зерттеулерде дәлелденген. Бұл дәріні қолдануға байланысты жағымды жағдай – қажетсіз күрделі әсерлер қаупінің салыстырмалы түрде төмендігі. Сонымен бірге, қазіргі уақыттағы көзқарастар бойынша, ССЗ тиімділігі метотрексаттан төмен және ол БР белсенділігі аз болған жағдайда ғана таңдап алынады.

Глюкокортикоидты гормондар (ГК) - БР кешенді емдеуге қолданылатын, айқын қабыну белсенділігін басуға арналған классикалық құрал. Олар клиникалық және зертханалық белсенділігі жоғары және стероидты емес қабынуға қарсы дәрі-дәрмектердің (СЕКҚД) әсері жеткіліксіз болған жағдайда тағайындалады. Ерте БР кезінде ГК қолданудың маңызды аймағы – ҚҚНД (bridge-терапия) әсері басталғанға дейін клиникалық әсерге жету. Сондай-ақ, төмен мөлшердегі ГК (преднизолон эквивалентінде 10 мг/тәу. және

одан да аз) зақымданған буындардағы эрозиялық үдерістердің өрбуін өздігінше тоқтатуға қабілетті деп көрсететін мағлұматтар бар [15].

Сонымен бірге, ерте БР емдеуде жеке-дара немесе ГК-мен үйлестіре отырып, негізгі терапия ретінде метотрексат пен ССЗ-ні қолданудың (бірінші негізгі препарат ретінде) салыстырмалы тиімділігі әлі де аз зерттелген.

Зерттеудің осы бөлігінің мақсаты ерте БР кезінде аурудың белсенділігіне және кол ұшы мен аяқ басы буындарындағы эрозиялық үдерістің дамуына қатысты МТХ және ССЗ-ді монотерапия ретінде немесе ГК төмен мөлшерімен қиюластыра отырып қолданудың салыстырмалы тиімділігін бағалау болды.

Ерте БР терапиясының рандомизирленген зерттеуіне ерте белсенді БР бар, ауру ұзақтығы 2 жылдан аз, бұрын ҚҚНД және ГК емін алмаған науқастар қатыстырылды.

Зерттелген топқа Ревматологтардың американдық алқасы критерийлері бойынша БР нақтама-сы қойылған 124 науқас енгізілді (29 ер адам, 95 әйел, орташа жас – 43,2±12,8). Ерте БР бар қалған науқастар қатыстыру және қатыстырмау критерийлеріне сәйкес келмеді, және емді рандомизирленген хаттама бойынша емес, қолданылып жүрген клиникалық ұсыныстарға сай алды.

Науқастардың клиникалық сипаттамасы 1-кестеде көрсетілген.

Біздің емделушілер тобына белсенді БР-не шалдыққан науқастардың енгені көрініп тұр: таңертеңгі қозғала алмаушылық ұзақтығы 116,1±105,9 мин., ісінген буындар саны 9,2±4,2, ауыратын буындар саны 14,7±6,9, Ричи индексі 18,3±8,8, ЭТЖ 27,8±15,3 мм/сағ., DAS28-3 индексі 4,97±1,09 балл, гемоглобин 124,1±16,5г/л, лейкоциттер 5,9±2,3×10<sup>9</sup>/л.

Жүйелі көріністер (көп жағдайда – қызба, амиотрофиялар, жүдеу, ламфаденопатия) 41 науқаста (33,1%) байқалды, ревматоидты түйіншектер салыстырмалы түрде сирек (9,7% науқас). Рентгенологиялық зерттеу кезінде буындардағы эрозиялар 25 науқаста (20,2%) байқалды.

Сырақтарға рандомизирленген түрде (келу мезгіліне қарай) аптасына 10-20 мг (көтере ала-

1-кесте. МТХ-пен және ССЗ-мен емдеу жөніндегі рандомизирленген хаттамаға енгізілген, ерте БР бар науқастардың сипаттамасы, n=124

Көрсеткіш	Мәні
Аурудың басталған жылы, жасы	43,2±12,8
Бақылауға алынған жылы, жасы	44,1±14,6
Ауру белгілерінің ұзақтығы, ай	7,7±4,3
Ревматоидты фактор (+)	79 (63,7%)
Жүйелі көріністер	41 (33,1%)
Рентгенологиялық өзгерістер (эрозиялар)	25 (20,2%)
Танертенгі қозғалмай қалу ұзақтығы, мин.	116,1±105,9
Ісінген буындар саны	9,2±4,2
Ауыратын буындар саны	14,7±6,9
Ричи индексі	18,3±8,8
ЭТЖ, мм/сағ	27,8±15,3
DAS28-3 индексі	4,97±1,09
ЭТЖ (мм/сағ)	27,8±15,4
Гемоглобин	124,1±16,5
Лейкоциттер (x10 <sup>9</sup> /л)	5,9±2,3

тын ең жоғары мөлшер) мөлшерде МТХ негізгі ем ретінде немесе тәулігіне 1500-2000 мг мөлшерде ССЗ тағайындалды. Нәтижесінде МТХ 63 (50,8%) науқасқа (1-топ), ал ССЗ 61 (49,2%) науқасқа (2-топ) тағайындалды. Топтар жынысы, жасы, ауру ұзақтығы, белсенділігі, ревматоидты факторлардың анықталу жиілігі, жүйелі көріністер, қол ұшы мен аяқ басы буындары эрозиялары бойынша бір-біріне сәйкес болды (2-кесте).

Ауру белсенділігі жоғары (полиартрит, аурудың жүйелі көріністерінің болуы, ҚҚНД тағайындаудан соң басылмаған буынның ауыруы) науқастарға тәулігіне 10 мг мөлшерінде преднизолон (ПЗ) тағайындалды. ПЗ мөлшері кей жағдайларда зерттеу барысында қайта қаралып, азайтылды (тәулігіне 5 мг дейін). ГК алған науқастар саны 1-топта 27 (42,9%) және 2-топта 27 (42,3%) болды.

Барлық топтарда симптоматикалық құрал ретінде науқастар ҚҚНД стандартты қабынуға

қарсы мөлшерде (көп жағдайда 100-150 мг/тәу мөлшерінде диклофенак немесе 200 мг/тәу мөлшерінде нимесулид) алды. Препарат түрі гастроинтестинальдық және кардиоваскулярлық асқынулардың қауіп факторларының бар-жоқтығына қарай тандалды.

Науқаста жеке буындардың айқын артриті байқалған жағдайда, экссудат тасымалданып және ГК (бетаметазон немесе триамцинолон) буынға енгізіліп, бірақ бақылау кезеңінде 2 рет егуден асырмай, зақымданған буынға пункция жасалды.

Зерттеуді 105 науқас (84,7%) аяқтады: 1-топтағы 53 науқас (84,1%) және 2-топтағы 52 науқас (85,2%). Сәйкесінше, 19 науқас зерттеуден алынып тасталды: 1-топтан 10 (15,9%) науқас және 2-топтан 9 (14,8%) науқас.

Зерттеуден алып тастау себептері мынадай болды. 1-топтағы 3 науқаста және 2-топтағы 4 науқ-

2-кесте. МТХ (1-топ) және ССЗ (2-топ) алған емделушілердің салыстырмалы сипаттамасы

Көрсеткіш	1-топ (n=63)	2-топ (n=61)	p
Жынысы (Е/Ә)	18/45	11/50	0,205
Ревматоидты фактор +	43 (68,3%)	36 (59,0%)	0,351
Жасы, жыл	44,3±12,5	42,3±12,9	0,401
Ауру ұзақтығы, ай	7,3±3,8	8,2±4,8	0,248
Танертенгі қозғала алмау, мин	113,0±104,4	119,3±145,6	0,782
Ісінген буындар саны	9,5±4,3	8,9±4,0	0,422
Ауыратын буындар саны	14,7±6,7	14,7±7,2	0,996
Ричи индексі	17,9±7,9	18,7±9,7	0,997
ЭТЖ, мм/сағ	30,4±14,7	25,2±15,5	0,055
Буыннан тыс көріністердің болуы	24 (38,1%)	17 (27,9%)	0,256
Қол ұшы мен аяқ басы рентгенограммаларында эрозиялардың болуы	11 (17,5%)	14 (23,0%)	0,506

аста емге жауап бастапқы кезден жеткіліксіз болды, бұл қиыластырылған негізгі ем тағайындауды талап етті. 1-топтағы 5 науқаста және 2-топтағы 3 науқаста жағымсыз әсерлердің дамуы себебінен ҚҚНД қабылдау тоқтатылды. Мәселен, МТХ қабылдау кезінде бір науқаста қайталанбалы бронхит, бір науқаста ұшық жұқпасы байқалып, екі науқаста АЛТ деңгейі 2 еседен артық көбейді. Бір науқаста МТХ қабылдау кезінде және 3 науқаста ССЗ қабылдау кезінде айқын диспепсия анықталды. 1 және 2-топтағы 2 науқас жете білмеушіліктеріне байланысты (бақылау мерзімінде тексерілуге келмеді) зерттеуден шығарылып тасталды.

DAS28 белсенділік индексіне қатысты ем тиімділігі жөніндегі мағлұматтар 1-суретте көрсетілген.

1-топта (МТХ) DAS28 индексі 6 ай емнен кейін  $5,25 \pm 1,18$ -ден  $3,45 \pm 1,23$ -ке ( $p < 0,001$ ), 12 айдан кейін –  $3,17 \pm 1,13$ -ге ( $p < 0,001$ ) дейін төмендеді. 2-топта (ССЗ) DAS28 индексі 6 ай емнен кейін  $4,82 \pm 0,99$ -дан  $4,27 \pm 1,07$ -ге ( $p < 0,001$ ) төмендеді, алайда 12 айдан кейін ол  $4,60 \pm 1,37$ -ге дейін көтерілді, бұл көрсеткіш емге дейінгі деңгейден сенімді ерекшеленген жоқ ( $p = 0,295$ ).

1-сурет. Ауру белсенділігінің динамикасы (DAS28 бойынша,  $n = 105$ )

- Бастапқы кезең
- 6 ай
- 12 ай
- 1-топ (жалпы)    2-топ (жалпы)
- 1-топ (+ГК)      2-топ (+ГК)

ССЗ қабылдаған науқастардың (сәйкесінше  $4,27 \pm 1,07$  және  $4,60 \pm 1,37$ ) DAS28 индексімен салыстырғанда МТХ қабылдаған науқастарда DAS28 индексі 6 айдан кейін ( $3,45 \pm 1,23$ ) және 12 айдан кейін ( $3,17 \pm 1,13$ ) анық төмен болды.

Глюкокортикоидтарды (тәулігіне 10 мг ПЗ) 12 айлық ем курсы аяқтағандардың ішінен 1-топтағы 27 науқас және 2-топтағы 25 науқас қабылдады. ПЗ қабылдаған науқастарда DAS28 индексі бастапқы кезден жоғары болды (1-топта  $6,02 \pm 1,09$  және 2-топта  $5,58 \pm 0,70$ , ерекшеліктер анық емес,  $p = 0,09$ ). ПЗ тағайындап емдеу кезіндегі динамика топтар бойынша жалпы динамикаға сәйкес болды.

1-топта ПЗ қабылдағандар арасында 6 ай емнен кейін DAS28  $4,81 \pm 1,0$  ( $p = 0,001$ ), ал 12 айдан кейін ол  $5,02 \pm 1,39$ -ға дейін шамалап көтерілді, бастапқы деңгейден ерекшелігі сенімді

емес ( $p = 0,064$ ).

ССЗ және ПЗ қабылдаған науқастармен (сәйкесінше  $4,81 \pm 1,0$  және  $5,02 \pm 0,39$ ) салыстырғанда МТХ және ПЗ қабылдаған науқастарда 6 айдан соң DAS28 ( $3,46 \pm 1,39$ ) және 12 айдан соң ( $3,09 \pm 1,10$ ) айқын төмен болды, ( $p = 0,001$ ).

12 ай бақылау кезінде қол ұшы мен аяқ басы буындарында жаңа эрозиялар зерттеуді аяқтағандардың ішінде 24 (22,9%) науқаста байқалды. 2-сурет 1-топтағы және 2-топтағы науқастардың буын беткейінде эрозиялардың анықталу жиілігін көрсетеді.

Жаңа эрозиялар саны 2-топпен салыстырғанда 1-топтағы науқастарда айқын төмен болды: 1-топта 8 (22,9%) науқаста, 2-топта 16 (30,8%), алайда бұл ерекшеліктер сенімді емес ( $p = 0,066$ ). ПЗ қабылдамаған емделушілерде жаңа эрозиялар саны 1-ші және 2-топта шамамен бірдей болды (сәйкесінше 6 және 7 науқаста).

2-сурет. 12 ай емнен кейін емді аяқтаған науқастарда жаңа эрозиялардың анықталу жиілігі ( $n = 105$ )

Науқастар саны

1-топ

2-топ

Жалпы топта ҚҚНД монотерапиясы ҚҚНД+ГК

ПЗ қабылдаған (негізгі препаратты ескермегенде) емделушілер ішінде жаңа эрозиялар 11 (21,2%) науқаста анықталды, бұл көрсеткіш ПЗ қабылдамаған топтан ерекшеленбеді. ПЗ қабылдамаған топта жаңа эрозиялар 13 (24,5%) науқаста байқалды,  $p = 0,429$ . Және де ГК-мен үйлестіре отырып МТХ қабылдаған және емді аяқтағандардың ішінде жаңа эрозиялар 2 (7,4%) науқаста ғана анықталды, бұл көрсеткіш ССЗ мен МТХ үйлестіре қабылдаған, жаңа эрозиялар 9 (36%) емделушіде анықталған 25 науқастан тұратын топтағы жағдайдан қатты ерекшеленді.

Біз қолданылған ем кестесіне қарай терапияға жауапты сараптадық. Терапияға жауап бақылау кезеңінде (12 ай) DAS28 индексі динамикасы бойынша EULAR ұсыныстарына сәйкес бағаланды. Және де осы тәрізді зерттеулерде кенінен қолданылатын «intention to treat» («емдеу ниеті») принципін сәйкес емнің толық курсы алмаған науқастар терапияға жауап бермеген науқастар ретінде қарастырылды.

Осыған сүйене отырып, 30 (24,2%) науқаста терапияға жауап жақсы, 45 (36,3%) науқаста

3-кесте. МТХ-пен емге қанағаттанарлық немесе жақсы жауапқа байланысты факторлар

Бақылаудың бастапқы кезеңіндегі көрсеткіш	Мөні	Емге жауап		p
		Жауап бермеді (n=17)	Қанағаттанарлық немесе жақсы жауап (n=46)	
Жынысы	әйел (n=45) ер (n=18)	10 (22,2%) 7 (38,9%)	35 (77,8%) 11 (61,1%)	0,22
РФ	теріс (n=20) оң (n=43)	6 (30%) 11 (25,6%)	14 (70%) 32 (74,4%)	0,77
Эрозияның бар-жоқтығы	жок (n=52) бар (n=11)	16 (30,8%) 1 (9,1%)	36 (69,2%) 10 (90,9%)	0,26
Жүйелі көріністер	жок (n=39) бар (n=24)	13 (33,3%) 4 (16,7%)	26 (66,7%) 20 (83,3%)	0,24
Ірі буындар артриті	жок (n=30) бар (n=33)	13 (43,3%) 4 (12,1%)	17 (56,7%) 29 (87,9%)	<b>0,009</b>
Аурудың басталу жасы	жылдар	46,6±12,0	43,2±13,0	43
Таңертеңгі қозғала алмау	мин.	104,7±94,5	116,1±108,7	0,70
Ісінген буындар саны (ІБС)	есеп	8,82±4,17	9,76±4,41	0,45
Ауыратын буындар саны (АБС)	есеп	13,12±5,13	15,28±7,16	0,26
Ричи индексі	балл	16,47±7,08	18,43±8,21	0,39
DAS28	балл	4,46±0,70	5,41±1,15	<b>0,002</b>
ЭТЖ	мм/сағ	23,9±9,2	33,3±5,5	<b>0,022</b>
СРА	мг/л	14,4±10,5	24,7±13,1	<b>0,031</b>

қанағаттанарлық, 49 (39,5%) науқаста жеткіліксіз болды. Топтар арасында емге жауап жөнінен анық айырмашылық ( $p=0,001$ ) байқалды (3-сурет).

3-сурет. 1-топта және 2-топта емнің 12-айына қарай терапияға жауап,

$p=124$

1-топ

2-топ

жақсы жауап

қанағаттанарлық жауап

жауап жоқ

Жалпы алғанда, ҚҚНД тұрақты (қанағаттанарлық немесе жақсы) жауап (12 ай бойы бақылау кезеңін бағалағанда) МТХ қабылдаған 46 (73,0%) және ССЗ қабылдаған 29 (47,5%) науқаста байқалды.

Біз МТХ-пен (3-кесте) немесе ССЗ-мен (4-кесте) емдеуге қанағаттанарлық немесе жақсы жауаптың болуымен байланысты факторларды зерттедік.

Біз науқастарды зерттеуге қосу сәтіндегі көрсеткіштер мен 12 айлық бақылау кезеңінде

DAS28 индексінің динамикасы бойынша бағаланған емге жауап арасындағы өзара байланысты зерделедік.

3-кестеден көрініп тұрғандай, ерте БР кезінде қабынуға қарсы негізгі екі препаратты салыстыра зерделеу жөніндегі зерттеу тобына емделушіні енгізген кезде науқастың жынысы, аурудың қай жаста басталғандығы, РФ бойынша серопозитивтілік және серонегативтілік, науқасты зерттеуге қосу сәтінде қол ұшы мен аяқ басында эрозиялық үдерістердің немесе буыннан тыс көріністердің бар-жоқтығы мен МТХ-қа жауап арасында өзара сенімді байланыс жоқ.

Таңертең қозғала алмай қалу, ісінген және ауырған буындар саны, Ричи индексі секілді буын синдромының жеке көрсеткіштері 12 ай бақылау кезінде терапияға жауаппен байланыстырылған жоқ.

Сонымен бірге, ірі буындар артриті секілді белгінің болуы 87,9% жағдайда МТХ-пен емдеуге қанағаттанарлық немесе жақсы жауаппен қатар жүрді. Ал ұсақ буындар зақымданған кезде науқастар МТХ-қа тек 56,7% жағдайда жауап берді ( $p=0,009$ ). DAS28 индексі бойынша БА жоғары белсенділігі (5,1-ден артық, орта есеппен  $5,41±1,15$ ) де МТХ терапиясына жауаппен сенімді байланыстырылды.

4-кесте. ССЗ-мен емдеуге қанағаттанарлық немесе жақсы жауаппен байланыстырылған факторлар

Бақылаудың бастапқы кезеңіндегі көрсеткіш	Мәні	Емге жауап		p
		Жауап бермеді (n=32)	Қанағаттанарлық немесе жақсы жауап (n=29)	
Жынысы	әйел (n=50) ер (n=11)	30 (60%) 2 (18,2%)	20 (40%) 9 (81,8%)	<b>0,018</b>
РФ	Теріс (n=25) оң (n=36)	11 (44%) 21 (58,3%)	14 (56%) 15 (41,7%)	0,31
Эрозияның бар-жоқтығы	жок (n=47) бар (n=14)	24 (51,1%) 8 (57,1%)	23 (48,9%) 6 (42,9%)	0,76
Жүйелі көріністер	жок (n=44) бар (n=17)	25 (56,8%) 7 (41,2%)	19 (43,2%) 10 (58,8%)	0,39
Ірі буындар артриті	жок (n=30) бар (n=33)	14 (46,7%) 18 (58,1%)	16 (53,3%) 13 (41,9%)	0,45
Аурудың басталу жасы	жылдар	45,0±14,1	39,4±11,04	0,09
Таңертеңгі козғала алмау	мин.	115,3±160,8	123,7±129,5	0,82
Ісінген буындар саны (ІБС)	есеп	8,72±4,15	9,10±3,96	0,71
Ауыратын буындар саны (АБС)	есеп	15,0±6,88	14,38±7,60	0,74
Ричи индексі	Балл	18,59±10,36	18,90±8,85	0,90
DAS28	Балл	4,73±1,03	4,83±1,05	0,70
ЭТЖ	мм/сағ	22,8±14,3	28,1±16,013	0,18
СРА	мг/л	16,8±12,25	19,7±15,3	0,67

МТХ-қа «жауап бергендер» мен «жауап бермегендер» арасындағы ЭТЖ деңгейі бойынша сенімді айырмашылықтардың, біз байқағандай, өздігінше мәні жоқ. Өйткені ЭТЖ оның бір бөлігі ретінде DAS28 индексіне енеді. ЭТЖ-дан өзгешелігі, СРА-ның жоғары деңгейі (10 мг/л-ден артық, орта есеппен 24,7±13,1 мг/л) МТХ-қа жауапты болжауға қатысты тәуелсіз маркер бола алады.

ССЗ үшін аурудың клиникалық және зертханалық ерекшеліктері, буын синдромының айқындылығы мен зертханалық қабыну белсенділігі, DAS28 индексі мен осы препаратпен жүргізілген емге жауаптың арасында сенімді өзара байланыс анықталған жоқ. Статистикалық сараптау кезінде қызық феномен анықталды – әйелдерге қарағанда ССЗ-мен емдеуге жауап берген ер адамдар пайызы басым, айырмашылық сенімді (p=0,018).

Бұл қадағалаудың тәжірибелік маңызы болуы мүмкін, алайда ССЗ қабылдаған ер адамдар саны аз болғандықтан (11 адам), одан әрі зерттей отырып, дәлелдеуді талап етеді. Және де ССЗ-ге жауап берген науқастар жасының біршама төмендігі (орта есеппен 39 жас) назар аудартады. Дегенмен біздің зерттеуде топтар ара-

сындағы жас ерекшелігі статистикалық маңызды деңгейіне жетпегендіктен, жас ер адамдар арасында ССЗ-ге жақсы жауап қайтару үрдісі бар деуге болады.

Емге жауаптары жеткіліксіз болған емделушілерге 12-айға қарай үдемелі ем жүргізілді. Бұл ем үшін негізгі емнің қиюластырылған кестелері (МТХ+ССЗ екі препарат кестесі, МТХ+ССЗ+гидроксихлорохин үш препаратты кесте) ГК-мен қоса қолданылды, және де басым көпшілігінің жағдайы клиникалық тұрғыда айтарлықтай жақсарды.

#### Қорытынды

Ерте буын ревматизмі кезінде ССЗ-мен салыстырғанда МТХ-тың аурудың белсенділігіне емдік әсері басым. ГК-дың аз мөлшерін тағайындау МТХ және ССЗ клиникалық әсерін күшейтеді. МТХ және ГК-ды үйлестіру ауру белсенділігін төмендетуге сенімді әсер етеді, сондай-ақ буын эрозияларының дамуын тоқтатуға да тиімді. МТХ-ты ГК-дың аз мөлшерімен үйлестіре тағайындау ауру белсенділігі орташа және жоғары болған жағдайда ерте БР емдеудің оңтайлы әдісі болып табылады.

## ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

1. *Р.М.Балабанова*. Ревматоидный артрит с системными проявлениями (клиника, лечение, прогноз). М.ф.д. дисс. автореф. М., 1990.
2. *Д.Е.Каратеев, М.М.Иванова*. Базисная терапия ревматоидного артрита и исход болезни: ретроспективная оценка данных многолетнего наблюдения. Научно-практич. ревматол. 2000; 1: 5-12.
3. *Д.Е.Каратеев, С.Г.Раденска-Лоповок, В.А.Насонова, М.М.Иванова*. Синовиальная оболочка на ранней стадии ревматоидного артрита: клинико-морфологические сопоставления. // Терапевтический архив, 2003, №5, с. 12-20
4. Клинические рекомендации. Ревматология. / Е.Л. Насоновтың ред. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.
5. *Т.Н.Копьева*. Патология ревматоидного артрита, М., Медицина, 1980. — 208 с.
6. Лечение ревматоидного артрита. Клинические рекомендации. / Е.Л. Насоновтың ред. — М., 2006.
7. *Г.В.Лукина*. Перспективы антицитокиновой терапии ревматоидного артрита. Вестн. РАМН 2003; 7: 23-30.
8. *В.И.Мазуров, А.М.Лиля*. Ревматоидный артрит. Клиника, диагностика, лечение. СПб.: Мед. Масс Медиа; 2000.
9. *Э.Мунтэ, Т.Эгеланд*. Значение ревматоидных факторов в воспалении суставов при ревматоидном артрите // Тер. мұрағат, 1984, т. 56, № 5. — с. 10-14
10. *А.А.Мурадяни*. Ранний ревматоидный артрит: клинико-лабораторные и инструментальные аспекты диагностики: м.ф.к. дис.автореф. /М., - 2000.
11. *В.А.Мякоткин*. Генетические аспекты ревматических болезней //Вестник РАМН, 1998, № 12. — с. 39-43
12. *Е.Л.Насонов*. 50 лет применения метотрексата в ревматологии. РМЖ 2000; 18: 372–377.
13. *Е.Л.Насонов*. Глюкокортикоиды: 50 лет применения в ревматологии. РМЖ 1999; 7-8: 5–9.
14. *Е.Л.Насонов*. Почему необходима ранняя диагностика и лечение ревматоидного артрита? //Русс. Мед. Журнал, 2002, т. 10, № 22, с. 1009-101
15. *Aho K., Von Essen R., Kurki P., Palosuo T., Heliovaara M.* Antikeratin antibody and antiperinuclear factor as markers for subclinical rheumatoid disease process. J. Rheumatol., 1993; 20: 1278–1281.

16. *Alarcon G. S.* Methotrexate use in rheumatoid arthritis. A clinician's perspective. Immunopharmacology 2000; 47: 259–271.

17. *Albers J.M.C., Paimela L., Kurki P.* et al. Treatment strategy, disease activity, and outcome in four cohorts of patients with early rheumatoid arthritis. Ann. Rheum. Dis. 2001; 60 (5): 453–458.

18. *Alessandri C., Bombardieri M., Papa N., Ciquini M.* et al. Decrease of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and rheumatoid factor following anti-TNFalpha therapy (infliximab) in rheumatoid arthritis is associated with clinical improvement. Ann. Rheum. Dis., 2004; 63(10): 1218-1221.

## РЕЗЮМЕ

В рамках данной работы проведено исследование по сравнительной оценке эффективности наиболее часто используемых вариантов патогенетической терапии раннего ревматоидного артрита (РА) назначения в качестве первого БПВП метотрексата (МТХ) или сульфасалазина (ССЗ) в качестве монотерапии или в сочетании с низкими дозами глюкокортикоидов (ГК). Данный фрагмент работы проведен по рандомизированному протоколу. МТХ превышает ССЗ по лечебному действию на активность болезни при раннем РА. Назначение низких доз ГК усиливает клинический эффект МТХ и ССЗ. Комбинация МТХ и ГК способна дать выраженный эффект в плане снижения активности заболевания, а также эффективна в отношении торможения развития суставных эрозий. Назначение МТХ в сочетании с низкими дозами ГК является оптимальным методом терапии раннего РА при умеренной и высокой активности болезни.

## SUMMARY

Within the limits of this research the investigation on comparative grading of efficiency of most often used variants of rheumatoid arthritis (RA) pathogenetic therapy, prescriptions of methotrexat (MTX) or sulfasalazin (SSZ) as the first BAIP by way of monotherapy or in combination with low doses of glucocorticoids (GC) was carried out. This fragment of the research is carried out per randomized protocol. MTX exceeds SSZ on therapeutic action of disease activity at early RA. Prescription of GC low doses increases MTX and SSZ clinical effects. Combination MTX and GC is capable to give the expressed effect in Disease Activity Decrease and also is effective in inhibition of articulate erosion clinical behavior. MTX prescription in combination with GC low doses is an optimal method of early RA therapy at the moderate and high disease activity.

## ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСИМЕРЛАЗЕРНЫХ МЕТОДОВ КОРРЕКЦИИ АМЕТРОПИИ У ПАЦИЕНТОВ СО СКВОЗНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ РОГОВИЦЫ

ИСЕРГЕПОВА Б.И.

Казахский НИИ глазных болезней, г. Алматы

По данным ВОЗ, международных медицинских организаций и Банков тканей глаз в мире насчитывается около 10 млн. случаев полной роговичной слепоты, ежегодно производится около 100 тысяч трансплантаций роговицы [Майчук Ю.Ф., 1990; Duncker G.I. et al., 2005; Комах Ю.А. с соавт., 2001].

В Республике Казахстан в структуре заболеваемости глазными болезнями удельный вес первичной инвалидности от болезней роговицы равен 13,6%, а среди инвалидов первой группы - 17,3% [Мухамеджанова Г.К., 2002; Лобах Л.Б., 1985].

В Казахском НИИ глазных болезней (КАЗНИИГБ) за период с 2000г по 2007г произведено 624 сквозных кератопластик [Ботабекова Т.К. с соавт., 2006].

Высокий уровень заболеваний и травм роговой оболочки определяет особую актуальность поиска методов эксимерлазерной коррекции — ЛАСЕК (лазерная субэпителиальная кератэктомия) в реабилитации больных после перенесенной трансплантации роговицы.

**Цель работы.** Оценить экономическую эффективность использования различных методик эксимерлазерной коррекции индуцированного астигматизма после сквозной кератопластики на основе учета полных затрат на уровне ВСМП Казахского НИИ глазных болезней.

**Материал и методы.** Оценка экономической эффективности использования различных методов эксимерлазерной коррекции — традиционный ЛАСЕК и ЛАСЕК с фотохимической фиксацией лоскута — была осуществлена на основе выделения основных направлений расходования ресурсов и их структуры. Источники затрат, оцененные в денежном эквиваленте по текущим ценам, взяты из сметы расходов Казахского научно-исследовательского института глазных болезней г. Алматы в 2008 году. Все затраты, связанные с реализацией альтернативных вариантов диагностирования, приведены к сопоставимому виду как расходы в расчете на 1000 пациентов.

Продолжительность рабочего времени для пер-

сонала Казахского НИИ глазных болезней и СВА составляет 8 часов согласно действующего «Списка (Перечня) производства, цехов, профессий и должностей с вредными (особо вредными) и (или) тяжелыми (особо тяжелыми), опасными (особо опасными) условиями труда, работа в которых дает право на ежегодный оплачиваемый дополнительный трудовой отпуск и сокращенную продолжительность рабочего времени» (Приказ № 175-п Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 19.07.2000 г.).

### Результаты.

1. Расчет стоимости операции традиционного ЛАСЕК с использованием бандажной контактной линзы на 10 койко-дней в стационаре состоял из:

- Стоимость эксимерлазерной операции
- 10 койко-дней по данной нозологии

Таблица 1. Заработная плата персонала  
КАЗНИИГБ за 2008 г.

Ставка зарплаты, месяц	ставка	1 день
Зарплата хирурга эксимерлазерного центра	69587	3163
Зарплата врача РЛОЦ	66755	3034
Зарплата провизора	28205	1282
Зарплата врача ординатора стационара	28096	1277
Зарплата операционной медсестры	25000	1136
Зарплата медсестры стационара	18000	818

При расчете учитывали стоимость самой эксимерлазерной операции — 34288 тенге, стоимость 10 койко-дней в стационаре (4838?10) и стоимость бандажной контактной линзы, накладываемой после операции — 1750 тенге.

Таким образом, стоимость операции традиционный ЛАСЕК со стационарным лечением составила: 34288+4838?10+1750=84418 тенге.

Предлагаемая нами модификация ЛАСЕК с фотохимической фиксацией лоскута отличается от традиционной использованием раствора бен-

гальского розового и неодимового лазера 532 нм. Вместе с тем, данная методика исключает использование контактной линзы и сокращает пребывание пациента в стационаре, в среднем, до 5 дней, так как эпителизация наступает раньше чем при обычном способе ЛАСЕК.

2. Расчет стоимости операции ЛАСЕК с фотохимической фиксацией лоскута на 5 койко-дней в стационаре состоял из:

- Стоимость эксимерлазерной операции
- стоимость лазерного облучения РЛОЦ
- 5 койко-дней по данной нозологии

- стоимость раствора бенгальского розового  
Дополнительно рассчитывали стоимость 1,5% водного раствора бенгальского розового, изготавливаемого в аптеке КАЗНИИГБ.

Стоимость кристаллического бенгальского розового 50 мг – 4000 тенге

10 мл раствора 1,5% раствора – 5 мг сухого вещества

Стоимость 1 мг. сухого порошка – 80 тенге, 5мг. сухого вещества – 400 тенге

Стоимость 100 мл. физ. раствора – 250 тенге, 10 мл. – 25 тенге.

Стоимость готового раствора: порошок (400) + физ. р-р (25) + работа (160) + коммунальные (38) = 623 тенге

#### **Общие коммунальные расходы/общая площадь зданиях 15(13965тг/год)**

365

38,3 тенге/сутки – коммунальные услуги по аптеке.

Заработная плата фармацевта/ количество дней в месяце (22) – работа провизора на изготовление раствора. 28205/22 1282

Соответственно, изготовление 10 мл. 1,5% водного раствора бенгальского розового составило 623 тенге. Учитывая, что на 1 пациента расходуется 0,02 мл готового раствора, стоимость раствора на 1 пациента составляет 1,2 тенге.

Таким образом, стоимость операции ЛАСЕК с фотохимической фиксацией лоскута со стационарным лечением в течение 5 дней составила: 34288+4838?5+2804+1,2=58479 тенге.

Таблица 2. Итоговая стоимость эксимерлазерных операций в соответствии с количеством койко-дней

Операция	Количество дней в стационаре	Итого
Традиционный ЛАСЕК	10 койко-дней	84418 тенге
ЛАСЕК с фотохимической фиксацией лоскута	5 дней	58479 тенге

Стоимость медикаментов, оплата мед. персонала, расходы на содержание здания и амортизацию оборудования были включены в стоимость койко-дня.

Экономическая эффективность предложенного метода эксимерлазерной коррекции составила:  $\frac{84418-58479}{84418} \times 100 = 30,73\%$

**Выводы.** Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о наибольшей экономической эффективности предложенного метода эксимерлазерной коррекции в сравнении с традиционным. Укорочение сроков эпителизации после ЛАСЕК с фотохимической фиксацией лоскута приводит к сокращению времени пребывания пациента в стационаре и соответственно снижению затрат на лечение.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Майчук Ю.Ф. Профилактика слепоты как следствие патологии роговицы // Вестник офтальмологии. - 1990. - № 3. - С.58-61.
2. Duncker G.I.W. Keratoplastik und Hornhautbank // Ophthalmol. - 1995. - Vol.92. - P. 336-376.
3. Комах Ю. А., Мороз З. И., Борзенко С. А. Современное состояние проблемы повторной пересадки роговицы // Офтальмохирургия. - 2001. - №1.- С. 19-21.

4. Мухамеджанова Г.К. Трансплантация стволовых клеток лимба при патологии роговицы // Автореферат дисс. ...канд. мед. наук. Алматы, 2002 г.

5. Лобах Л.Б. Региональные особенности и состояние инвалидности вследствие патологии органа зрения в Казахстане и возможность медицинской реабилитации: Автореф. ...канд. мед. наук – Одесса, 1985.- 22с.

6. Ботабекова Т.К., Сулейменов М.С., Исергенова Б.И. Современные аспекты коррекции аметропии после сквозных кератопластик. Обзор литературы. // Офтальмологический журнал Казахстана – 2006 - № 2. - С. 59-64.

#### **ТҰЖЫРЫМ**

Бұл мақалада кыық фотохимиялык бекітуімен ЛАСЕК қасаң қабығы тесіп өткен трансплантатында эксимерлазерді аметропия түзету жана әдіс экономикалык нәтижелілігінің ерте ЛАСЕК белгілі дәстүрлімен салыстыру анализі көрсетілген

#### **SUMMARY**

This paper presents an analysis of cost-effectiveness of a new method of excimer laser correction of refractive error by a through corneal transplant LASEK with the photochemical fixation of the flap - in comparison with earlier known conventional LASEK.

## ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ И УПРАВЛЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ СПОРТСМЕНОВ ИГРОВЫХ ВИДОВ СПОРТА ВЫСОКОГО КЛАССА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН НА ПРИМЕРЕ ВОЛЕЙБОЛА

ДУЙСЕНОВ Т.Д.  
ТОО «ТЕАД», г. Алматы

Введение. Психофизическая готовность спортсмена является основным фактором достижений в современном спорте. Значимость данного фактора сформулирована и выражена в утверждении о закономерном взаимовлиянии тела на психику и психики на тело спортсмена при осуществлении им действий во время тренировочного процесса и соревнований. Эту парадигму сформулировал Рене Декарт в XVII веке, а экспериментально обосновал в XIX веке немецкий физиолог и математик Г.Т.Фехнер, который и создал **психофизику** ~ новое естественнонаучное направление в исследованиях психики человека. Открыв пороги ощущений Фехнер доказал своими экспериментами интимную связь ощущений человека и с интенсивностью физического стимула, воздействующего на орган чувств. И хотя до сих нет полного единства мнений, какие явления относятся к психическим, а какие к соматическим или телесным, тем не менее, на основе психофизики и достижений экспериментальной физиологии высшей нервной деятельности в медицине XX века и был создан психофизиологический подход в понимании человека как целостного субъекта, управляющего объектом - прежде всего управление своим телом и его движениями. Психофизиологические закономерности управления человеком своим телом впервые экспериментально начали изучаться И.М.Сеченовым, затем И.П.Павловым, но для их спортивно-педагогической интерпретации и понимания системной организации особенно важны исследования Н.А.Бернштейна о формировании координации движений в онтогенезе и построении движений в двигательной спортивной деятельности.

Актуальной проблемой психофизических исследований и корректировки психики с использованием цифровых методов применительно к спортивной деятельности является проблема понимания учеными взаимоотношений между психикой и телом спортсмена как индивида. Закономерности этой связи обеспечивают организацию действий спортсмена в процессе решения

задач спортивной деятельности и управления тренировочным процессом.

Внедрение метода психофизического обследования спортсмена с помощью метода ГРВ (газо разрядная визуализация) позволяет оперативно отслеживать состояние организма спортсмена и проводить необходимые корректировки состояния психики на ранних стадиях. Получаемые в биоэлектрографических исследованиях ГРВ - граммы позволяют с определенной степенью достоверности давать прогноз подготовленности спортсмена, оперативной психологической корректировки, а так же подготовки рекомендательных материалов для управления тренировочным процессом.

Практическое применение внедрения метода психофизического обследования на оборудовании ГРВ, а так же коррекция этих параметров позволяет успешно управлять тренировочным процессом и подготовить сознание спортсмена к пику соревновательной формы без дополнительных физических нагрузок.

При сотрудничестве с Национальным Олимпийским комитетом Республики Казахстан и Всемирной Федерации волейбола (FIVB), а так же Федерации волейбола РК данная методика была практически внедрена и апробирована при подготовке женской сборной команды по волейболу РК в период отборочных соревнований (2007-2008) год. В результате проведенной работы, были получены данные по психофизическому состоянию кандидатов и даны рекомендации по отбору игроков в Национальную сборную. В частности было выявлено, что у обследуемых группы спортсменов более 50% находятся в состоянии стресса, а прочие психические параметры находятся на уровне ниже среднего. Оперативная психологическая корректировка сознания спортсмена, а также корректировка тренировочного процесса позволили/ создать благоприятный климат внутри команды, понимания со стороны игроков задач администрации и тренерского состава и добиться определенных результатов на международных соревнованиях.

Полученные результаты внедрения коррекции психофического состояния спортсмена позволяет на практике управлять качеством подготовки спортсменов игровых видов спорта и выделяет данный вид исследований и коррекции в отдельную инновационную методику. Положительным стабильным эффектом от внедрения данной методики в управлении качеством подготовки спортсменов являются: существенное улучшение

психоэмоционального статуса спортсмена, повышения функциональных возможностей спортсменов (улучшение показателей вегетативных функций); укрепление психосоматического здоровья и повышения уровня адаптации организма физическим нагрузкам, возрастания эмоциональной устойчивости за счет стресс лимитирующего эффекта, способности противостоять препятствиям на пути к достижению цели и уровня при соревновании.

---

## ИННОВАЦИОННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВЫСШИХ ДОСТИЖЕНИЙ В СПОРТЕ

*ДУЙСЕНОВ Т.Д.  
ТОО «ТЕАД», г.Алматы*

Из новых возможностей для подведения спортсменов к пику соревновательной формы, для умения индуцировать состояние ментальной готовности к соревнованию ( речь идет именно о новой технологии спортивной психологической подготовки, а не просто о совершенствовании существующей системы научно-методического обеспечения тренировочного процесса), предлагаем новые методы биоуправляемой психотерапии!

Суть в том, что биоуправляемая психотерапия предполагает воздействие на неосознаваемые (не контролируемые сознанием) рефлексы инструментальными психотехнологиями: через слуховые и зрительные рецепторы, через запахи (обоняние), кинестетику, через пищевые, дыхательные и другие рефлексy. Эти грамотно выбранные воздействия на подсознание «освобождают» последнее от «критики» сознания и у спортсмена меняется «внутренняя» карта восприятия внешнего мира, что, конечно же, эффективно сказывается на спортивных достижениях..

Аудиальное воздействие (через слух) проводится лечебными российскими аудиодисками, запатентованными и апробированными, которые позволяют вводить воздействующую информацию непосредственно в бессознательную сферу психики человека. Разрабатывается специальная лечебная информация, которая потом в неявной (неслышимой) форме «зашивается»

в фоновый звук-носитель (по принципу «25-го кадра» и записывается на компакт-диски.

Помимо вышеуказанной коррекционной аудиопрограммы предлагаем для спортсменов использовать другие методы инструментального воздействия (визуальные, кинестетические, обонятельные и др). подобранные индивидуально, с учетом вида спортивной деятельности. Эти разноплановые воздействия на безусловные неосознаваемые рефлексy спортсмена, запускают целую цепь (серию) успешных нейро физиологических реакций, которые спортсмен начинает осознавать и вольно сознательно) или невольно (неосознанно) применять в достижении рекордов. Спортсмен более полно использует возможности как «левого», так и «правого» мозга, что обязательно приведет к пику спортивного мастерства!

Программы подбираются индивидуально, это безопасно (все будет проходить под контролем датчиков). Предварительно составляется карта энергетического психологического биополя на приборе биоэлектрокардиография.

Что можно выяснить в результате такого обследования?

1) Как быстро спортсмен после физической нагрузки приходит в исходное состояние. Анализируются энергетические показатели и сердечно-сосудистой, и дыхательной системы, и почек, и эндокринной системы на физическом

уровне,, и вводно- солевого баланса. Эти физиологические компенсаторные возможности атлета являются важными показателями и для прогноза и для отбора на соревнование.

2) Прогноз заложенных физических и психических возможностей данного атлета

3) В заключении психолога анализируется полная психологическая биоэнергетическая карта спортсмена на основании 10-минутного аппаратного обследования:

1. О степени восстановлении псих, уровня спортсмена (после физической нагрузки)

2. Особенности психотипа атлета и показатели стрессовости

3. Степень перехода в альтернативное состояние сознания (это уровень ментальной готовности к соревнованию).

4. Характерологические особенности спортсмена Предлагается «пилотный» проект на 3 месяца: аппаратное тестирование спортсменов с последующими индивидуальными сеансами био-

управляемой психокоррекции с целью выработки ментальной готовности к рекордам.

а) зависимость от чужого мнения для старшеклассников является огромным риском подпасть под отрицательное влияние.

б) Степень агрессивности одна из составляющих психоэмоционального портрета старшеклассника.

Полученные заключения аппаратной двухуровневой диагностики позволят Вашим медикам и психологам:

1) более целенаправленно и эффективнее проводить комплексную (медико-психологическую) профилактику сотрудников коллективов по всем направлениям.

2) Выявленные показатели тестирования позволят усовершенствовать применяемые профилактические методы.

3) Применение данной инновационной (квантово-биофизической) технологии даст вверенным Вам сотрудникам более расширенное видение в способах и методах профилактики.

---

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОДРОСТКАМ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ

*МУСАГАЛИЕВА А.Н., РАХИМБЕКОВА Д.К.*

*Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г.Алматы*

Контроль за качеством оказываемых медицинских услуг является во всех странах мира одним из главных механизмов управления медицинскими организациями.

По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, качество в нашей отрасли определяется как уровень достижения системами здравоохранения существенных целей в улучшении здоровья и соответствия справедливым ожиданиям населения [1]. Состояние здоровья населения зависит от того, насколько получаемая пациентами помощь действенна (т.е. насколько она решает проблемы здоровья), затратноэффективна (т.е. пациент избавлен от тех видов помощи, в которых нет необходимости) и безопасна (т.е. оказываемая пациенту помощь не вредит ему) [2].

Общепризнано, что создание и внедрение системы менеджмента качества (СМК) в здравоохранении предусматривает стандартизацию методов диагностики и лечения заболеваний, улучшающих организацию и обеспечивающих качество

лечебного процесса на всех его этапах Создание систем управления качеством медицинских услуг обусловило необходимость разработки стандартизованных клинических руководств и протоколов диагностики и лечения (КР и ПДЛ).

В настоящее время в Казахстане, в рамках реализации Государственной программы реформирования и развития здравоохранения в Республике Казахстан на 2005-2010гг, а также Постановления Правительства Республики Казахстан от 16 февраля 2004 г. «О стандартизации в области здравоохранения», уполномоченным органом в области здравоохранения в лице Министерства здравоохранения РК с 2005 года проводится активная разработка и внедрение в медицинскую практику КР и ПДЛ [3, 4].

Одним из основных критериев, необходимых для разработки КР и ПДЛ, отвечающих современным требованиям обеспечения качества в здравоохранении, является широкое использование методов и принципов доказательной меди-

цины – привлечение результатов правильно выполненных современных научных исследований, как основного фундамента критической оценки клинической информации [5]. Внедрение принципов доказательной медицины в практику здравоохранения предусматривает оптимизацию предоставления медицинской помощи с точки зрения ее безопасности, эффективности и стоимости. Современная научно-обоснованная медицинская практика требует, чтобы диагностика заболеваний, назначение эффективного лечения, минимизация негативных последствий вмешательств основывались только на самой надежной информации [6].

В наших медицинских организациях используются ПДЛ, утвержденные приказом Министра здравоохранения РК от 28 декабря 2007 года № 764, которые включают в себя протоколы диагностики и лечения на стационарном, амбулаторно-поликлиническом уровнях и для скорой медицинской помощи. Первые два содержат акушерско-гинекологический, педиатрический, терапевтический и хирургический профили.

В нашем исследовании, направленном на разработку предложений по совершенствованию оказания оториноларингологической помощи молодежи, была предпринята попытка экспертной оценки объемов, структуры и качества оказанных лечебно-диагностических услуг, в том числе в соответствии с протоколами диагностики и лечения, для чего была разработана специальная «Экспертная карта оценки оториноларингологической амбулаторно-поликлинической помощи» на уровне поликлиники. Данная карта включала 4 логически взаимосвязанных раздела. В первом разделе оценивались диагностические мероприятия; во втором – постановка диагноза, полнота, соответствие формулировки МКБ-10. В третьем разделе анализировались проведенные лечебно-профилактические мероприятия с учетом адекватности стратегии, тактики ведения больных утвержденным ПДЛ. Четвертый раздел содержал оценку эффективности и результативности оказанной медицинской помощи.

Диагностические мероприятия оценивались с позиций качества сбора анамнеза, учитывались наличие нозологической формы заболевания в ПДЛ и оценка соответствия ему, срочность и своевременность назначения и выполнение диагностических услуг. Отдельно анализировалась формулировка диагноза, соответствие услуг новым технологиям, совпадение предварительного диагноза с заключительным.

Комплекс лечебных услуг оценивался с точки зрения срочности и своевременности назначения и выполнения лечебно-диагностических услуг и их целесообразности. Четвертый раздел – это оценка результата по цели обращения, целесообразности госпитализации, рекомендаций пациенту в соответствии с диагнозом.

Нами было проведена экспертная оценка по завершённым случаям оказанной оториноларингологической помощи 50 больным подросткам, лечившимся в амбулаторных условиях.

В результате проведенного исследования установлено, что сбор анамнеза, проведенный не полностью составлял 6%, проведенный в достаточном объеме, за исключением некоторых позиций составлял 40%, проведенный частично – 41%. Не были выяснены факты наличия перенесенных ранее заболеваний и осложнений в 10% случаев.

Оценка наличия нозологической формы заболевания в ПДЛ показала, что в 76% на зарегистрированное заболевание имелись протоколы, не было их в 24%.

По итогам оценки соответствия комплекса оказанных услуг протоколам диагностики и лечения было выявлено, что они в полном объеме соответствуют протоколу лишь в 4% случаев; значительная часть выполнена, но не в полном объеме в 40%; не соответствует протоколу ведения по заболеванию, хотя и произведена диагностика – 32% и нет данной нозологической формы в ПДЛ – 24%.

Определение срочности и своевременности назначения диагностических услуг показало, что своевременно были сделаны назначения 62% пациентов; с некоторой задержкой – 32%; несвоевременно (что повлияло на постановку диагноза и начало лечения) – 4% и не назначено – 2%.

Определение срочности и своевременности дальнейшего выполнения диагностических услуг показало, что 58% больным они были выполнены своевременно; с некоторой задержкой – 40%, несвоевременно (что повлияло на постановку диагноза и начало лечения) – 2%.

Формулировка диагноза полностью соответствовала МКБ-10 в 60% случаев; частично – 36% и не соответствовала – 4%.

Предварительный диагноз соответствовал заключительному полностью у 66% пациентов, не совпадал – у 22% и частично совпадал – у 12%.

В современных условиях одним из основных требований, предъявляемых пациентами к уровню и качеству медицинских услуг является ис-

пользование современных медицинских технологий. Нами установлено, что не в полной мере они использованы в 66% случаев; не соответствуют поставленному диагнозу – в 34%.

Оценка комплекса лечебных услуг в соответствии с ПДЛ показала, что значительная часть была выполнена, но не в полном объеме у 40%. Несоответствие протоколу выявлено у 36% и, как уже отмечалось нами, не было данной нозологической формы в ПДЛ в 24% случаев.

Лечебно-диагностические услуги были назначены своевременно 54% больных, с некоторой задержкой - 38% и несвоевременно - 8%. Лечебно-диагностические услуги выполнены своевременно 56%, с некоторой задержкой 34% и несвоевременно 10%. Комплекс услуг назначен полностью и был целесообразен у 56% больных, не в полной мере - у 42% и не целесообразен - 2%.

Результаты лечения в связи с целью обращения достигнуты полностью у 58% больных; не в полном объеме и требовали оказания помощи в ближайшее время у 22%; результат не был достигнут, возможно ухудшение - 14% и были направлены на госпитализацию 6%.

Выбранная тактика лечения больных подростков в виде необходимости госпитализации полностью целесообразна в 100% случаев. Рекомендации пациенту, в соответствии с диагнозом даны в полном объеме 36%, не в полном объеме - 54% и даны некорректно по объему помощи - 10%.

Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о достаточно высокой квалификации врачей-оториноларингологов, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторно-поликлинических условиях. Однако, около трети проэкспертированных нами случаев требовали коррекции на самых разных уровнях: диагностики, выбора тактики ведения пациента на амбулаторном уровне. Проблемой является использование на этом уровне современных медицинских технологий, позволяющих правильно и своевременно поставить диагноз и провести лечение.

Также важным моментом является следование рекомендациям протоколов диагностики и лечения, разрабатываемых с позиций доказательной медицины и базирующихся на достоверных и современных научных доказательствах. Это дает возможность с учетом новейшей и достоверной информации оптимизировать или нивелировать

влияние на решения врача таких во многом субъективных факторов, как интуиция, квалификация, мнения авторитетных коллег, рекомендации популярных руководств и справочников и т.п. Но, как показало наше исследование, имеющиеся протоколы нуждаются в расширении нозологических форм оториноларингологического профиля, особенно, когда на их основе рассчитываются медико-экономические протоколы.

В целом, разработанная и апробированная нами «Экспертная карта оценки оториноларингологической амбулаторно-поликлинической помощи» может быть использована в системе внутреннего аудита поликлиники для оценки объемов, структуры и результата оказанных услуг.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Программа ВОЗ/СИДА «Политика и управление в области здравоохранения в РФ». Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ. Информационный бюллетень для руководителей здравоохранения, Май, 2005. <http://zdravinform.mednet.ru/pub/bulletin/Bul-06-May05.pdf>.
2. Качество медицинской помощи — одна из главных задач нашего времени [http://www.zplus.kz/Newsletter/nl2\(15\)rus/Article1.htm#title](http://www.zplus.kz/Newsletter/nl2(15)rus/Article1.htm#title).
3. Государственная Программа реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005 – 2010 годы.
4. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 декабря 2005 года № 655 «Об утверждении периодических протоколов диагностики и лечения».
5. Методическое пособие по разработке клинических практических руководств. ГУ ЦНИИОИЗ МЗ РФ, Межрегиональное общество специалистов доказательной медицины. Москва, декабрь 2003. [www.osdm.org](http://www.osdm.org)
6. Maynard A. Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *Lancet* 1997;349:126-8.

#### ТҰЖЫРЫМ

Мақалада емханалық жағдаларындағы ЛОР-патологиясы бар жасөспірімдерді емдеу сапасы, құрылымы және көлемін бағалау нәтижелері көрсетілген. Өңделген эксперттік бағалау әдісі емханалардың ішкі аудит жүйелерінде қолданыла алады.

#### SUMMARY

The article contains the description of the results of the expert estimation of the volumes, structure and quality of the treatment of teenagers who have ENT pathologies in the conditions of the polyclinics. The developed technique of the expert estimation can be used in polyclinics in the system of the internal audit.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

ХАМЗИН А.А.

Центральная клиническая больница Управления делами президента РК, г.Алматы

В обзоре представлены особенности распространения эректильной дисфункции, что может улучшить организацию лечебно-профилактической помощи данной группе населения.

**Ключевые слова:** эректильная дисфункция, эпидемиология, возрастные особенности.

За последние 10 лет проблема эректильной дисфункции привлекает к себе все большее внимание. Доказательством этого может служить тот факт, что на ежегодном съезде Американской Урологической Ассоциации в 1983 г. по данной теме было 29 сообщений, а в 1994 уже 69.

Эректильная дисфункция (ЭД) продолжает оставаться важнейшей проблемой не только здоровья, но и качества жизни. Ее распространенность среди мужчин всех возрастных групп, в среднем, достигает 33% и напрямую зависит от возраста и сопутствующих заболеваний. Если в настоящее время в мире живет около 150 млн. мужчин, страдающих ЭД, то к 2025 г. их количество, по расчетам, может возрасти до 322 млн., что связывают в первую очередь со старением населения. Так, по данным популяционных исследований, проведенных в США, в возрастной группе от 40 до 70 лет ЭД выявлена у 52% мужчин. При этом легкая степень ЭД отмечена у 17%, средневыраженная у 25% и тяжелая у 10%. Относительно невысокая частота ЭД выявлена в Дании, где в возрасте 40-45 лет она была констатирована у 4,5 % мужчин, 50-55 лет - у 11,1% и в возрастной группе 75-80 лет - у 52%. Однако в других европейских странах частота ЭД выше. Так в Испании ЭД отмечалась у 8,7% мужчин в возрасте от 19 до 40 лет, во Франции у 44% мужчин в возрасте 45-70 лет, в Нидерландах у 17 % мужчин старше 18 лет, в Финляндии у 76,5% мужчин в возрасте от 50 до 75 лет. Развитие ЭД существенно снижает качество жизни мужчин и у многих из них вызывает депрессию, отрицательно сказывается на взаимоотношениях в семье, отрицательно влияет на успешность в профессиональной деятельности.

С появлением высокоэффективных пероральных препаратов для лечения ЭД (ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа или ФДЭ-5 ингибиторов) количество мужчин с ЭД, которые решились на преодоление этого недуга, увеличилось в несколько раз.

При этом около 86 % пациентов, страдающих

ЭД, впервые обращаются не к урологам или андрологам, а к врачам общей практики или к семейным врачам. Профиль пациентов с ЭД, которые обращаются к урологам и андрологам, существенно изменился. Теперь основу этой категории пациентов составляют уже ранее безуспешно лечившиеся ФДЭ-5 ингибиторами. Выяснено, что если доза силденафилацитрата в 100 мг не позволяет достичь адекватной эрекции, для большинства таких пациентов наиболее адекватным методом лечения ЭД является имплантация протезов полового члена. Известно также, что среди пациентов с ЭД, у которых не дают эффекта максимальные дозы ФДЭ-5 ингибиторов и не эффективна интракавернозная фармакотерапия, весьма высок процент страдающих серьезной патологией сердечно-сосудистой системы.

Понятие «эректильная дисфункция» было предложено вместо термина «импотенция» в 1988 году на заседании специальной согласительной конференции Национального Института Здоровья США. К 1992 году оно было принято международными организациями и обществами урологов, андрологов и других специалистов, занимающихся данной проблемой.

Не являясь угрожающим для жизни состоянием, эректильные расстройства, как никакие другие, способны ухудшить качество жизни и привести к социальной дезадаптации личности.

Частота встречаемости эректильной дисфункции в отдельных исследованиях сильно варьирует. Это связано с различиями в определении эректильной дисфункции, методах и критериях ее диагностики, возрастным составом групп. По данным Kinsey (1948), основанным на опросе около 12 000 мужчин, частота этого состояния была менее 1% в возрасте моложе 19 лет, 3% - до 45 лет, 7% - до 55 лет и 25% - до 75 лет. В 1972 году после повторно проанализированных данных 5000 карт наблюдений Kinsey в соответствии с современными критериями определения эректильная дисфункция была отмечена уже в 42% случаев.

Среди клиентов, посещающих клиники, изучающие сексуальные проблемы, расстройства эрекции представляют наиболее распространенную жалобу. В 3-х годичном статистическом обзоре больных одной из клиник Эдинбурга (Warner et al., 1987) эректильная дисфункция была основной жалобой у 50 % из 533 мужчин. Следующей по частоте была преждевременная эякуляция - у 13 %. Опять же наблюдалась явная связь между жалобами на эрекцию и возрастом с пиком, приходящимся на 6-е десятилетие жизни.

Около 110 млн. мужчин на Земле имеют те или иные формы сексуального расстройства, причем, предполагается, что в течение ближайших 25-ти лет эта цифра может удвоиться. В 1993 г. согласительная комиссия Национального Института Здоровья США по импотенции оценила число мужчин в США, страдающих ЭД той или иной степени выраженности, в 30 млн. человек. Распространенность ЭД в Европе с увеличением возраста пациентов растет и в 1995 г. оценивалась в 31 млн. человек, к 2025 г. ожидается увеличение до 43 млн., а всего в мире ожидается увеличение числа подобных больных со 152 до 322 млн. за тот же период (NIH Consensus Conference: Impotence, 1993; Feldman HA, Goldstein I, Hatzichristou DG, Krane RJ, McKinlay JB, 1994; Lue TF, 1993).

Эректильной дисфункцией во всем мире страдают более 150 миллионов мужчин, к 2019 году их число может достичь 322 миллионов (Aytac IA et al, 1999). По данным ВОЗ, после 21 года расстройства эрекции выявляются у каждого 10-го мужчины, а после 60 лет - каждый третий мужчина вообще не способен выполнить половой акт.

Было установлено, что ЭД распространена среди мужчин всех возрастов, частота ее составляет 10-20% (Мазо Е.Б. и соавт., 2002; Lue TF, 2003). По расчетам McKinlay JB (2000), около 150 миллионов мужчин в мире страдают от ЭД; предполагается, что в течение ближайших 25 лет эта цифра может удвоиться. В опубликованном в 2003 году обзоре Nicolosi A. привел результаты стандартизированного анкетного опроса около 600 мужчин в возрасте от 40 до 70 лет в четырех странах мира, согласно которым частота ЭД составила в Бразилии – 15%, в Италии – 17%, в Малайзии – 22% и в Японии – 34%. Распространенность ЭД в Европе, Южной и Северной Америке была оценена в исследовании MALES (Men's Attitudes to Life Events and Sexuality). При анкетировании 27839 мужчин в возрасте от 20 до 75 лет ЭД выявлена в среднем в 16% случа-

ев. Ее распространенность колебалась в разных странах - от 10% в Испании до 22% в США (Rosen RC et al., 2004).

В возрасте 40-50 лет ЭД выявляется у 40% мужчин, в возрасте 50–60 лет – практически у половины обследованных (48-57%), а в старшей возрастной группе этим расстройством страдают 70% мужчин. По некоторым прогнозам, к 2025 г. ЭД будут страдать более 300 млн. мужчин (Рихтер С., 2004; Aytac IA et al., 1999). Но эта тенденция связана не только с проблемами старения мужского населения в развитых странах, но и за счет стран с развивающейся экономикой, что обусловлено высоким уровнем стресса, недостатками системы здравоохранения и, прежде всего, его профилактического звена (Аполихин О.И. и соавт., 2005).

По данным ВОЗ, после 21 года расстройства эрекции выявляются у каждого 10-го мужчины, а после 60 лет каждый 3-й мужчина вообще не способен выполнить половой акт (Хайбулина Э.Т. и соавт., 2004). Очевидным является тот факт, что ни одна научная работа, посвященная патогенезу или лечению ЭД, не может обойтись без анализа распространенности данного заболевания. Однако в большинстве работ, как отечественных, так и зарубежных, приводятся одни и те же сведения по эпидемиологии ЭД, полученные в середине 90-х годов прошлого века. Причем большинство этих работ выполнены на территории США.

Эпидемиологических данных о распространенности ЭД в Казахстане нет, однако высокий травматизм мужского населения, значительная распространенность алкоголизма и курение низкокачественных сортов табака позволяют предполагать большую распространенность ЭД в нашей стране по сравнению с индустриально развитыми странами мира. Единичные публикации указывают на распространенность ЭД в пожилом (57%) и старческом (80%) возрасте (Горилловский Л. М., 1996). Среди мужчин молодого и среднего возраста (30-50 лет) нарушения эрекции встречаются у 8,6% обратившихся в многопрофильные медицинские стационары (Бавильский В. Ф., Суворов А. В., 2001).

Необходимо отметить, что большинство опрошенных мужчин не считают эректильную дисфункцию заболеванием, связывая ее появление со стрессом и усталостью. Так согласно результатам анкетирования 10 тыс. мужчин в возрасте от 17 до 70 лет только 22,2% опрошенных мужчин с ЭД обращаются за помощью к врачу, и

только 36,9% из них получают лечение. По данным других исследований, только треть мужчин консультируется с врачом и 75-88% мужчин с ЭД не получают по этому поводу никакого лечения. Так, лица, испытывающие сексуальные затруднения, далеко не всегда обращаются за медицинской помощью: по данным разных исследователей - не более 50% мужчин и значительно меньше женщин.

Таким образом, на сегодняшний день эпидемиология ЭД в странах СНГ изучена недостаточно. Проводить полную экстраполяцию данных зарубежных исследований на мужское население постсоветского пространства нецелесообразно. В связи с этим необходимо продолжить изучение эпидемиологии ЭД в нашей стране, учитывая не только возраст, но и социально-экономический статус пациентов, что поможет улучшить орга-

низацию лечебно-профилактической помощи данной группе населения.

#### ТҮЖЫРЫМ

Шолуда эректилді дисфункцияны таралу ерекшеліктері келтірілген. Осы топтағы тұрғындарға емдеу-профилактикалық көмекті ұйымдастыруды жөндеу қарастырылған.

**Өзекті сөздер:** эректилді дисфункция, эпидемиология, жастық ерекшелер.

#### SUMMARY

In the review features of distribution erectile are presented dysfunction that can improve the organization of the treatment-and-prophylactic care to the given group of the population.

**Keywords:** erectile dysfunction, epidemiology, age features.

## ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО РАСТВОРА МОРСКОЙ ВОДЫ «СИНОМАРИН» В ЛОР-ПРАКТИКЕ

*МУТУШЕВ Т.М., САНДЫБАЕВА М.Б., ЗАВАЦКАЯ Т.А.*

*Областная детская больница, Городская детская поликлиника №1, г.Павлодар*

Полость носа является одной из важнейших в функциональном отношении структур организма. Именно здесь происходит механическая очистка вдыхаемого воздуха от пылевых загрязнений, увлажнение и согревание его, а также защита от проникновения болезнетворных микроорганизмов (бактерий, грибков, вирусов) в нижележащие отделы дыхательного тракта.

Сложная конфигурация носовых ходов и носовых раковин, формируют турбулентный характер движения воздуха и способствуют осаждению на слизистой оболочке ингалированных частиц. Поступающий воздух кондиционируется, приобретая оптимальный диапазон температуры и влажности.

Слизистая оболочка полости носа выстлана мерцательным эпителием, состоящим из реснитчатых клеток, обеспечивающих транспорт слизистого секрета и бокаловидных клеток, продуцирующих этот секрет. Волнообразное движение ресничек состоит из двух фаз. В первой фазе реснички осуществляют быстрое перемещение -

взмах, во второй — медленно возвращаются в исходное положение. Все реснички работают в унисон. Функция ресничек оптимальна при температуре слизистой оболочки полости носа 28-33°C и резко снижается при температуре 7-10°C. Потеря влаги вызывает прекращение колебания ресничек.

Эпителий полости носа покрыт секретом, источником которого кроме слизистых желез слизистой оболочки носа, бокаловидных клеток, трансудации из капилляров является секрет слезных желез, поступающих в полость носа через назолакримальный проток, и секрет специализированных желез Боумана из альфактивной зоны слизистой оболочки носа. Объем назальной секреции за 24 часа составляет от 100 мл. до 1-2 л. Установлено, что  $\frac{3}{4}$  жидкой части носового секрета расходуется для увлажнения вдыхаемого воздуха, а остальная необходима для увлажнения слизистой оболочки и обеспечения мукоцилиарного клиренса.

Направление движения ресничек строго определено от преддверия полости носа и околоносовых пазух в сторону носоглотки. В передней части полости носа слизь движется медленно, примерно 1-2мм/ч.; в задней - гораздо быстрее, со скоростью 10мм/мин. в сторону пищевода и заглатывается. Слизистый покров задних двух третей носа обновляется каждые 10-15 мин.

С древнейших времен человек пытался различными способами восстановить функцию слизистой оболочки полости носа, избавиться от постоянного насморка, корок, сухости. С этой целью применялись различные ингаляции, закапывания масел, промывания носовых ходов растворами морской воды.

Лечебную ценность морской воды определяет содержание и концентрация различных солей, находящихся в оптимальном соотношении. Соли морской воды обладают антибактериальным и противовоспалительным эффектом. Дополнительным деконгестантным свойством обладает гипертонический раствор морской воды.

Производитель PNG Gerolmatos S.A, Греция, предлагает 2,3% гипертонический стерильный раствор морской воды, в виде назального спрея, выпускаемого в трех формах. Взрослая форма может применяться у детей с 6 лет, детская форма с 6 месяцев, она снабжена адаптированной детской насадкой и имеет мягкий напор струи, форма мини для взрослых и детей с 1 года, предназначена для применения во внедомашних условиях с дозированным впрыском. Содержимое баллончика сохраняется стерильным в течение всего срока использования, благодаря герметичной упаковке с односторонним специальным клапаном.

Показания к применению «Синомарина» очень широки. Это острые и хронические риниты различного происхождения, в том числе аллергического, острые и хронические синуситы, аденоидиты, состояния после операций в полости носа, а также при сухости слизистой оболочки носа, раздражении слизистой при курении, вдыхании загрязненного воздуха, ежедневной гигиене полости носа с целью профилактики

инфекций в осенне-зимний период.

Мы изучили эффективность применения препарата Синомарин при лечении заболевания носа, носоглотки у детей раннего, младшего, дошкольного возраста. В исследование было включено 35 детей от 1 года до 7 лет, с клиническими признаками ринита, аденоидита, ринофарингита, острой и хронической формы фарингита. Пациенты были распределены на две группы: 1 группа - 20 детей которым ежедневно проводили орошение полости носа препаратом Синомарин 5-6 раз в сутки. Во 2-ой группе 15 чел получали интраназальное введение физ. раствора 5-6 раз в сутки. Всем детям проведен курс ирригационной терапии.

**Результаты:** при первичном осмотре жалобы были на слизисто-гнойные выделения из носа, в 1-ой группе -95%, во 2-ой группе -100%.

Затруднение носового дыхания в 1 группе - 90%, во 2 группе-93%.

Эпизоды ночного кашля в 1 группе-80%, во 2 группе-87%.

Нарушение сна в 1 группе-45%, 2 группе-47%.

При контрольном осмотре через неделю у детей 1 группы была более выражена динамика показателей, достоверные различия были получены в динамике выраженности слизисто-гнойных выделений из носа 10% (1 группа) и 53% (2 группа).

После купирования острого процесса родителям было предложено в течение одного месяца гигиеническое промывание носовой полости и носоглотки Синомарином 1-2 раза в день у детей 1 группы и физ.раствором у детей 2 группы.

При контрольном осмотре через месяц у детей 1 группы (применяли Синомарин) выделения из носа отсутствовали, затрудненное носовое дыхание наблюдалось у 15%, ночной кашель у 5%. Во 2 группе затрудненное носовое дыхание наблюдалось в 33% случаев, а слизисто-гнойные выделения сохранялись в 7% случаев.

В течение месяца в первой группе клинические признаки острых процессов в носу и носоглотке отсутствовали, а во 2 группе было 4 эпизода простудных заболеваний.

	1 группа			2 группа		
	Первичный осмотр	Через неделю	Через месяц	Первичный осмотр	Через неделю	Через месяц
Носовые выделения	<b>95%</b>	<b>10%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>53%</b>	<b>7%</b>
Затрудненное носовое дыхание	<b>90%</b>	<b>30%</b>	<b>15%</b>	<b>93%</b>	<b>47%</b>	<b>33%</b>
Ночной кашель	<b>80%</b>	<b>25%</b>	<b>5%</b>	<b>87%</b>	<b>53%</b>	<b>13%</b>
Нарушение сна	<b>45%</b>	<b>20%</b>	<b>5%</b>	<b>47%</b>	<b>20%</b>	<b>7%</b>

**Выводы:** Применение препарата Синомарин является эффективным методом для лечения заболеваний носоглоточной области у маленьких детей, особенно гнойных форм. Заметно снижает число обострений при ежедневном 1-2 разовом применении у часто болеющих детей. Т.о. промывание носовой полости гипертоническим раствором морской воды является методом выбора для лечения и профилактики частых простудных заболеваний.

Результаты ведения больных показали, что назальный спрей «Синомарин» способствует быстрому восстановлению слизистой в послеоперационном периоде, уменьшает необходимость в длительном туалете полости носа, отлично переносится пациентами. Гипертонический раствор морской воды «Синомарин», является необходи-

мым дополнением к комплексной терапии для повышения эффективности лечения заболеваний носовой полости.

#### ТҰЖЫРЫМ

Мақалада балалардағы фарингиттің жедел және созылмалы түрі кезінде, аденоидит, жедел және созылмалы ринит кезінде «Синомарин» теңіз суының гипертоникалық ерітіндісін тәжірибеде қолдану жайында мәліметтер келтіріледі.

#### SUMMARY

In article the facts of own clinical experience of application at acute and chronic rhinitis, adenoiditis, acute and chronic form of a pharyngitis among children of a hypertensive solution of sea water «Sinomarin» are supplying. The application of «Sinomarin» has shown extra efficiency in treatment and disease prevention of nasopharyngeal area.

*«Салауатты өмір салтын қалыптастыру – Қазақстанның басты стратегиясы» Халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференцияның баяндамалары (3-4 желтоқсан 2009 ж., Алматы қаласы) –  
Материалы Международной НПК «Формирование здорового образа жизни – главная стратегия Казахстана»  
(3-4 декабря 2009 г., г.Алматы)*

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*ХАЙДАРОВА Т.С., НАРЖАНОВ Б.С., АКИМБАЕВА А.А.  
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни,  
ННЦ им. А.Н.Сызганова*

Медицинский эффект характеризует деятельность медицинских работников и организаций здравоохранения с точки зрения достижения положительного результата с учетом критериев качества, адекватности и результативности МП. Он определяется снижением заболеваемости, повышением уровня качества медицинских услуг, снижением летальности, увеличением коэффициента достижения результатов и др.

Формирование здорового образа жизни (ФЗОЖ) является ключевым элементом МПТ, в основных документах Правительства РК – в Государственной программе реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг., в Стратегическом плане Министерства здравоохранения РК на период 2009-2011 гг. целевым индикатором определен показатель - увеличение ожидаемой продолжительности жизни для оценки ФЗОЖ; а целевыми показателями являются снижение распространенности поведенческих факторов риска: табакокурения ( 2007 г. - 22,8%; 2009 г. – 21,4%; 2011г. 18,6%; злоупотребление алкоголем (2007 г. -18,1%; 2009 г. 16,9%; 2011 – 14,%; избыточной массы тела (2007 г. – 36,9%; 2009 г. – 35,3%; 2011 г – 33,7%).

Понятие эффективность определяется как отношение полученного полезного результата к затратам, обеспечивающим его достижение:

Эффективность = эффект / затраты

Независимо от того, в натуральных или в стоимостных показателях выражен полезный эффект, повышение эффективности всегда означает, что на каждую тенге затрат получен результат большей стоимости.

На макроуровне расчеты по определению экономической эффективности процесса ФЗОЖ можно провести исходя из вышепредложенной методики. При этом, за эффект взять данные по ВВП на душу населения (точнее 3% от ВВП, так как ВВП формируется комплексно, не только в результате приумножения производительных рабочих сил, которые поддерживаются усилиями здравоохранения за счет снижения смертности, заболеваемости населения, увеличения средней продолжительности жизни работающих граждан), а за затраты взять затраты на содержание службы и центров ФЗОЖ по РК.

Проведенные расчеты показывают, что в экономической эффективности отражена взаимосвязь и взаимообусловленность многочисленных медицинских, социальных и экономических ас-

Таблица 1. Данные по расчету экономической эффективности ФЗОЖ на макроуровне ( 2004-2007 гг.).

Период времени, годы	Ср.ожд. продолж. жизни	ВВП на душу насел.,	Доля ВВП на здрав. в тыс. тенге 2,3% и 3,0%, тг./1% ФЗОЖ	Затраты на службу ФЗОЖ тыс.тг	Числен. населения по РК	Затраты на душу насел.по ФЗОЖ, тенге.	Ожд. эффект на м/ур. тыс.тг. на душу нас.	Соотнош. затраты/эконом. эффект.
2004	66,14	391000	8893/88,9	144501,0	15012984	12,1	7,3	0,60
2005	65,91	364500	11784/117,8	192000,0	15147029	15,5	7,6	0,49
2006	66,19	617100	14810/148,1	242512,0	15308085	16,7	8,8	0,52
2007	66,38	765000	22950/229,5	280812,0	15484192	18,1	12,6	0,7

пектов МПТ, и данные расчеты носят характер косвенных расчетов.

Необходимо отметить, что на схеме представлены только основные направления повышения эффективности МПТ. Поэтому на практике область исследования может быть расширена.

Таким образом, программа действий по увеличению эффективности МПТ предполагает выбор направления, постановку цели и определение результата. Пользуясь представленной методикой, руководители могут определить имеющиеся резервы повышения результативности реали-

зации МПТ в зависимости от сфер деятельности и поставленных задач. Для этого определяется влияние каждого элемента на систему в целом. Объединение элементов модели в единый алгоритм позволяет получить данные, соответствующие системным целям прогнозирования.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Окушко А.Б. Методы экономической оценки программ и проектов в сфере здравоохранения// гл. врач. – 2002.-№5. – С.22-26.
2. Экономический ущерб от плохого здоровья: ситуация в Европейском регионе. ВОЗ, 2008 г.

## ЗАГРЯЗНЕНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ВОСТОЧНОЙ И ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТЕЙ КАЗАХСТАНА КАНЦЕРОГЕНАМИ РАЗНЫХ КЛАССОВ И ОСОБЕННОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

*М.А.КАРИМОВ, Ж.КЕНЖАЛИН, М.АХУНДЖАНОВ*  
*Лаб. канцерогенных агентов внешней среды, КазНИИОиР*

Цель доклада - Изучить загрязнение окружающей среды (ОС) Восточной и Павлодарской областей РК канцерогенами двух классов – бензопирен (БП) и тяжелых металлов (ТМ) и возможную связь онкозаболеваемости населения с этими загрязнениями

Как известно, основными источниками загрязнения ОС являются: промышленные предприятия, автотранспорт, отопительные системы (коммунальные, индивидуальные), сточные воды промышленных предприятий, используемые для полива, городские стоки и поллютанты - удобрения, пестициды, гербициды, применяемые в сельском хозяйстве. За последние два десятилетия нашу страну заполнили автомашины иностранного производства, большинство которых бывшие в длительном использовании. Недостаточно изучена роль водных артерий Казахстана, переносящих токсические и канцерогенные вещества на большие расстояния.

Для решения поставленной цели были отобраны пробы воды по течению реки Иртыш от оз. Зайсан до Павлодара, также изучено 29847 первичных карт по форме 281, 090/У по данным двух

областных онкодиспансеров. Всего получено 44 пробы и сделано 660 анализов.

Содержание БП в воде открытых и закрытых водоемов Восточно-Казахстанской области Казахстана: Бухтарминское водохранилище  $0,013 \pm 0,001$ ; р.Иртыш  $0,011 \pm 0,0007$ ; р.Граматыха Шарарповка, Филипповка (г.Риддер)  $0,018 \pm 0,0011$ ; родник (г.Риддер)  $0,007 \pm 0,0004$ .

В Глубоковском районе (п.Глубокое) в реке Иртыш  $0,036 \pm 0,003$ ; в р.Глубочанка  $0,009 \pm 0,0007$ ; в колодце  $0,016 \pm 0,001$ .

В Шемонайхинском районе в р.Ульба  $0,010 \pm 0,0009$  (п.Шемонайха); в скважине  $0,015 \pm 0,0016$  (п.Шемонайха); в р.Уба  $0,006 \pm 0,0006$  (с.Октябрьское).

Содержание БП в воде открытых и закрытых водоемов Павлодарской области Казахстана в колодцах (с.Кентубек)  $0,009 \pm 0,0008$ ; в селе Коктобе  $0,080 \pm 0,009$ , в скважине Лебяжинского района  $0,014 \pm 0,001$ . В г.Аксу на реке Иртыш  $0,391 \pm 0,046$ . В Павлодарском районе (с.Павлодар) в реке Иртыш  $0,319 \pm 0,028$ , в водопроводе  $0,149 \pm 0,011$ , в скважине  $0,052 \pm 0,004$ ; в г.Павлодар (р.Иртыш)

0,024±0,001, в водопроводе 0,013±0,001, в накопителе 0,190±0,015.

Содержание ТМ в воде открытых и закрытых водоемов Восточно-Казахстанской области Казахстана в Бухтарме (озеро) Cd, мг/л (0,001) 0,003±0,0002, Pb, мг/л (0,01) 0,03±0,002. В г. Усть-Каменогорск (р. Иртыш) Cd, мг/л 0,01±0,0008, Pb, мг/л 0,03±0,019; в р. Ульба Cd, мг/л 0,02±0,0005, Pb, мг/л 0,02±0,011. В г. Риддер в роднике Cd, мг/л 0,004±0,0003, Pb, мг/л 0,02±0,001, а в реке Cd, мг/л 0,007±0,0003, Pb, мг/л 0,04±0,003. В п. Глубокое (Иртыш) Cd, мг/л 0,01±0,0005, Pb, мг/л 0,007±0,0007. В п. Шемонайхе (Ульба) Cd, мг/л 0,007±0,0005, Pb, мг/л 0,03±0,002.

Содержание ТМ в воде открытых и закрытых водоемов Павлодарской области Казахстана в селе Кентубек (Майский район) в колодце Cd, мг/л 0,02±0,001, Pb, мг/л 0,04±0,003; в с. Коктобе Cd, мг/л 0,007±0,0007, Pb, мг/л 0,05±0,004. В Лебяженском районе (с. Джембул) в скважине Cd, мг/л 0,015±0,001, Pb, мг/л 0,07±0,005. В г. Аксу (р. Иртыш) Cd, мг/л 0,012±0,0009, Pb, мг/л 0,08±0,008; в водопроводе Cd, мг/л 0,015±0,001, Pb, мг/л 0,04±0,003. В других районах г. Аксу (Река Иртыш) с. Евгеньев (водопровод) Cd, мг/л от 0,012±0,0009 до 0,015±0,001, Pb, мг/л от 0,08 до 0,04±0,003.

Таблица 1. Заболеваемость ЗН населения Восточной и Павлодарской областей РК за 2004-2008 гг.

Заб-сть ЗН	РК-ранг	ВКО-ранг	ПО-ранг
Общая	187,8	318,9	275,4
легких	24,2- 1	43,4- 2	37,2- 1
МЖ	20,0- 2	29,3- 3	28,2- 3
желудка	18,8- 3	26,7- 4	30,9- 2
кожи	18,3- 4	54,9- 1	24,0- 4
гемобласт	8,3- 5	10,9- 5	13,1- 5
ШМ	7,9- 6	9,4- 6	9,6- 6

Что могло сказаться на подобных особенностях повышенной общей онкозаболеваемости и ряда ее локализаций? Однозначного ответа не может быть. Ведь общепризнанным является роль УФ-лучей в этиологии рака кожи.

ВКО не южный регион, но в ВКО больше европейского населения и как горной местности роль УФ-лучей велика, загрязнение ОС канцерогенами заметно высокое. Общеизвестно суммационное и синергическое действие канцерогенов, а их в ВКО 3 класса (УФ, ПАУ, ТМ). Этим, по видимому, можно объяснить повышенную общую ОЗ и более высокую частоту рака кожи в этой области.

Рака кожи в ПО меньше, но и солнца мало. Последнее обстоятельство при короткой солнечной части дня способствует большему использованию искусственного освещения. По экспериментальным и эпидданым длительное использование искусственного света приводит к учащению РМЖ у животных и повышению заболеваемости РМЖ у женщин. Для ПО характерно подобное освещение и в совокупности с загрязнением ОС БП и ТМ могут оказаться ведущими в генезе РМЖ.

В ПО заболеваемость РЛ, занимающая первое ранговое место, чем в целом по Республике (24,2 и 37,2).

Заболеваемость раком желудка, занимающая четвертое ранговое место, но заметно превышающая общереспубликанские показатели можно объяснить в определенной степени значением загрязнения водоисточников канцерогенами.

## СЛУЖБА УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ В КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

УЕЗБАЕВ С.

Республиканский центр укрепления здоровья (РЦУЗ)  
Министерства здравоохранения Кыргызской Республики

В Кыргызской Республике проживает 5,3 млн. человек, общая площадь территории 198 000 км.

Миссия Республиканских Центров укрепления здоровья: оказание помощи населению Кыргызской Республики в приобретении знаний, навыков, стимулов и возможностей в поддержании хорошего состояния здоровья

ка бруцеллеза; гигиена и санитария; дегельминтизация; здоровые зубы; сексуально-репродуктивное здоровье (ВИЧ/СПИД); малярия.

Извлеченные уроки

- Необходимость четкой координации доноров, прозрачность и согласованность действий с МЗ КР

Программы	Инструменты	Модули
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Модели вовлечения сельского населения к программам по укреплению здоровья</li> <li>• Доцентский курс по укреплению здоровья</li> <li>• Здоровые школы, лицеи</li> <li>• Здоровые села, города</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Руководства для модулей</li> <li>• PНАST метод</li> <li>• Шаг за шагом</li> <li>• Маршрут безопасности</li> <li>• Наркотик-убийца</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Теория и практика укрепления здоровья</li> <li>• Профилактика ЖДА, ЙДЗ</li> <li>• Алкоголь</li> <li>• Гипертония</li> <li>• Бруцеллез и др.</li> <li>• Всего - 26</li> </ul>

Программы «Здоровые села, города» и «Здоровые школы, лицеи» осуществляются путем межсекторальных соглашений: Кыргызстан вошел 55 страной в сеть «Здоровых школ» по Европе

- Центры укрепления здоровья стали важным звеном для построения диалога с сельским населением
- Адаптированные к условиям Кыргызстана новые методы и подходы можно гибко использовать в сельской общине

<p>2002-2004 Стратегия укрепления здоровья населения была разработана для Жумгалского района Нарынской области (16 сел с населением 30,000 чел.)</p>	<p>2003-2004 Распространение стратегии в Нарынской области (111 сел с населением 160,000 чел.) Распространение стратегии в Таласской области (80 сел с населением 140,000 человек)</p>	<p>2005 Стратегия была принята в Национальную программу «Манас Таалими»</p>	<p>2006-2008 Распространение стратегии в Иссыккульской, Баткенской, Чуйской части Жалалабатской и Ошской областях (815 сел с населением 1636,000 чел.)</p>
--	--	---	--

Хронология развития стратегии укрепления здоровья населения в Кыргызстане

Наименование акций и кампаний по стратегии укрепления здоровья: употребление йодированной соли; высокое артериальное давление; анемия (питание беременных и детей до 2 лет); снижение употребления алкоголя; профилакци-

- Необходимость работать в тесном взаимодействии внутри и вне сектора здравоохранения

Над чем предстоит работать

- Определение роли и места службы укрепления здоровья в системе общественного здравоохранения

- Развитие механизмов межведомственного взаимодействия по вопросам укрепления здоровья
- Дальнейшее наращивание потенциала

- Следующие шаги
- Разработка программы по активизации и привлечению городского (районных центров) населения к мероприятиям по УЗ
  - Разработка программы «Здоровые детские сады и ясли»

---

## КОНЦЕПЦИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ОТ КОМПАНИИ NIKKEN

ДУЙСЕНОВ Т.Д.  
ТОО» ТЕАД», г.Алматы  
*«Профилактика болезней всегда дешевле, чем лечение»*

Здоровье является обязательной составляющей счастливой и полноценной жизни. Компания Nikken, основанная в 1975 году является лидером в индустрии здорового образа жизни. Продукция компании и ориентируется на профилактику заболеваний.

Философия японской компании Nikken основана на пяти колоннах благополучия: здоровое тело, здоровый разум, здоровая семья, здоровое общество и здоровые финансы.

Продукция Nikken разработана для решения проблем современного общества в охране здоровья граждан. Продукция объединена концепцией Здоровый дом Nikken™, которая охватывает все ключевые составляющие здорового образа жизни, улучшая ваше общее самочувствие и восполняя запас энергии.

Продукция Nikken улучшает общее состояние организма за счет инновационных технологий способствующих здоровому дому. Здоровые люди создают здоровые семьи, здоровые отношения и здоровое общество, поддерживают финансовое благополучие

Компания Nikken имеет репутацию компании, которая сочетает новейшие идеи с передовыми технологиями, дизайном и качеством. Отдел исследований и развития компании занимает ведущее место по разработке передовых технологий.

Nikken изготавливает непревзойденную по качеству продукцию, используя только лучшие экологически чистые материалы и способы производства

- Эксклюзивные запатентованные технологии
- инновационная магнитная технология по принципу равносторонних треугольников
  - технология воздействия ИК-лучей дальнего спектра

- ионная технология Comfort
- технология здорового сна Nikken
- технология фильтрации воды PiMag®

В своем доме мы проводим более 70% времени нашей жизни, где отдыхаем после трудового дня. Полноценный отдых и релаксация - важнейшее условие уменьшения уровня стресса. Человечество искажило естественные природные условия обитания, которые были когда-то, никто сегодня уже не ставит под сомнение. Более того, мы экранируем себя от той природы, которая ещё осталась, помещениями, в которых живём и работаем. А помещение — это неестественная среда обитания для человека! Изделия компании позволяют каждому человеку иметь первозданную природу в своём доме. А собственный дом или квартира — это то место, на которое мы можем непосредственно влиять!

Как известно, организм человека использует только 10% своих ресурсов, остальные 90% скрыты. В организме имеются скрытые механизмы саморегуляции и самовосстановления, эти самые механизмы как раз и «будит» природа, заключённая в изделиях компании NIKKEN. Если организм поместить в естественные природные условия, то он придёт в норму!

Ещё один момент: что служит для нас источником энергии для нашей жизнедеятельности? Чаще всего мы считаем, что еды и сна нам достаточно, для поддержания наших сил. А знаете ли вы, что по исследованиям диетологов, каждый человек за жизнь переедает примерно в 5 раз!

В природе предусмотрены другие источники энергии! А именно: магнитное поле Земли, полезное тепло солнца, отрицательные ионы, которых особенно много в лесном воздухе, у моря и в горах.

Различные коммуникации в земле, железобетонные конструкции экранируют нас от магнитного поля Земли, а электробытовые приборы и вовсе поглощают часть магнитного поля человека. И у каждого из нас возникает недостаток магнитного поля!

Главным проявлением синдрома дефицита магнитного поля являются: общая слабость, повышенная утомляемость, снижение работоспособности, плохой сон, раздражительность, головные боли, боли в суставах и позвоночнике.

С помощью магнитных изделий компании Nikken мы имеем возможность компенсировать свой недостаток магнитного поля, получить дополнительный природный источник энергии! Человек становится физически сильнее, снижается стресс, напряжение, добавляется энергия. Также есть возможность снимать напряжение или боль с какого-то определённого проблемного участка нашего тела.

Технология инфракрасных лучей дальнего спектра действия в продукции Никкен позволяет регулировать термообмен и стабилизировать кислотно-щелочной баланс. Мы имеем возможность получать дополнительную природную энергию – полезное тепло солнца.

Вспомните, как вам становится хорошо после прогулки в лесу или у моря? Все дело в том, что насыщенный отрицательно заряженными ионами воздух положительно воздействует на организм. Связь «анион-воздух» аналогична связи «витамин-пища». Человек в норме задуман природой отрицательно заряженным. Но, например, поговорив по сотовому телефону или просто посидев у монитора компьютера, мы постоянно отдаём электроны. Человек должен восполнять свой отрицательный заряд, иначе образуются положительно заряженные частицы – свободные радикалы, являющиеся синонимами старости и болезни. Положительно заряженные ионы изменяют вязкость крови, в результате которого возникает относительное кислородное голодание в мышцах. Это приводит в миалгиям и снижению мышечной силы. Отрицательные ионы (анионы) воздуха, напротив, улучшают проходимость клеток крови по сосудам.

Итак, отрицательные ионы – это тоже природный источник энергии, который позволяет восстанавливаться и омолаживаться!

Компания Nikken пропагандирует комплексный подход к здоровью человека.

Назначениями продукции компании Nikken являются:

- \* Снижение стресса на уровне клетки
- \* Снижения напряжения
- \* Снижение дискомфорта
- \* Увеличение жизненной энергии человека

Лучше позаботиться о здоровье тогда, когда оно ещё есть!

Вы любите отдыхать у моря, гулять в лесу, проводить время за городом? На природе человек всегда себя лучше чувствует! Но всегда ли у вас есть такая возможность?

Продукция японской компании Nikken позволяет иметь естественные природные условия в своём собственном доме, что позволяет восстанавливаться, оздоравливаться и омолаживаться – это система здорового сна, система фильтрации воды PiMag®, очистки и ионизации воздуха, система поддержки и фиксации (магнитные стельки, поясничные повязки, наколенники) и сбалансированное питание.

Вам нет необходимости меняться – концепция Здорового дома сама изменит вас.

Тестирование продукции (чехол для сиденья, магнитные стельки, поясничная повязка, очищенная вода через систему фильтрации воды PiMag®) методом аппаратной энергодиагностики биополя показало, что 5-10 минут использования продукции биополе человека увеличивается до 30%, улучшается его симметрия, снижается уровень стресса с 6 до 4. При продолжительном использовании данной продукции биополе достигает длины до 4-5 метров (при измерении рамкой). Причем размеры биополя стабилизируются. Тест показал о быстром положительном воздействии продукции на все энергетические центры человека.

Применение массажных магнитных шариков Magboy показало, что в течение часа у пациента (44 года) произошло полное восстановление самочувствия: артериальное давление снизилось с 140 – 90 до 124 – 74 и пульс снизился с 82 до 72 ударов в минуту.

Эксперимент с системой очистки и ионизации воздуха Air Power 5 PRO® (без выделения озона) проводился путем измерения состояния основных биологически активных точек на аппарате Р. Фолля, показывающих состояние 10 систем организма - общее энергосостояние, толстый и тонкий кишечник, ЛОР система, легкие, иммунная и эндокринная система, ЖВС, ЦНС, ВНС, мышца сердца. Эксперимент показал, что за 30 минут нахождения двух пациентов в комнате с очищенным ионизированным воздухом практически все показатели увеличились, что говорит о быстром положительном воздействии на все основные системы организма. Энергетическое состояние выровнялось – разница между минимальным и максимальным показателями составила 11 и 15 единиц. Кроме того, у пациентки прошла головная боль и ушла отечность носоглотки (проявление аллергии на пыль).

Система фильтрации воды PiMag® не только очищает воду, задерживая частицы размером до 0.1 микрона, но и создает имитацию природных процессов в недрах земли. Проходя через слой специальных биокерамических шариков, вода обогащается минералами. Кораллы, добываемые со дна моря, насыщают воду коралловым кальцием. Затем вода проходит через магнитное кольцо (1200 Гаусс) и приобретает упорядоченную молекулярную структуру. Это обеспечивает ее биологическую активность. В оптимизаторе воды PiMag® вода проходит через магнитное поле, закручивается в воронку и насыщается кислородом. Оптимизатор воды PiMag® воздействует на воду таким образом, что группы молекул воды разъединяются и становятся меньше – это ускоряет процесс усваивания воды клетками организма. Кроме того, вода насыщается минералами, ионами кальция, снижается уровень кислотности воды до мягкого щелочного.

Душевая насадка делает прием душа неотъемлемой частью здорового образа жизни.

Чтобы сделать воздух в вашем доме таким же чистым и свежим, как в лесу или горах мы предлагаем систему очистки и ионизации воздуха Air Power 5 PRO®. Эта многоэтапная система фильтрации воздуха: защитный фильтр, тройной фильтр (фотокаталитический, угольный, медный нано-фильтр) и очищающий фильтр HEPA. Система Air Power 5 PRO® производит отрицательные ионы, без побочного образования озона. Анионы удаляют из воздуха пыль и уничтожают вирусы с положительно заряженными электронами, проникают в клетки микробов и уничтожают их. Связь «анион-воздух» аналогична связи «витамин-пища». Анионы часто называют «воздушными витаминами», «элементом долголетия» и «очистителем воздуха». Высокая концентрация отрицательных ионов успокаивает и расслабляет организм человека. Система Air Power 5 PRO® рекомендована Британской аллергологической организацией и Норвежским форумом по борьбе с астмой и аллергией для удаления аллергенов из окружающей среды.

Система здорового сна. В Систему здорового сна входят матрас, наматрасник, подушка и одеяло. Изделия пользуются большой популярностью, ведь они сочетают в себе несколько запатентованных технологий Nikken: технологию магнитного воздействия, технологию воздействия ИК-лучей дальнего спектра и технологию ионного воздействия (анионов). Помимо этого, изделия Системы здорового сна имеют стильный дизайн, они выполнены из высококачественных материалов. Технология магнитного воздействия снимает стресс и дискомфорт, оказывают мягкий расслабляющий

эффект. Технология ИК-лучей дальнего спектра равномерно распределяет тепло, что вызывает чувство комфорта. Рифленый слой создает эффект мягкого массажа, пока вы спите. Это снимает напряжение, накопившееся в течение дня. Много-слойный матрас и подушка сделаны из высокоэластичной пены с эффектом «памяти». Ионная технология насыщает воздух отрицательными ионами и обеспечивает крепкий восстанавливающий сон.

Фитнес. Трудно найти время на спорт. Система фиксации и поддержки KenkoTherm® с технологией ИК-лучей дальнего спектра надежно фиксируют и равномерно согревают участки тела. Эта технология позволяет расслабить мышцы и сухожилия, устраняя ощущения дискомфорта в коленях, запястьях, локтевых суставах, в пояснице и шее. Гибкая, удобная повязка для шеи Elastomag® успокаивает и расслабляет уставшие мышцы шеи. Магнитная технология EQL создает ровное магнитное поле, а ИК-технология обеспечивает мягкое тепло

Зарядитесь энергией с ног до головы! Миллионы людей, которые проводят много времени на ногах, замечательно чувствуют себя со стельками Kenko® и KenkoStrides®. Магнитные стельки Kenko® превратят вашу обувь в наполняющее энергией массажной устройство, они обеспечивают идеально ровное магнитное поле. Стельки KenkoStrides® прекрасно подходят для более интенсивных физических нагрузок. В них сочетаются две технологии: магнитного воздействия EQL и ИК-лучей.

Мы предлагаем вам один из способов защиты от боли в спине - чехол для сиденья KenkoSeat® Plus. Он дает вашей спине отдых и заряжает энергией. Чехол KenkoSeat® Plus. сделан из высокоэластичного материала Rubberthane, что делает его воздухопроницаемым. На поверхности сиденья в определенном порядке расположены магниты; чехол сделан из 100% натуральной шерсти. Чехол включает в себя также ИК-технологии Nikken – естественное дышащее тепло, образуемое энергией ИК-лучей дальнего спектра. Он идеально подходит для машины или офиса и одинаково комфортен в любое время года.

Магнитные стельки, воздействуя на акупунктурные точки, расположенные на стопе, выполняют большую оздоровительную работу. Древние китайцы знали, что стопа – это зеркало здоровья и, что ее, подобно ушной раковине, можно использовать для воздействия на многие нарушения в организме. Вам помогут достичь гармонии в данной сфере системы здорового сна, фильтрации воды PiMag®, очищения и ионизация воздуха, поддержки и фиксации фитнес.