

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**



САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ, АУРУДЫҢ АЛДЫН АЛУДЫҢ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚТЫ НЫҒАЙТУДЫҢ ӨЗЕКТІ МӘСЕЛЕЛЕРІ

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

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА СПЕЦИАЛИСТОВ
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
"ЗДОРОВОЕ БУДУЩЕЕ ЗДОРОВОЙ НАЦИИ"
(26 ноября 2010г., г. Алматы)**

№ 1
2011

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

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2002 г.
№ 1. 2011 г. (УДК 614.2.574)
Подписной индекс 75978

Учредитель:

Национальный Центр проблем ФЗОЖ МЗ РК.
Свидетельство о постановке на учет средства массовой информации № 2178-Ж от 01.08.2001 г.

Журнал включен в перечень научных изданий, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК для публикации основных результатов докторских (кандидатских) диссертаций.

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

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы.
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 ПФЗОЖ.

Адрес редакции:
г. Алматы, ул. Кунаева, 86
тел: 2918415, внутр. 126
www.hls.kz
Заказ № 53. Тираж 500 экз.

Главный редактор:

Профессор Диканбаева С.А.

Зам. главного редактора:

профессор Слажнева Т.И.

Ответственный редактор:

профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:

Ешманов Е.У.

Технический секретарь:

Карайганова К.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., Локшин В.Н.

Научный совет:

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

Редакционный совет:

Тогайбекова Ж.Е. (Шымкент)
Беляева Л.Л. (Петропавловск)
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)
Джайлханова А.А. (Актау)
Курганов К.К. (Костанай)
Ибраева Р.С. (Актобе)
Курманов М.К. (Астана)
Абдрашева Б.М. (Усть-Каменогорск)
Мухтарова Г.М. (Алматинская область)
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)
Ермеккалиева С.Б. (Уральск)
Шаухаров Х.С. (Тараз)
Калымжанов С.К. (Кокшетау)

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА СПЕЦИАЛИСТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ «ЗДОРОВОЕ БУДУЩЕЕ ЗДОРОВОЙ НАЦИИ»

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. Диканбаева С.А. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы-----7

ВЫСТУПЛЕНИЕ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА ФОРУМЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ. Каирбекова С.З.-----9

РАЗВИТИЕ НАЦИИ - ЧЕРЕЗ СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ КАЗАХСТАНА. Нукетаева Д.Ж., депутат Мажилиса Парламента Республики Казахстан-----12

ВЫСТУПЛЕНИЕ ДЕПУТАТА МАЖИЛИСА ПАРЛАМЕНТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН, ПРЕДСЕДАТЕЛЯ СОЦИАЛЬНОГО СОВЕТА ПРИ ФРАКЦИИ НДП «НУР ОТАН». Самакова А.Б. -----15

ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПУТЬ К ВСЕОБЩЕМУ ПОКРЫТИЮ НАСЕЛЕНИЯ. Кишман М., глава офиса ВОЗ в Республике Казахстан-----16

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО ГОСПОЖИ ХАННА СИНГЕР, ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЮНИСЕФ В КАЗАХСТАНЕ-----19

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. Аканов А.А., Тулебаев К.А. КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы-----20

ВНЕДРЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ. Слажнева Т.И., Султанова З.Б., Яковлева Н.А., Даришева М.А. Министерство здравоохранения РК, г.Астана, Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы-----21

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА КАЗАХСТАНА: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА. Арзыкулов Ж.А. Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии МЗ РК, г.Алматы-----23

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВАЖНЕЙШИХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Аманов Т.И. Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г.Алматы-----24

НОВОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. Хайдарова Т.С., Наржанов Б.А., Рамазанова М.А. Акимбаева А.А., Сулейменова Б.А., Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, ННЦХ им. А.Н. Сызганова, КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы, СВА, п. Байсерке-----26

КАЧЕСТВО И ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ. Имангалиева А.А. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы -----27

ПРОБЛЕМЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ. Каниева А.К. КУИС МИНЮСТ РК-----29

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УРБАНИЗИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ О ВЛИЯНИИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ. Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Даришева М.А., Яковлева Н.А., Палтушева Т.П., Егорычев В.Е., Имангалиева А.А., Адаева А.А. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы-----30

ПОДГОТОВКА КАДРОВ МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ Каржаубаева Ш.Е., Медеубаева К.К., Шайкенова А.Т., Куанышева С.Х. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, Городская студенческая поликлиника г.Алматы-----33

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ О ФАКТОРАХ, СПОСОБСТВУЮЩИХ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. Койков В.В., Абдрахманов А.Б., Ермаханова Г.А., Зейтын М.К. Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Астана-----34

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА ЗА РУБЕЖОМ (Обзор литературы). Койков В.В., Азанова Б.А., Аубакирова А.С., Мергентай А., Ермаханова Г.А., Зейтын М.К. Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Астана-----39

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА. Алхамкызы Р., Нурбаев М.М., РГКП «Центр санитарно – эпидемиологической экспертизы», г.Алматы-----43

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. Усебаева Н.Ж. Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г.Алматы-----45

О ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ ПО НОВОМУ ГОСУДАРСТВЕННОМУ СТАНДАРТУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ. Усебаева Н.Ж. Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г.Алматы-----48

ПРОБЛЕМА ПРОИЗВОДСТВА ПРЕПАРАТОВ КРОВИ В РК И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ КРОВИ. Иосипенко Е.С. ГККП «Областной Центр крови», г.Костанай -----50

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ. Камалиева Р.А. Центр реабилитации участников войны, г.Семей -----52

РОЛЬ МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В ЗАЩИТЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ ПОДРОСТКОВ. Медеубаева К.К. Национальной Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы-----54

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ И ИНДИВИДУАЛЬНОМ УРОВНЯХ

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ. Хайдарова Т.С. Рамазанова М.А. Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы -----56

ПОВЫШЕНИЕ ЧУВСТВА ОТВЕТСТВЕННОСТИ ГРАЖДАН ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ, НЕГАТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К НАРКОТИКАМ. Мырзахметов К.Т. Кызылординский областной центр формирования здорового образа жизни, г.Кызылорда -----58

РОЛЬ КАЛЬЦИЯ В ЗДОРОВЬЕ КОСТЕЙ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ЕГО ПОТРЕБЛЕНИЕ. Левчик Т.Б.
Городская поликлиника № 1, г.Уральск-----60

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ. Рослякова Т.А. ГКП Перинатальный Центр, г.Алматы----- 64

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ. Рослякова Т.А. ГКП Перинатальный Центр, г.Алматы----65

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ. Кемелханова А.Т. ГКП Перинатальный Центр, г.Алматы-----67

ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ. Кемелханова А.Т. ГКП Перинатальный
Центр, г.Алматы-----68

ЭТИОЛОГИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА. Насипов С.Н., Амирова Р.А. Областной онкологический
диспансер, г.Атырау -----69

РЕЗУЛЬТАТЫ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ. Корнеева
О.В. Акмолинский областной онкологический диспансер, г.Кокшетау -----72

СЕРДЦЕ И ВОЗРАСТ. Икенова Ж.А. Медицинский центр «СНА», г.Алматы -----73

ПРОФИЛАКТИКА СТЕНОКАРДИИ. Казихан А. Станция скорой медицинской помощи, г.Алматы
-----75

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА. Икенова Ж.А. Медицинский
центр «СНА», г.Алматы -----77

ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. Ярославцева Т.Н. Городская поликлиника №1, г.Уральск -----78

РОЛЬ СТАТИНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ. Ярославцева
Т.Н. Городская поликлиника №1, г.Уральск -----80

ПРИМЕНЕНИЕ БЕРЛИТИОНА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ. Левчик Т.Б.
Городская поликлиника №1, г.Уральск -----82

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ. Султамуратова А.Ж. КГКП Поликлиника №1, г.Павлодар -----84

ОБУЧЕНИЕ В ШКОЛЕ ДИАБЕТА. Левчик Т.Б. Городская поликлиника №1, г.Уральск -----85

ЗНАЧЕНИЕ ДИЕТОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ
РАННЕГО ВОЗРАСТА. Наурзова З.К. Детская городская больница №1, г.Костанай -----87

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ОЦЕНКА РИСКА ПАДЕНИЙ И ОБРАЗОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ В
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ г.АЛМАТЫ. Койков В.В., Зейтын М.К., Ермаханова Г.А.
Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Астана-----90

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ. Койков В.В., Граф
М.А., Ермаханова Г.А., Зейтын М.К. Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Астана-----95

- ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВАСКУЛОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ. Хамзин А.А. КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы-----100
- КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К ВАРФАРИНУ. Безбородова Т.В. Областной кардиологический центр, г.Уральск -----101
- СОМАТИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ. Алдиярова Г.К. ГККП «Центр психического здоровья», г.Алматы -----105
- К ВОПРОСУ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ. Алдиярова Г.К. ГККП «Центр психического здоровья», г.Алматы -----108
- ПРИМЕНЕНИЕ ЭБРАНТИЛА (УРОПИДИЛА) В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В УСЛОВИЯХ КАРДИОРЕАНИМАЦИИ. Безбородова Т.В. Областной кардиологический центр, г.Уральск -----110
- АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЛУЖБЫ КРОВИ. БЕЗОПАСНОСТЬ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ. Иосипенко Е.С. ГККП «Областной Центр крови», г.Костанай -----112
- УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ. Юлдашева И.Э. Городская детская больница №1, г. г.Тараз -----111
- УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Колегова В.И. Городская поликлиника №2, г.Тараз -----116
- УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СУБХОРИОНИЧЕСКОЙ ГЕМАТОМЫ НА РАННЕЙ СТАДИИ БЕРЕМЕННОСТИ. Нем Л.П. Городская поликлиника №2, г.Тараз -----117

ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВИЧ/СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗА, АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИИ

- ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «СИНОМАРИН» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ. Акшалова А.К., Агажанова Г.Е. Областной медицинский центр, г.Караганда-----120
- ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «БИОМУН» В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ. Агажанова Г. Е., Акшалова А. К., Чернова Н. В. ОМЦ, ТОО МСЧ «Шахтер «Испат-Кармет», г.Караганда-----121
- ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А В КОСТАНАЙСКОМ РАЙОНЕ, 2006-2008 гг. Байменова С.А. Департамент Комитета Госсанэпиднадзора МЗ РК по Костанайской области -----123
- ТОНЗИЛЛО- И ФАРИНГОМИКОЗЫ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ И ТАКТИКА ИХ ЛЕЧЕНИЯ. Агажанова Г.Е. Областной медицинский центр, г.Караганда -----126
- ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ: ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА. Кованова Н.Н, Великорецкая М.Д., Шарков С.М. ММА им. И.М.Сеченова, НИИ Педиатрии ГУ НЦЗД РАМН ----129
- ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ. Саятова А.А. Дом ребенка №1, г.Алматы-----133

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ. Оналбаева Б.Ж. КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы
-----136

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СПАЗМОПРИВ ФОРТЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА. Кененбаева М.Б. ГККП ЦПМСП «Кулагер»,
г.Алматы-----140

ПОЛЛИНОЗ. Абдоллақызы А. Городская поликлиника №2, г.Тараз-----141

ОТОМИКОЗ. Абдоллақызы А. Городская поликлиника №2, г.Тараз-----144

ИНСЕКТНАЯ АЛЛЕРГИЯ. Абдоллақызы А. Городская поликлиника №2, г.Тараз-----148

ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ. Кураметова Б.Г. Центральная районная
больница Чуйского района Джамбульской области, с.Толе би-----151

ПАРТНЕРСКИЕ РОДЫ. Кураметова Б.Г. Центральная районная больница Чуйского района
Джамбульской области, с.Толе би-----154

ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА. Султамуратова А.Ж. КГКП Поликлиника №1,
г.Павлодар-----158

СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ. Ибрагимов К.С. Станция скорой медицинской помощи,
г.Алматы-----159

УТОПЛЕНИЕ. Бессонов В.В. Станция скорой медицинской помощи, г.Алматы-----160

ҚАННЫҢ ТАМЫРШЛІК ШАШЫРАҢҚЫ ҰЮ СИНДРОМЫ. Ниязова А.Б., Дегембаев А.С.,
Мұхамбетова Р.Ө., Ибрагимов К.С., Мурадов Р.А., Сихимова Д.А., Бессонов В.В., Қанабекова Г.Н.,
Абраменко О.Қ., Казихан А., Баутаева С.Р., Ескулова А.Н., Шакибаева А.М. Медициналық жедел
жәрдем станциясы, ҰОСМ госпиталі, Алматы қаласы-----161

СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ АСФИКСИЯ. Ниязова А.Б., Дегенбаева А.С., Бессонов В.В., Мухамбетова
Р.У., Абраменко О.К., Казихан А., Ибрагимов К.С., Сихимова Д.А., Қанабекова Г.Н., Мурадов Р.А.,
Баутаева С.Р., Ескулова А.Н. Станция скорой медицинской помощи, г.Алматы-----162

ОБУЧЕНИЕ МЕТОДАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА СРЕДИ СЛУШАТЕЛЕЙ АЛМАТИНСКОЙ
АКАДЕМИИ МВД РК. Дуненбаева А.Ш. Алматинская академия МВД РК, г.Алматы-----164

ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ПИТАНИЯ. ПРАВИЛА ГИГИЕНЫ ПИТАНИЯ. Нурбаев М.М. РККП
«Центр санитарно – эпидемиологической экспертизы», г.Алматы-----166

ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ ПРОБЛЕМАЛАРЫ. Иманбекова Г.М. Жамбыл облыстық
салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы, Тараз қаласы-----169

ҚАН ҚЫЗМЕТІ - ҚАЗІРГІ МЕДИЦИНАНЫҢ ӨЗЕКТІ САЛАСЫ. Кезембаев Б.Б. КМҚК
«Жамбыл облыстық қан орталығы», Тараз қаласы-----171

АКАДЕМИК К.И.СКРЯБИН ЖӘНЕ ОНЫҢ ӨУЛИЕАТА ӨҢІРІНДЕГІ ҚЫЗМЕТІ. Кезембаев Б.Б.
КМҚК «Жамбыл облыстық қан орталығы», Тараз қаласы-----173

**МАТЕРИАЛЫ МЕЖДУНАРОДНОГО ФОРУМА СПЕЦИАЛИСТОВ
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ «ЗДОРОВОЕ БУДУЩЕЕ
ЗДОРОВОЙ НАЦИИ»**

**СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СЛУЖБЫ ФОРМИРОВАНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН**

Диканбаева С.А.

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы

Состояние службы формирования здорового образа жизни в Казахстане характеризуется следующими данными:

- Увеличилась сеть службы ФЗОЖ: открыты и оснащены районные центры ФЗОЖ (129), молодежные центры здоровья (17), антитабачные центры (58), ресурсные центры на базе областных центров ФЗОЖ;
- Совершенствована нормативно-правовая база по ФЗОЖ (Кодекс РК, ППРК);
- Проведены информационно-коммуникационные кампании с включением широкомасштабных акций, пресс-конференций, общественных слушаний, распространением информационно-образовательного материала и прокатом аудиовидеороликов в СМИ по направлениям:
 - снижение материнской и детской смертности путем укрепления здоровья детей, подростков, молодежи, женщин репродуктивного возраста (профилактика потребления психоактивных веществ, повышение физической активности, здоровое питание, охрана репродуктивного здоровья, профилактика заболеваний);
 - снижение туберкулеза путем повышения информированности населения о мерах предупреждения туберкулеза и обучение навыкам ЗОЖ;
 - снижение ВИЧ/СПИД путем повышения информированности населения о мерах предупреждения ВИЧ/СПИД и обучение безопасному поведению;
 - усиление профилактической деятельности на уровне ПМСП через проведение профилактических осмотров населения с мониторингом скрининговых осмотров и внедрение алгоритмов пропаганды ФЗОЖ и профилактики заболеваний.

- Внедрены новые технологии работы с целевыми группами населения (дебаты, конкурсы, тренинги, интерактивные уроки, компьютерные игры)
 - Межсекторальное взаимодействие по ФЗОЖ – акции, программы, конкурсы, спартакиады, конференции, общественные слушания с освещением в СМИ
 - Приняты меры по стимулированию бизнеса и местного сообщества в ФЗОЖ (фестиваль «Здоровые города», конкурсы «Здоровый аул», «Предприятие за ЗОЖ», целевые программы «Алматы и Астана, свободные от табачного дыма»)
 - Созданы условия для вовлечения гражданского общества в ФЗОЖ (реализовано 145 социальных проектов на сумму 200 млн.тг)
 - Проводятся научные исследования и осуществляется подготовка кадров по ФЗОЖ (на циклах усовершенствования – 164 слушателя)
- Научными сотрудниками НЦПФЗОЖ с 1998 года проведены 4 широкомасштабных социологических исследования по определению распространенности факторов риска, связанных с образом жизни населения республики по 5 регионам Казахстана, исследования проводились через каждые 3 года (1998 г, 2001 г, 2004 г. и последнее исследование в 2007 году). В настоящее время планируется проведение ежегодных зондовых исследований по мониторингу показателей образа жизни населения. В результате проводимой работы по повышению информированности населения и целевых групп о влиянии образа жизни на развитие заболеваний произошло снижение отрицательных поведенческих факторов

риска, таких как курение, потребление и злоупотребление алкогольными напитками, увеличилась физическая активность населения (рисунок 1).



Рисунок 1. Показатели образа жизни (1998-2010 гг.).

Планирование направлений деятельности службы в перспективе будет направлено на:

- Использование современных технологий информирования (электронные мониторы, роллеры, терминалы, интернет ресурсы, сотовая связь) в проведении информационно коммуникационных кампаниях по ФЗОЖ, профилактике поведенческих факторов риска и социально-значимых заболеваний среди детей, молодежи и женщин репродуктивного возраста в организациях систем здравоохранения, образования и в местах скопления людей (аэропорты, вокзалы, общественный транспорт и т.п.);
- Выделение бесплатного эфирного времени для проката видеоматериалов по ФЗОЖ;
- Развитие школьной медицины (МЗ, МОН, МТС). Постепенный охват горячим питанием школьников старших классов;
- Создание врачебно-физкультурных диспансеров на республиканском и региональном уровнях (МИО). Внедрение производственной гимнастики в системах обра-

зования, здравоохранения, госструктурах;

- Обеспечение льготного доступа детей и молодежи к оздоровительно-спортивным сооружениям, развитие сети дворовых клубов (МИО);
- Разработка индикаторов репродуктивного здоровья женщин и подростков для снижения материнской и перинатальной смертности (МЗ, международные организации, НПО). Внедрение мер по профилактике вертикального пути передачи ВИЧ от матери ребенку на уровне ПМСП (разработан модуль с ЮНИСЕФ);
- Разработка плана мероприятий по профилактике ТБС, ИППП и ВИЧ/СПИД в пенитенциарной системе совместно с КУИС МЮ РК;
- Создание на базе ПМСП отделений профилактической медицины для проведения скрининговых обследований взрослого населения и оказания комплекса профилактических услуг здоровому населению с привлечением ЦФЗОЖ и медицинских мобильных комплексов в пилотных

регионах;

- Активное привлечение НПО через социальные проекты с разработкой индикаторов их деятельности;

Ожидаемые результаты к 2015 году: повышение уровня средней продолжительности жизни до 69,0 лет; сокращение распространенности курения среди населения до 26,1%; сокращение распространности употребления алкоголя в опасных дозах до 16,0%; увеличение доли лиц, ежедневно занимающихся физической нагрузкой не менее 30 минут – до 23,8%; снижение распространенности избыточной массы тела до 30,0%; повышение уровня информированности целевых групп населения по профилактике факторов риска – 68,0%.

Для построения качественной профилактической службы необходимо создание комплексной, непрерывной и устойчивой

системы ФЗОЖ с целью укрепления здоровья и оздоровления населения, увеличения ожидаемой продолжительности жизни среди граждан Республики Казахстан. Усиление координирующей и регулирующей роли НЦПФЗОЖ, реализация межведомственного и межсекторального подхода, увеличение финансирования службы, развитие кадрового потенциала – это основные ключевые механизмы внедрения профилактики и ФЗОЖ на уровне ПМСП. Внедрение ISO 9001-2008, проводимое в НЦПФЗОЖ будет способствовать улучшению менеджмента и управления качеством оказания санитарно-просветительной, информационно - образовательной работы и повышению эффективности научных исследований и профилактических мероприятий на уровне ПМСП и среди населения.

ВЫСТУПЛЕНИЕ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН НА ФОРУМЕ СПЕЦИАЛИСТОВ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Каирбекова С.З.

Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье - вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения и повседневной жизни населения (из Послания Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана, 29 января 2010 года).

Основные программные документы:

- Стратегия развития Республики Казахстан до 2030 года

- Стратегический план развития Казахстана до 2020 года

- Послание Главы государства народу Казахстана от 29 января 2010 года

- Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан на 2011-2015 годы «Саламатты Қазақстан»

- Стратегический план Министерства здравоохранения Республики Казахстан на 2011 – 2015 годы

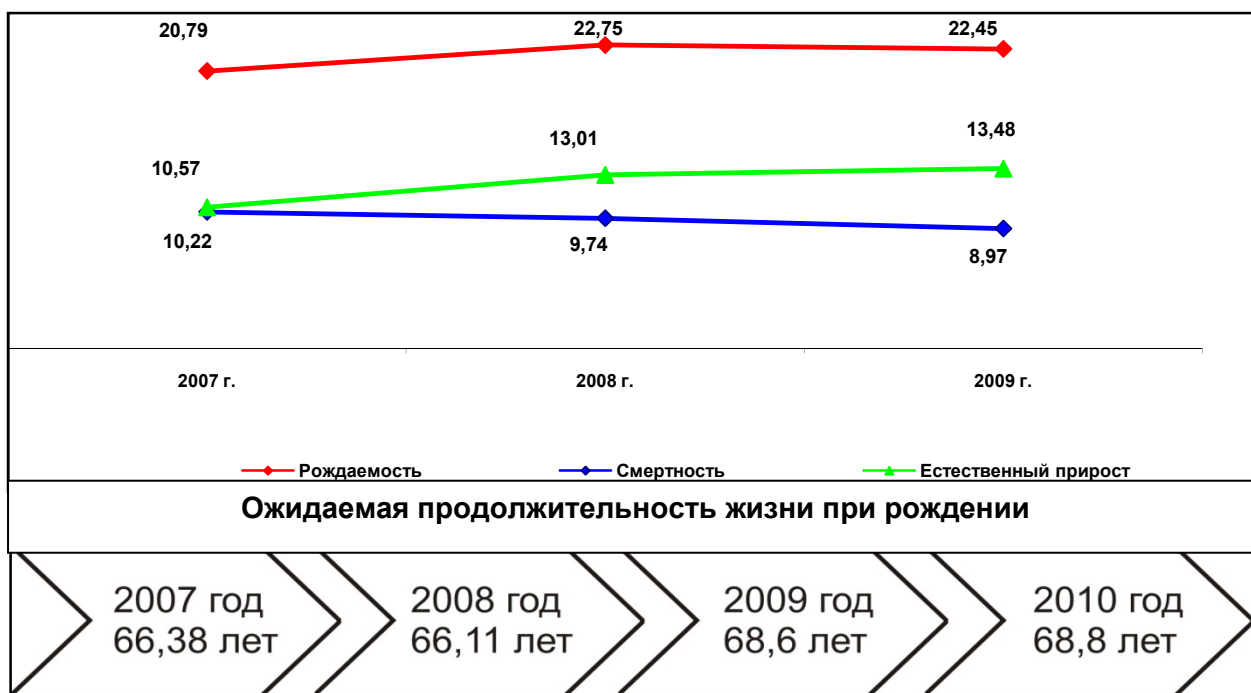


Рисунок 1. Динамика демографических показателей (на 1000 чел. населения)

Распространенность табакокурения, по данным НЦПФЗОЖ и потребление алкогольных напитков составляет 27% и 35,6% соответственно, данные за 2009 год. В возрастном аспекте наблюдается снижение курения среди детей и подростков (рис.2), отмечается рост фактора курения среди

молодежи – в группе 18-19 лет (32,7%). Наиболее подвержены курению в старших возрастных группах – отмечен рост курения в группах старше 20 лет. Средние данные распространенности курения по всем возрастным группам составляют 27%.

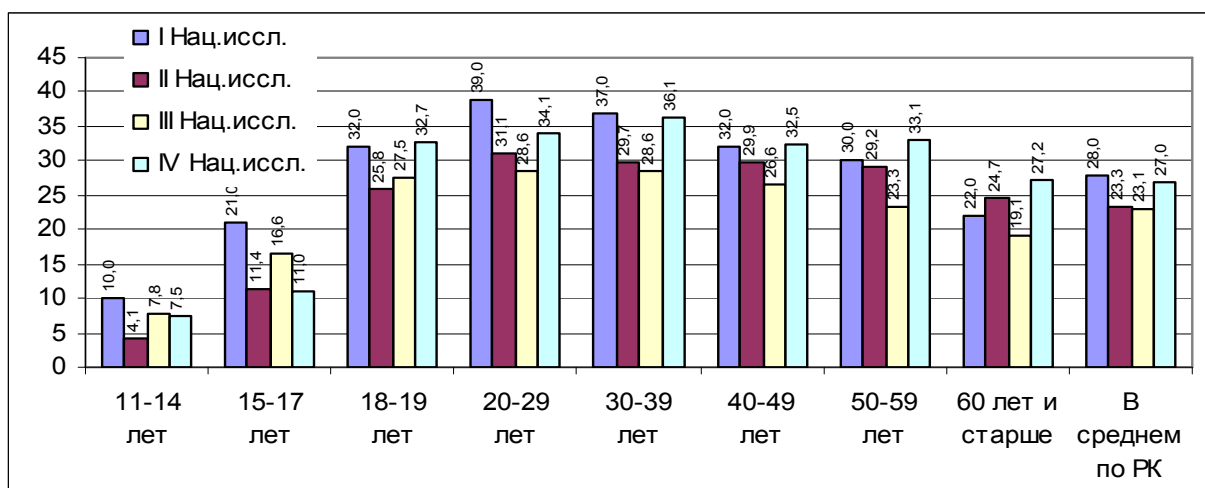


Рисунок 2. Распространенность табакокурения среди населения РК (по данным Национальных исследований)

Распространенность потребления алкоголя среди 11-14-летних составляет 9,4%, в сравнении с предыдущими социологи-

ческими исследованиями потребление алкоголя снижается по всем возрастным группам (рис.3).

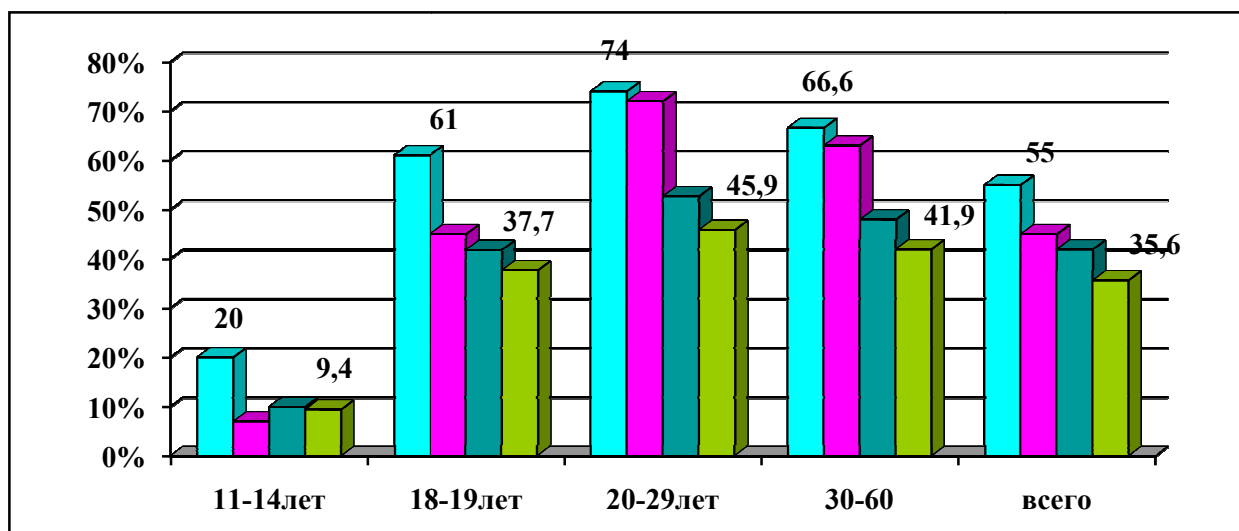


Рисунок 3. Распространенность употребления алкоголя среди населения РК
(по данным Национальных исследований)

Следует отметить, что отмечается низкая физическая активность среди населения (23% лиц делают утром физическую зарядку, ходят пешком более 30 минут). На рисунке 4 приведены данные по активным физическим нагрузкам – занятия

спортом (18% по РК), среди детей 11-14 лет – 39%; среди более старшей группы (15-17 лет) – 35,6%; а среди 18-19 летних групп населения – наблюдается резкое снижение числа занимающихся активными видами спорта – 18,9% и ниже.

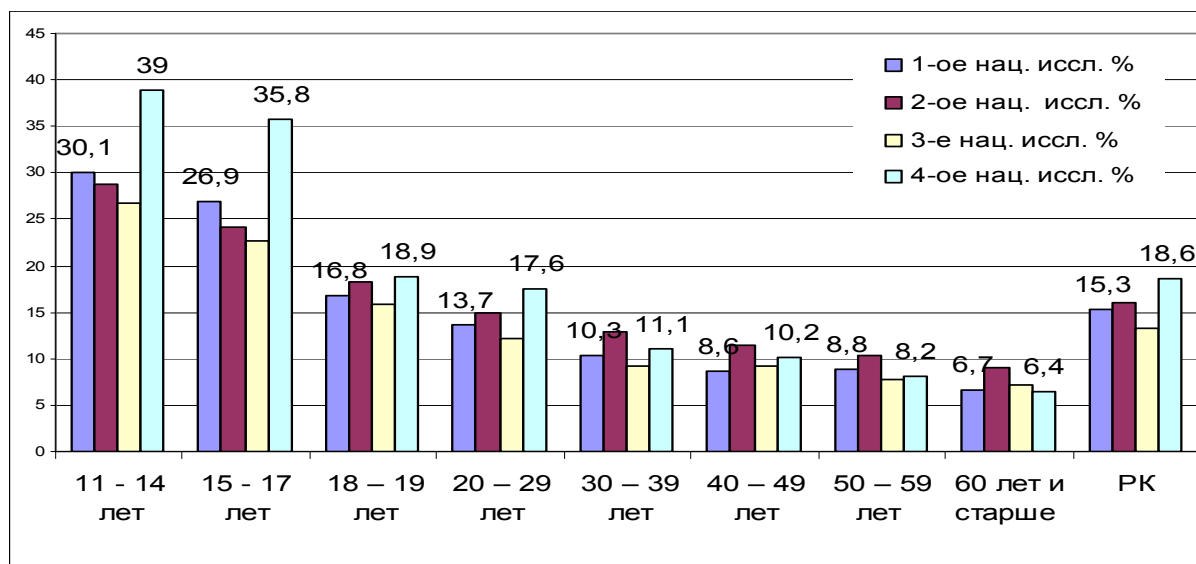


Рисунок 4. Доля лиц, занимающихся активными подвижными видами спорта

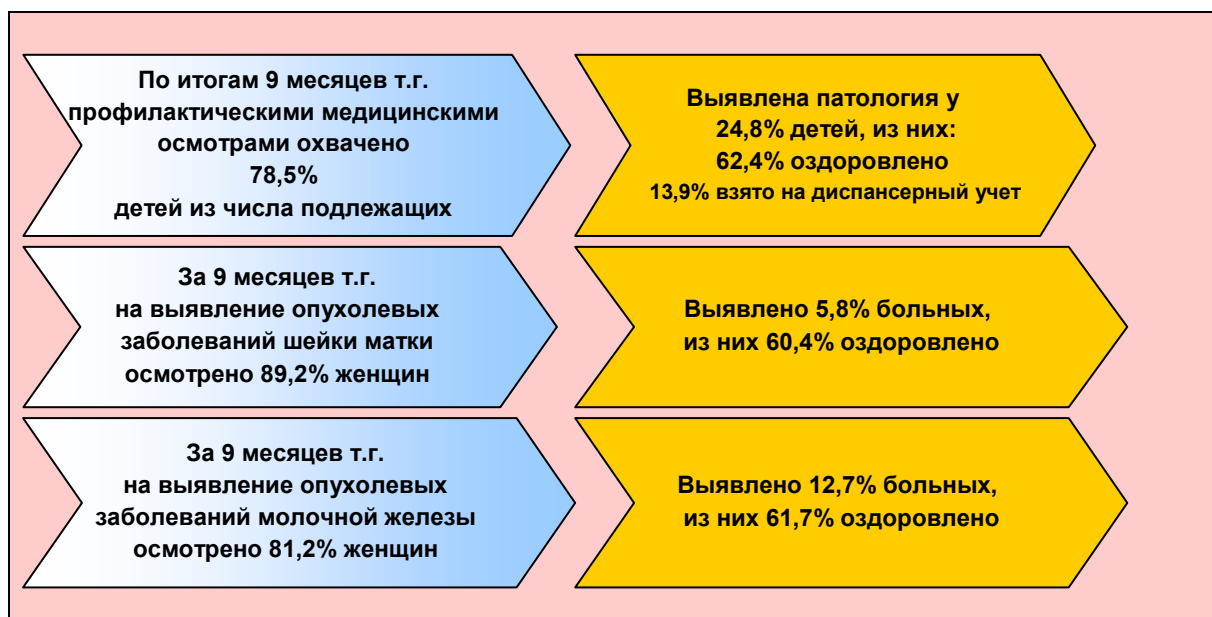


Рисунок 5. Профилактические осмотры и скрининги

Развитие молодежных центров здоровья

С целью пропаганды здорового образа жизни, планирования семьи, безопасного сексуального поведения, в Казахстане созданы 17 Молодежных центров здоровья (далее – МЦЗ), где оказываются комплексные медико-психосоциальные услуги

для подростков и молодежи.

До 2015 года 25 % населения в возрасте от 15-17 лет и старше 18 лет будут охвачены деятельностью МЦЗ в соответствии с государственной программой «Саламатты Қазақстан».

РАЗВИТИЕ НАЦИИ – ЧЕРЕЗ СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ КАЗАХСТАНА

Нукетаева Д.Ж.

Депутат Мажилиса Парламента Республики Казахстан

Школьники являются одной из самых многочисленных и социально активных групп населения. В 7 811 общеобразовательных школ республики обучается около 3 млн. учащихся.

За последние 5 лет общая заболеваемость школьников выросла на 22%, в том числе анемия – в 2,5 раза, болезни органов пищеварения – в 2 раза, болезни органов дыхания в 1,5 раза, эндокринные болезни и расстройства питания в 1,4 раза, болезни

нервной системы в 1,5 раза, травмы и отравления в 1,2 раза.

В структуре заболеваемости школьников лидирующие места занимают болезни органов дыхания за счет острых респираторно-вирусных инфекций, болезни желудочно-кишечного тракта и опорно-двигательного аппарата.

Особую тревогу вызывает рост болезней желудочно-кишечного тракта с 16,7% в 2002 году до 32,1% в 2009 году по данным

профосмотров. На наш взгляд, такая ситуация напрямую связана с режимом и рационом питания с учетом традиций, социальных условий и возможностей семьи.

Для снижения негативного воздействия на здоровье детей отдельных видов продуктов питания в дошкольных и общеобразовательных организациях Постановлением Главного санитарного врача РК от 30 марта 2007 года №12 запрещена реализация газированных и безалкогольных энергетических напитков, чипсов, сухариков. По реализации данного Постановления проводятся рейды совместно со специалистами санитарно-эпидемиологической службы.

Общеизвестно, что заболеваемость подростков связана с особыми формами поведения, характерными для этой возрастной группы. Состояние здоровья школьников на протяжении ряда лет имеет тенденцию к ухудшению за счет роста и «омоложения» факторов рискованного поведения, отсутствия навыков и мотивации формирования здорового образа жизни и ответственного отношения за свое здоровье.

По данным IV национального исследования, проведенного НЦПФЗОЖ, распространенность табакокурения среди подростков составила 11%; алкоголь употребляют 21,3% подростков; показатель физической активности среди подростков 15-17 лет – 37%.

Факторы рискованного сексуального поведения привели к тому, что по данным Агентства РК по статистике ежегодно регистрируется до 10 000 беременностей в возрасте до 18 лет, которые в 6 645 случаев закончились абортами, в том числе 155 абортов среди девочек до 15 лет. Из всех прерванных беременностей 48% были повторными. Каждая 8-я девушка до 18 лет страдает тем или иным гинекологическим заболеванием или нарушением полового развития. Хронические заболевания органов репродуктивной системы у каждой 3-4 девочки, начинающей обучение в школе и у 75% девушек, достигших совершеннолетия.

По данным Агентства РК по статистике на 1 января 2010 год психические и поведенческие расстройства, вызванные

употреблением психоактивных веществ (ПАВ) зарегистрированы у 4 717 подростков, что на 17% больше выявленных в 2008 году.

Условия пребывания учащихся в современной школе не способствуют поддержанию здоровья и профилактике заболеваний. Медицинские кабинеты имеются в 87,5% школ, в которых работают медицинские сестры, относящиеся к системе образования, что затрудняет контроль за их профессиональной деятельностью со стороны территориальных лечебно – профилактических организаций. К тому же, в системе образования не предусмотрены курсы повышения их медицинской квалификации, равно как и в организациях постдипломного образования системы здравоохранения Школьные врачи, относящиеся к системе здравоохранения, имеются лишь в 20% школ. Все это затрудняет координацию мер, направленных на предотвращение развития различной патологии, связанной с условиями пребывания в школе.

Санитарно-техническое состояние школ республики не способствует сохранению здоровья учащихся на протяжении всех лет обучения (по данным Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга Комитета государственного санитарно-эпидемиологического надзора МЗ РК):

- централизованным водоснабжением обеспечено только 50% школ;
- подключено к центральной системе канализации 25%;
- централизованное отопление имеется в 20% школ;
- в каждой четвертой школе отсутствуют спортивные залы;
- требуют замены учебной мебели, соответствующей ростовым и возрастным показателям, 34,7% школ;
- охвачено горячим питанием учащиеся 65% школ республики, в основном в младших классах.

Таким образом, важным аспектом, влияющим на формирование личности подростка, сохранение его здоровья, как психического, так и физического, является

состояние школьной окружающей среды.

Для формирования культуры здоровья, которое включает в себя культуру питания и культуру поведения, необходимо проводить непрерывные целенаправленные мероприятия с охватом всего школьного контингента. На сегодня для школьников существует ряд путей и источников получения знаний о здоровье. Одним из необходимых предметов, на который был сделан акцент как на важнейший источник донесения знаний о здоровье, является урок валеологии. Предмет внедрен приказом Министерства образования, культуры и здравоохранения № 572 от 24 ноября 1998 года как факультативный предмет с 1 по 11 класс. В течение первых лет внедрения валеологией было охвачено до 93% школ, однако в последующие годы этот уровень снизился до 60%, а по данным РИПКСО в 2010 году – до 35%. Несмотря на неоднократные обращения в министерство образования (с учетом опыта Японии, где валеология является обязательным предметом во всех классах), данный предмет остается факультативным и невостребованным, не всегда проводится подготовленными специалистами.

Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни (НЦПФЗОЖ) совместно с Министерством образования и науки РК, Министерством по чрезвычайным ситуациям РК разработан, апробирован и с 2006 года внедряется интегрированный курс «Здоровье и жизненные навыки» в пилотных школах г.Алматы и Южно-Казахстанской области.

Для продуктивного усвоения материала в школах используются методическое пособие для учителей 9,10,11 классов «Здоровье и жизненные навыки», рабочая тетрадь для учеников 9,10,11 классов на основе программы интегрированного курса «Здоровье и жизненные навыки», Видеоматериалы по этой же тематике.

Интерактивные методы обучения данного курса способствуют выработке жизненных навыков сохранения физического и психического здоровья, навыков безопасного поведения в различных ситуациях, в том

числе навыков коммуникативного общения, преодолению гендерного неравенства, осознанному выбору профессии, а также умению противостоять отрицательному влиянию среды.

В современных условиях целесообразна ревизия и объединение существующих программ в системе образования, касающихся привития здорового образа жизни, профилактики заболеваний, снижения факторов риска, позволило бы создать системную информационную базу для учащихся, взяв за основу имеющиеся учебно-методические материалы по валеологии и интегрированного курса «Здоровье и жизненные навыки», дополнив их наработанными инновационными методами и формами обучения.

В итоге, это позволило бы создать современную систему обучения по единым, неразрозненным и дублирующим материалам, введя в инвариативную часть школьного обучения, в реализации которой помимо специалистов системы образования могли бы принять медицинские работники, в том числе специалисты службы формирования здорового образа жизни.

В 1999 году Казахстан вступил в Европейскую сеть «Школы, способствующие укреплению здоровья», которая является проектом Всемирной Организации Здравоохранения

Цель данного проекта: достижение здорового образа жизни всего школьного контингента (педагоги, ученики, родители) путем создания среды, способствующей укреплению здоровья.

В настоящее время в проекте участвуют 703 общеобразовательных школы, в которых реализуются следующие направления:

- Создание возможностей для реализации физического, психического и социального потенциала школьного сообщества для повышения чувства собственного достоинства.
- Обеспечение получения знаний и выработки навыков, необходимых для принятия правильных решений, относительно здоро-

вья целевых групп.

- Создание благоприятной среды для здоровья школьного сообщества и соответствующих мер безопасности во время работы и обучения (оптимальная планировка школьных помещений, оборудования, игровых площадок, организация рационального питания и др.).
- Содействие в формировании чувства ответственности у каждого за охрану своего здоровья и окружающих.
- Содействие установлению благоприятной атмосферы во взаимоотношениях между самими учащимися, учащимися и школьным персоналом, а так же между школой, домом и сообществом.
- Подготовка и реализация программ меди-

косанитарного и гигиенического просвещения.

В настоящее время в сфере образования все активнее внедряются новые технологии, направленные на интеллектуальное развитие. Но мы должны помнить, что растет новое поколение молодежи, за которым стоит будущее нашего государства, и это поколение должно быть гармонично развитым, здоровым физически и духовно. Только при таком подходе к воспитанию подросткового поколения мы сможем с уверенностью воплотить в жизнь слова, сказанные в Послании нашего Президента о стратегической важности охраны здоровья подрастающего поколения.

ВЫСТУПЛЕНИЕ ДЕПУТАТА МАЖИЛИСА ПАРЛАМЕНТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН, ПРЕДСЕДАТЕЛЯ СОЦИАЛЬНОГО СОВЕТА ПРИ ФРАКЦИИ НДП «НУР ОТАН»

Самакова А.Б.

В своем докладе на международном Форуме «Здоровое будущее здоровой нации» депутат Мажилиса Парламента, Председатель Социального совета при фракции НДП «Нур Отан» отметила, что необходимо привлекать к развитию массового спорта представителей бизнес-структур и известных спортсменов, которые имеют средства на инициативные проекты – таких, как строительство небольших спортплощадок, стадионов, катков и т.д. Она отметила, что в своем Послании Президент РК поставил задачу добиться к 2020 году увеличения средней продолжительности жизни до 72 лет, или на 3,4 года больше. Демографический показатель – достаточно инертный, и для достижения поставленных целей надо принять целый комплекс мер, в том числе по пропаганде ЗОЖ. «Сегодня делается много в этом направлении: реализуется госпрограмма развития физической культуры и

спорта, только в рамках «Дорожной карты» выполнены ремонтные работы на 56 спортивных объектах, в том числе в детско-юношеских спортшколах, областных школах-интернатах для оздоровления и спорта детей в регионах. Идут последние приготовления к Азиаде-2011, в Астане и в Алматы построен целый ряд спортивных сооружений, которые будут работать на достижение поставленной Главой государства задачи – привлечь к 2020 году к физической культуре и спорту 30% населения», – сказала депутат.

Однако, несмотря на все меры, в деле массового занятия физической культурой населения, особенно детей и молодежи, остается множество нерешенных вопросов. В частности, остро стоит проблема со спортом на селе: не хватает ДЮСШ и плавательных бассейнов; в организациях, учебных заведениях и местах массового отдыха недоста-

точно спортивного инвентаря и оборудования. «Построил же наш олимпийский чемпион, тяжелоатлет Илья Ильин в Кызылординской области спортплощадку для детей за счет своих средств. И другие спортсмены могут это сделать. Пусть это будет не огромный спортивный зал или стадион, а просто площадка», – отметила А. Самакова.

Также депутат Самакова А.Б. отметила, что необходимо снова поднять вопрос обогащения муки железом в целях профилактики анемии. Железодефицитной анемией сегодня в Казахстане страдает порядка 6,5 млн. человек – более чем две трети населения страны. Особую тревогу вызывает то, что в это число входит немало детей и беременных женщин.

ФИНАНСИРОВАНИЕ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ПУТЬ К ВСЕОБЩЕМУ ПОКРЫТИЮ НАСЕЛЕНИЯ

Мария Кишман

Глава офиса ВОЗ в Республике Казахстан

Миллионы людей до сих пор не имеют доступа к необходимым медицинским услугам в виду их отсутствия или слишком высокой стоимости. Еще больше людей оказываются в нищете, так как вынуждены незамедлительно оплачивать оказываемые им медико-санитарные услуги. В докладе показано, что могут сделать страны без угрозы финансового краха, чтобы достичь цели – обеспечения всеобщего охвата населения медико-санитарной помощью. Для стран с высоким уровнем доходов также представлены меры, которые помогли бы им достичь этой цели. Также доклад содержит план действий, который помог бы международному сообществу лучше поддерживать страны с низким уровнем доходов в развитии внутренних финансовых систем для достижения всеобщего охвата населения.

Когда людям оказываются медицинские услуги 150 миллионов населения мира испытывают большие финансовые затруднения, 100 миллионов оказываются в нищете из-за прямой оплаты, которую вносят в момент получения медицинской помощи.

Причины заложены в факторах, не связанных с системой здравоохранения – неравенство в доходах и образовании,

социальные факторы, такие как пол и статус мигранта, также слабости систем здравоохранения: неэффективные медицинские кадры, лекарства и технологии, неэффективная система оказания услуг, неразвитость информационных услуг и отсутствие лидерства правительства. Система финансирования здравоохранения не работает. Другие компоненты (составляющие системы здравоохранения) не могут функционировать при слабой финансовой системе.

Резолюция ВОЗ в 2005 призывала страны развивать их системы финансирования здравоохранения, чтобы обеспечить доступ всех людей к необходимым услугам без риска финансовых потерь, связанного с оплатой за медицинскую помощь. Резолюция определила всеобщий охват населения как: доступ к необходимым медицинским услугам; защита от финансовых рисков; доступность каждому.

Приверженность достижения всеобщего охвата населения заложены в основу Конституции ВОЗ в 1948 г; Алма-Атинской Декларации в 1978 г; в докладе о состоянии здравоохранения в 2008 г. по ПМСП.

Предлагаемые решения: Доклад о состоянии здравоохранения 2010

1. Доклад основан на уроках, извлеченных из опыта стран, и направлен на решение их специфичных проблем финансирования здравоохранения.

Доклад предназначен для всех стран. Все страны, бедные и богатые, сталкиваются хотя бы с одной из следующих проблем финансирования:

➤ Постоянная необходимость поиска фондов для здравоохранения;

➤ Прямая оплата из собственного кармана не позволяют наиболее уязвимому населению обращаться за медицинской помощью или приводит к финансовым затруднениям и даже к нищете;

➤ Неэффективность и неравенство в распределении ресурсов;

Страны с высоким и средним уровнем дохода также испытывают необходимость поисков финансирования, так как:

➤ Технологический прогресс (например, в фармации, диагностике, хирургии, профилактике) повышают возможности для здравоохранения;

➤ Прогрессивные технологии, как правило, имеют высокую себестоимость;

➤ Стареющее население и увеличение риска инфекционных заболеваний повышают расходы на здравоохранение;

Способы нахождения внутренних финансовых ресурсов для здравоохранения:

➤ Увеличение доли расходов на здравоохранение в государственном бюджете;

➤ Увеличить доходы в пользу здравоохранения, строя эффективную финансовую систему – например, увеличить общую доступность ресурсов;

Мобилизация средств для здравоохранения

Найти новые внутренние источники, такие как:

⇒ Увеличение налогов на табачную и алкогольную продукцию: а 50%-ое увеличение налога на табак может принести дополнительные 1.42 миллиардов долларов в 22 странах с низким уровнем дохода (по

которым имеются данные). Это могло бы увеличить расходы государства на здравоохранение до 25%;

⇒ Непрямые налоги: Гана финансировала медицинское страхование частично увеличением НДС на 2.5%;

⇒ Введение комиссии для валютных операций могло бы помочь во многих странах – например Индия могла бы мобилизовать 370 миллионов с помощью маленького процента комиссии (0.005%);

⇒ Введение комиссии на финансовые операции за рубежом – Габон привлек 30 миллионов долларов в сектор здравоохранения в 2009 году, когда ввел 1.5% комиссию на финансовые операции за рубежом;

Проблема 1: Прямая оплата препятствует части населения пользоваться медицинскими услугами и является финансовым крахом для тех, кто пользуется ими.

➤ Прямые, из собственного кармана платы включают платежи или сборы (официальные и неофициальные) собираемые за консультации, обследования, госпитализации, лекарства и другие услуги, которые пациенты оплачивают;

➤ Это также включает в себя все платежи, которые не компенсируются или не оплачены системой медицинского страхования;

➤ Прямые платежи основная причина того, что большая часть из 1.3 миллиарда бедных в мире не имеют доступа к необходимым медицинским услугам, а также того, что 100 миллионов ввергнуты в бедность, просто потому, что они воспользовались медицинскими услугами;

Уменьшение влияния прямых оплат на уязвимые слои.

1. Последний опыт Бразилии, Чили, Китая, Колумбии, Коста-Рики, Ганы, Кыргызстана, Мексики, Молдовы, Руанды, Таиланда, Турции и Сьера-Леони, что можно достичь ощутимого прогресса.

2. Принятые меры включают в себя:

➤ Снижение или ликвидацию сборов в государственных лечебных учреждений для групп пациентов (например, матерей и детей) или ряда пациентов (например, больных туберкулезом);

⇒ Введение ваучеров, по которым люди могут получить медицинскую помощь;

⇒ Увеличение доли предоплаты через медицинское страхование и налоги;

3. Общины и микро-страхование могут сыграть полезную роль на первой стадии, но надо расширять эти источники, так как весомые групповые резервы финансово более жизнеспособны, чем малобюджетные общинные фонды;

4. Очень трудно обеспечить всеобщий обхват населения без обязательных взносов (налоги и страхование). Если богатые и здоровые будут уклоняться от взносов, бедные и больные будут вынуждены довольствоваться низким уровнем услуг и нехваткой средств;

Проблема 3: Неэффективное использование ресурсов.

⇒ Неэффективность встречается во всех странах;

Общие причины:

- Слишком много расходов на лекарства и технологии здравоохранения, неадекватное их использование, или применение неэффективных лекарств и технологий;

Утечка денежных средств или излишние расходы, в основном на лекарства;

- Неэффективность больниц, в частности из-за загруженности;

- Слабая мотивация медицинских работников, иногда использование навыков на медработников в ненужном месте;

- Дисбаланс между профилактикой, пропагандой, терапией и реабилитацией;

Если все эти виды неэффективности присутствуют, ответные меры могли бы мобилизовать фонды на 20-40% больше;

Стимулирование большей эффективности:

- Определение и уменьшение источников неэффективности;

- Исследование и уменьшение стимулов для неэффективности;

Пути к всеобщему обхвату: ВОЗ

- Активно поддерживать страны, желающих развивать и реализовывать внутренние финансовые стратегии, устойчивые программы здравоохранения, с целью достижения всеобщего обхвата населения;

- Оказывать помощь в диалоге и понимании министров финансов и международных финансовых институтов таких как Всемирный Банк, МВФ и региональных банков для поддержки планов стран;

- Способствовать обмену информации, опыта между странами, как положительного, так и отрицательного;

- Обеспечить техническую и стратегическую поддержку, задействование рычагов третьих сторон, где необходимо;

Заключение:

- ❖ Мир все еще далек, чтобы каждый мог пользоваться медицинскими услугами без рисков финансового краха;

- ❖ Необходимо мобилизовать адекватные фонды и поддерживать бедные и уязвимые слои населения в свете старения населения Земли и увеличения потенциала в улучшении и достижения здоровья;

- ❖ Все страны могут сделать что-то большее для развития финансовой системы, чтобы приблизиться к всеобщему покрытию населения или придерживаться уровня, если это уже достигнуто;

ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО Г-ЖИ ХАННА СИНГЕР, ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ЮНИСЕФ В КАЗАХСТАНЕ

Позвольте мне поприветствовать Вас на Международном форуме специалистов формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ) «Здоровое будущее для здоровой нации»

Сегодняшний форум проходит в ответственное время для страны. Казахстан готовится начать новую Государственную программу по развитию сектора здравоохранения, что будет способствовать большей профилактике болезней, продвижению здорового образа жизни и станет залогом успешного достижения долгосрочных целей развития.

Мудрая казахская пословица гласит: "Бірінші байлық - денсаулық, екінші байлық - ақ жаулық, үшінші байлық - бес саулық". (Первое богатство - здоровье, второе богатство - семья, третье богатство - наличие скота).

И в самом деле, невозможно представить процветающее государство без здорового населения. А здоровое население - это здоровые, правильно питающиеся и развитые дети, подростки и молодежь. Совместно с одними из наших основных партнеров, с которыми мы сотрудничаем больше 10 лет - Министерством здравоохранения РК, Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни (НЦПФЗОЖ), а также другими ключевыми партнерами, которые присутствуют сегодня здесь, мы проводим оценку того, что уже достигнуто и что еще необходимо сделать.

Требуется обеспечить качественный уход в домашних условиях для каждого казахстанского ребенка младшего возраста. Этот ряд мер направлен на избежание предотвратимых болезней, воспитание детей в среде, способствующей сохранению крепкого здоровья, правильному питанию, физическому и когнитивному развитию, а также заложит основу для дальнейшего благополучия ребенка. В целях достижения этой цели мы придали новый импульс развитию кабинетов здорового ребенка для детей и развитию системы патронатного воспита-

ния и ухода за детьми, что дает возможность работникам первичной медико-санитарной помощи оказывать более качественное содействие воспитателям. Однако, этого не достаточно. Существует острая необходимость принятия комплексных и интегрированных мер по объединению усилий врачей, воспитателей, учителей и сотрудников НПО для обучения родителей простым, полезным и, во многих случаях, важнейшим навыкам.

Мы должны обеспечить практически половину детей и женщин Казахстана, страдающих анемией, доступом к мучным изделиям, фортифицированным железом и витаминами. Для достижения этой цели, мы совместно с НЦПФЗОЖ налаживаем сотрудничество с частным сектором, молодежными НПО и сектором образования. Однако, этого не достаточно! Нам необходимо улучшать статус питания детей для снижения детской смертности в стране.

Мы также запустили Молодежные центры здоровья (МЦЗ). МЦЗ успешно работают в семи городах Казахстана. Но как полноценно гарантировать качественную поддержку подростков и молодежи для защиты их репродуктивного и психосоциального благополучия? В настоящее время, многие МЦЗ по-прежнему не имеют квалифицированного персонала, не располагают устойчивой бюджетной и нормативно-правовой поддержкой, достаточной для консультирования всех молодых людей на базе клиник и для профилактической работы с молодежью на местах обучения и работы посредством повышения осведомленности.

Совместно с НЦПФЗОЖ мы смогли объединить усилия нескольких министерств и агентств ООН для пересмотра школьного курса обучения и развития интегрированной школьной программы для предоставления школьникам не только знаний, но и обучения жизненным навыкам по сохранению здоровья. Вероятно, однажды мы будем действовать сообща в целях обеспечения высокой осведомленности и подготовленности моло-

дых граждан Казахстана, для ведения здорового образа жизни после достижения совершеннолетия.

И наконец, какие действия и механизмы должны быть применены для обеспечения межотраслевого и межведомственного сотрудничества в области укрепления

здоровья и повышения осведомленности? Как обеспечить консолидирование и эффективное координирование ограниченных ресурсов и рабочей силы для оптимальной защиты здоровья граждан? И в завершении, позвольте мне пожелать Вам успехов во всех Ваших начинаниях! Большое спасибо!

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Аканов А.А., Тулебаев К.А.

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

Система ФЗОЖ в РК признана на международном уровне:

- Центр посетили директора ЕРБ ВОЗ д-р Джо Асвалл (1999г.), д-р Марк Данзон (2001 и 2003гг.) и Генеральный директор ВОЗ д-р Джонг Вук Ли (2003г.);
 - Центр в 2005 году номинирован статусом Сотрудничающего Центра ВОЗ содействия ЗОЖ для стран ЦАР и СНГ;
 - Продолжается работа с международными организациями (ВОЗ, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ЮНДП и др.);
 - По аналогии Казахстана службы ФЗОЖ созданы в Кыргызстане, Таджикистане, Узбекистане;
- Служба ФЗОЖ в РК достигла значительных успехов:
- Сеть и структура службы развивается;
 - Имеется законодательно-нормативная база;
 - Реализуются целевые программы (Комплексная программа «ЗОЖ» на период 1999-2010 годы и Программа «ЗОЖ» на период 2008-2016 годы);
 - Отдельное финансирование программы, увеличение его объема до 1% от ГОБМП, в перспективе до 3%;
 - Научное сопровождение;

- Мониторинг и оценка программ (национальные исследования в 1999, 2002, 2004, 2007 годах);

Служба ФЗОЖ в РК достигла определенных результатов:

- ✗ Проводит III съезд (Форум) специалистов ЗОЖ РК;
- ✗ Разработана и внедрена учебная программа «Валеология»;
- ✗ Акция «Час физической активности» в рамках V Фестиваля здоровья зафиксирована как мировой рекорд в «Книге Гиннеса» и номинирована специальным дипломом ЕРБ ВОЗ;
- ✗ Разработаны и внедряются на уровне ПМСП протоколы по укреплению здоровья;
- ✗ Продолжается организационно-методическая работа по внедрению скрининг программ;
- ✗ Развивается сеть проектов ВОЗ;
- ✗ Развивается сеть молодежных центров здоровья и т.д.;

Проблемы в реализации политики ФЗОЖ в РК:

1. Низкая солидарная ответственность за внедрение ЗОЖ (отсутствие стимула населения, медицинских работников и работодателей);

2. Низкий уровень межсекторального сотрудничества;
3. Слабое участие населения, НПО и общественных организаций;
4. Недостаточная работа на уровне ПМСП;
5. Недостаточный уровень финансирования;
6. Невысокий уровень технологий и методов укрепления здоровья;
Вопросы совершенствования системы ЗОЖ в РК: 1) Удовлетворение потребностей населения в укреплении здоровья (проведение маркетингового исследования; формирование мотивации, с учетом уровня развития потребности населения - «пирамида» Маслоу); 2) Усиление профилактической работы на уровне ПМСП (внедрение экономических механизмов – двухтарифное подушевое финансирование, частичное фондодержание, дифференцированная оплата труда);

3) Повышение потребности работодателей (формирование конкурентной среды; внедрение экономических стимулов, через механизмы налогообложения).

Совершенствование технологий укрепления здоровья (непрерывное обучение знаниям и навыкам, с использованием интерактивных технологий; широкое использование теорий изменения поведения; максимальное привлечение НПО, через социальные проекты).

Совершенствование национальной политики укрепления здоровья (формирование конкурентной среды; адекватные ресурсы и их эффективное использование; целевые инвестиции в детерминанты здоровья; прозрачность и гласность в реализации программ, освоении средств и достижении конечных результатов).

ВНЕДРЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ПРЕДПРИЯТИЯХ

Слажнева Т.И., Султанова З.Б., Яковлева Н.А., Даришева М.А.

Министерство здравоохранения РК, г.Астана

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

По оценкам Международной организации труда около 2,3 млн. мужчин и женщин ежегодно погибают в результате несчастных случаев на рабочем месте или связанных с работой заболеваний – в среднем 6 000 человек ежедневно. Во всем мире ежегодно регистрируется 160 миллионов жертв профессиональных заболеваний.

Новые подходы к охране здоровья работающих, которые отражены в проекте ВОЗ «Здоровые рабочие места», реализация которого начата в Казахстане с 2002 г, основаны не только на улучшении условий труда, но и на профилактике влияния поведенческих факторов риска и повышения

ответственности работника за свое поведение и образ жизни.

С целью разработки и внедрения технологий профилактики заболеваний на рабочих местах, с учетом международных критериев и подходов, нами проведено изучение распространенности факторов риска образа жизни на открытом угольном разрезе.

Работа в условиях открытой добычи угля предъявляет повышенные требования к здоровью и соответственно к образу жизни работающих. Вместе с тем, на момент исследования курили более 70% респондентов. Процент «злостных курильщиков» с

высоким риском развития никотин обусловленных заболеваний составил 15,7%. С увеличением возраста и стажа курения, наблюдался достоверный рост числа лиц с выраженной степенью табачной зависимости, что недопустимо на предприятиях с вредными и опасными условиями труда. Поэтому в возрастной группе старше 50 лет выявлена элиминация работников имеющих выраженную степень зависимости от табака.

Согласно методике оценки степени употребления алкоголя (ВОЗ) злоупотребляли алкоголем 69,9% респондентов. Следует отметить, что более половины лиц злоупотребляющих алкоголем отмечается при частоте употребления алкоголя не более 1-2 раз в месяц - 46,8% и реже 1 раза в месяц - 8,7%, т.е. данная категория респондентов имеет высокий уровень однократного приема алкогольных напитков. Злоупотребление алкоголем 1-2 раза в неделю (39,2%) и 3-4 раза в неделю (4,9%) говорит о наличии фактора злоупотребления алкоголя.

Значительная доля опрошенных физически активна и вне работы. Отметим, что занимаются спортом 22,3% опрошенных, делают физические упражнения - 45,2%, совершают пешие прогулки - 58,3%.

Оценка психологического статуса проводилась по результатам опроса и специальным общепринятым методикам. Среди лиц испытывающих стресс более половины респондентов отметили стресс на рабочем месте. Основными причинами стрессовых ситуаций на работе опрошенные назвали неудовлетворенность размерами заработной платы (39,7%), неудовлетворенность условиями труда (36,7%) и большое психологическое напряжение на работе (26,3%).

Оценка уровня психологической депрессии по шкале Холмса-Рея показала, что 53,4% опрошенных имеют нормальный уровень стресса, который необходим для адаптации и продуктивной деятельности. Состояние стресса не свойственно для 41,9% опрошенных. Несколько повышенный уровень стресса имели 1,7% опрошенных, но по данным психологов эти изменения носят легко обратимый характер. По шкале оценки

уровня переутомления для 79,6% опрошенных состояние переутомления несвойственно и 18,1% опрошенных имели нормальный уровень утомления. Несколько повышенный уровень утомления всего у 2,3% респондентов. Полученные результаты свидетельствуют, как о стабильном психологическом статусе работающих, так и возможной недооценке работающими своего психоэмоционального статуса и его влияния на здоровье.

Показатель массы тела (индекс Кетле) является хорошим индикатором состояния питания и здоровья людей в возрасте 20-65 лет. Согласно, расчета массы тела по индексу Кетле (классификация ожирения ВОЗ, 1997), в целом по предприятию каждый второй осмотренный имел нормальную массу тела. Показатель числа лиц имеющих избыточный вес, в частности пре-ожирение составил 37,9% и ожирение 1 степени - 12,7%. Установлено, что с увеличением возраста количество лиц с нормальной массой тела достоверно снижается.

Дополнительно проведен анализ факторов формирующих хроническую патологию у работающих в условиях открытой добычи угля. Согласно результатам расчета силы и доли влияния факторов на состояние здоровья работающих, курение, употребление алкоголя и психологический статус оказывают большее по силе влияние на заболеваемость рабочих, в сравнении с другими факторами образа жизни. На распространенность костно-мышечной патологии в первую очередь, влияют условия труда, такие как монотонность, неблагоприятный микроклимат и вибрация. Ряд факторов образа жизни и условий труда являются синергистами и их сочетанное воздействие усиливает риск развития заболеваний у работающих, что отражено в комплексных моделях.

Обобщая результаты исследования, можно сделать заключение о том, что поведенческие факторы риска в значительной мере провоцируют развитие хронических неинфекционных заболеваний на предприятии и снижают показатели адаптационного потенциала, что увеличивает риск

развития патологических синдромов и заболеваний. Вследствие этого в программах оздоровления работающих необходимо акцентировать внимание не только на условиях труда, но и на показателях образа жизни работников.

Внедрены алгоритмы действий медицинских работников МСЧ по профилактике поведенческих факторов риска и модель по совершенствованию работы по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни на рабочих местах.

ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА КАЗАХСТАНА: ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА

Арзыкулов Ж.А.

*Казахский научно-исследовательский институт
онкологии и радиологии МЗ РК, г.Алматы*

В Казахстане за последние 10 лет отмечается снижение смертности на 13,8%. Это сохраненные ежегодно жизни 2 266 больных.

Всемирная организация здравоохранения рекомендует проведение 4 скрининговых программ по раннему выявлению рака.

В Казахстане с 2008 года внедрены маммографический и цитологический скрининг - при раке молочной железы и раке шейки матки.

По итогам 2010 года будут обследованы 3 млн женщин. Начата подготовительная работа по внедрению скрининга колоректального рака и рака предстательной железы.

Приказ МЗ РК от 15.10.2007 № 607 «О совершенствовании профилактических осмотров отдельных категорий взрослого населения».

Скрининг рака молочной железы и рака шейки матки в РК – это единственная в СНГ программа по сотрудничеству с Европой (ESO и ESGO).

Результаты маммографического скрининга в РК 2008-2010 гг:

- Обследовано 1 015 036
- Процент исполнения 96%
- РМЖ 1504 (0.15%)

• Европейский стандарт 0,3%
Цитологический скрининг РШМ в РК. Итоги 2008-2010 гг.:

- Осмотрено – 1 532 516 женщин
- Предрак – 1,8%
- РШМ – у 489 женщин (0,03%)
- Международный стандарт 0,01-0,02%

Европейский уровень может быть достигнут:

- При поддержке МЗ РК (приказ об открытии скрининговых центров в регионах на базе онкологических диспансеров)

- Для маммографического скрининга - приобретение дополнительных цифровых и мобильных маммографов (27 – 10)

- Для цитологического скрининга – приобретение аппаратов жидкостной цитологии

Планы на 2011-2015гг.

Государственная Программа развития здравоохранения «Саламатты Казахстан»:

- Снижение смертности от ЗН до 100,0%
- Развитие высокотехнологичной и конкурентноспособной онкологической службы
- Повышение качества и доступности онкологической помощи путем дальнейшего развития и совершенствования Единой национальной системы здравоохранения
- Снижение уровня заболеваемости путем

профилактических мероприятий, скрининговых исследований и стимулирования здорового образа жизни

- Внедрение международных протоколов диагностики, лечения и реабилитации

ПРОБЛЕМЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ И ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ВАЖНЕЙШИХ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Аманов Т.И.

*Научно-исследовательский институт
кардиологии и внутренних болезней МЗ РК, г.Алматы*

В настоящее время основной проблемой демографической ситуации и состояния здоровья населения в стране являются хронические неинфекционные заболевания (ХНИЗ).

В последние годы ХНИЗ занимают первое место среди причин смертности, инвалидности и заболеваемости населения РК.

Цель исследования: Разработка Модели эффективной профилактической системы.

Материалы и методы: Многоцентровое рандомизированное скрининговое эпидемиологическое исследование в трех сельских районах Алматинской области, двух городских поликлиниках г.Алматы (№1 и №3) – 2872 взрослого населения.

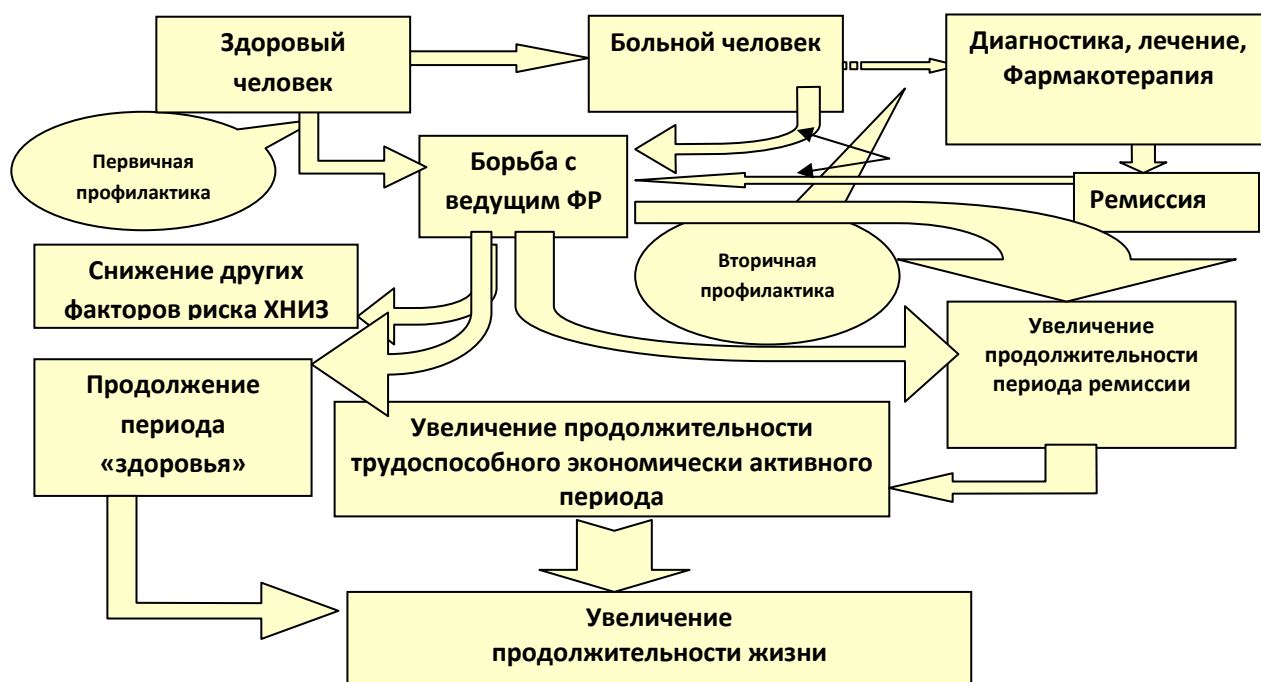
Все больные получили алиментарную детоксикацию (Патент на изобретение №13868 2002/0688.1 от 23 мая 2002 года «Способ неотложной терапии метаболического синдрома»), в основе которого лежит снижение ИБМТ от 6 до 20 кг или до ИМТ=19-23,9 кг/м². Метод применялся в стадии обострения заболевания. В условиях

ПМСП на базе школы здоровья проводились факторные профилактические мероприятия с пациентами имеющие ИБМТ и клинику ССЗ. В результате осуществления программы активной профилактики обеспечило снижение клинических проявлений от БСК. На основе проведенного научного эпидемиологического исследования предлагается профилактическая модель системы здравоохранения, где в основе лежала бы борьба с основным и ведущим ФР – с ИБМТ.

Предложенная модель:

- предполагает выполнять более реальные и выполнимые профилактические мероприятия;
- дает возможность концентрировать силы и средства системы здравоохранения для повышения эффективности профилактической работы;
- помогает выработать конкретные механизмы, действия и шаги по борьбе с многочисленными **ФР ХНИЗ**;
- имеет конечные точки для проверки результативности проведенной работы.

Профилактическая модель системы здравоохранения – принцип «борьба с ведущим ФР»



ВЫВОДЫ

1. Частота встречаемости всех ХНИЗ почти в два раза увеличивается с повышением динамики ИзбМТ.
2. В популяции возраста до 50 лет имеется тенденция увеличения ИМТ, и при длительном сосуществовании организма с ИзбМТ после 50 лет увеличивается риск возникновения ХНИЗ, в том числе и ССЗ.
3. Под термином возраст можно понимать фактор длительного патофизиологического воздействия ИзбМТ на организм.
4. Основным и ведущим ФР возникновения ХНИЗ, как у мужчин, так и у женщин, является ИзбМТ, а с повышением ИМТ начинает увеличиваться частота выявления

таких ФР, как употребление табака, алкоголя и еткен-чая.

5. Профилактическая модель системы здравоохранения, основанная на ведении борьбы с основным и ведущим ФР является целенаправленным перспективным стратегическим направлением в снижении смертности, заболеваемости и инвалидности от хронических неинфекционных заболеваний.

В итоге хочется сказать о том, что существующая модель в здравоохранении не сможет выполнять данные задачи. Необходимо создание самостоятельной эффективной профилактической службы сверху до низу.

НОВОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ В МНОГОУРОВНЕВОЙ СИСТЕМЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Хайдарова Т.С., Наржанов Б.А., Акимбаева А.А., Рамазанова М.А.,
Сулейменова Б.А.

*НЦПФЗОЖ, ННЦХ им. А.Н. Сызганова, КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы,
СВА, п. Байсерке*

В современных условиях в развитых странах мира ключевая роль в определении характера и структуры медицинской помощи в настоящее время отведена пациенту. В создавшихся условиях в формировании эффективной ОВП, которую необходимо внедрять в связи с принятием государственной программы развития здравоохранения «Саламаты Казахстан» необходимо учитывать, что кардинально изменилась роль ВОП в странах где эта система имеется, и его

взаимоотношения с пациентом строятся по законам диалога. В будущем семейным врачам придется не только учитывать эти изменения, но и учиться эффективно работать в создавшихся условиях. Важно, что дисциплина «общая врачебная практика / семейная медицина» продолжает по мере изменения системы здравоохранения развиваться, и что она позволяет удовлетворить потребности пациентов в медицинской помощи.

Таблица 1. Развитие принципов системы общеврачебной практики в мире

ВОЗ 1998 г.	WONCA 1991	«Принципы», предложенные Gay
Общие вопросы	Комплексная оценка состояния здоровья	Область деятельности определяется потребностями и желаниями пациента. Рассмотрение всех нарушений здоровья пациента, в том числе комплексных
Непрерывность медицинской помощи	Ориентация на интересы пациента	Уделение основного внимания пациенту. Непрерывность оказания медицинской помощи
Комплексность медицинской помощи	Комплексная оценка состояния здоровья	Область деятельности определяется потребностями и желаниями пациента. Рассмотрение всех нарушений здоровья пациента, в том числе комплексных.
Координация медицинской помощи	Координация действий с другими службами	Координирующая роль в оказании медицинской помощи
Взаимодействие различных звеньев медицинской помощи	Координация действий с другими службами	Координирующая роль в оказании медицинской помощи
Ориентация на семью пациента	Внимание к интересам семьи пациента	Ориентация на особенности семьи и общества, в которых проживает пациент
Социальная направленность	Работа в интересах общества	Ориентация на особенности семьи и общества, в которых проживает пациент

Свои профессиональные компетенции врач общей практики (семейный врач) реализует в трех сферах деятельности:

а) в повседневной клинической практике:

- уметь выявлять и анализировать широкий спектр жалоб, проблем и ССЗ по мере их появления;
- проводить лечение с ССЗ и длительное наблюдение пациента с ССЗ;
- умение эффективно сочетать данные научных исследований и собственный клинический опыт;

б) при общении с пациентом:

- умение проводить консультирование пациентов с ССЗ;
- умение представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть предлагаемых вмешательств и результатов исследований;
- умение адекватно реагировать на различные эмоции пациента;

в) при руководстве деятельностью общей врачебной практики:

- обеспечить доступность медицинской помощи для пациентов;
- организовать эффективную работу, оснастить оборудованием, руководить деятельностью и взаимодействовать с сотрудниками общей врачебной практики;

Как показано в таблице 1 важнейший аспект общей врачебной практики заключается в ее ориентации на пациента (а не на патологический процесс или орган) и на нормализацию его состояния (в отличие

от системы специализированной медицинской помощи, ориентированной на патологию). Кроме того, семейный врач должен лечить тяжелые заболевания на самых ранних и недифференцируемых стадиях.

Таким образом, в западных странах основные лечебные функции амбулаторного типа постепенно отходят в сферу параклинического патронажного обслуживания. С развитием межуровневой конкуренции, врачей ОВП всё больше ориентируют на профилактику, санпросвет, валеологию и нутрициологию. А также на лечение несложных простудных заболеваний и коррекцию нетяжелых обострений у хроников, не требующих регулярного патронажа и узкой специализации. По этой причине снижается потребность в их глубокой интеграции с учреждениями и уровнями лечебного профиля.

Аналитики развитых зарубежных стран признают, что широкое внедрение последних достижений научно-технического прогресса в систему первичной помощи становится уже невозможным без консолидации технологий и организации обслуживания на основе коллективных действий медицинского персонала. В этих условиях работа независимых врачебных практик в их традиционной форме на Западе представляется многим излишне консервативной, а тенденция к развитию групповых и поликлинических форм обслуживания проявляется всё более отчетливо.

КАЧЕСТВО И ОБРАЗ ЖИЗНИ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Имангалиева А.А.

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

Актуальность. На оценку человеком качества, образа жизни и здоровья в разной степени влияют такие характеристики, как

возраст, пол, социальное и экономическое положение, характер трудовой деятельности, культурный уровень и среда обитания (Үеһ

С.И., 2002). Данные признаки охарактеризовывают однородную социальную группу, где таковыми могут являться студенты. Студенты, как было отмечено выше, специфическая группа, где члены объединены возрастом (17-24 года), общим социальным статусом и занятием одним видом деятельности – учебной.

Цель. Провести анализ и выявить влияние компонентного состава качества жизни на социальную адаптацию студентов.

Объем и методы. Исследование было проведено в двух крупных вузах г.Алматы (КазНАУ и ЖенПУ). Проведение исследования в данных вузах обосновывается участием их в проекте «Здоровые университеты». Выборка включает студентов всех курсов очной формы обучения казахского и русского отделений. Дизайн исследования – кросс-секторальный (cross-sectional research). Рандомизированно были выбраны факультеты и группы. Техника для создания выборки – кластерная рандомизация. Всего было проанализировано 846 анкет. Опрос студентов проводился в вузах, путем самозаполнения вопросника, который включал разделы по оценке качества жизни (общий опросник качества жизни MOS SF-36), условиях и образе жизни, медицинской активности. Статистическая обработка материалов исследования проведена с помощью программы SPSS 15.1.

Результаты. Полученные при использовании стандартизированного опросника MOS SF-36 данные изучаемых параметров выявили следующее: наиболее низкие значения были получены по шкале эмоционального функционирования ($66,86 \pm 0,53$ баллов), далее идут значения шкал психологического функционирования – $77,62 \pm 0,53$, физического функционирования – $86,14 \pm 0,53$, социального функционирования – $89,61 \pm 0,44$ баллов.

Нами при помощи однофакторного дисперсионного анализа и метода Уоллера-Дункана был проведен анализ изменения параметров качества жизни согласно курсу обучения опрошенных.

Метод Уоллера-Дункана при анализе шкалы **физическое функционирование** разбил всех респондентов согласно курсу их обучения на 3 группы, в которой к 1 группе были отнесены учащиеся 1 и 5 курсов, доказывая тем самым, что высокие оценки данного параметра выше на этих курсах.

Анализ значений параметра **социальное функционирование** выявил различие в обследуемых группах, таким образом, доказано, что его максимальное значение наблюдается на 1 и 5 курсах обучения, а минимальное значение на 3 курсе обучения.

Учащиеся первого курса будучи гармоничными, позитивно настроенными индивидуумами, лучше адаптируются к новым условиям жизни, о чем говорит высокая оценка параметра **ролевого эмоционального функционирования**.

При анализе результатов оценки методом разбиения на классы Уоллера-Дункана было выявлено, что параметр **«психологическое функционирование»** респондентов выше в первой группе, к которой были отнесены 1 и 5 курсы, доказывая тем самым, что субъективная оценка своего настроения за последний месяц перед обследованием у студентов данных курсов обучения достоверно выше, чем у учащихся других курсов.

Выводы. Отмечено ухудшение параметров качества жизни от 1 к 3 курсу обучения. Наиболее низкая оценка отмечена по шкале эмоционального функционирования ($65,82 \pm 2,131$), наиболее высокая по шкале социального функционирования ($96,78 \pm 1,075$).

ПРОБЛЕМЫ УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ, СОДЕРЖАЩИХСЯ В УЧРЕЖДЕНИЯХ УГОЛОВНО-ИСПОЛНИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ

Каниева А.К.

Управление медицинского обеспечения КУИС МЮ РК

Цель: 1. Ознакомить:

- с имеющимися проблемами в организации медицинской помощи лицам, содержащимся в учреждениях КУИС МЮ РК.

2. Ознакомить с предложениями по усилению работы по пропаганде здорового образа жизни среди осужденных.

Разработаны и утверждены ряд нормативных правовых актов:

- по совершенствованию противотуберкулезной помощи изданы совместные приказы МЮ, МЗ по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия в учреждениях УИС (проект).

Соотношение тюремного населения к гражданскому – 16036100:63867.

Состояние здоровья осужденных во всем мире, значительно отличается от общенациональных показателей, по следующей причине: концентрация в УИС социально дезадаптированной прослойки населения; лица асоциального поведения; больных наркоманией, алкоголизмом, психическими расстройствами, ВИЧ-инфицированных.

Количество больных ТБ и ВИЧ - инфицированных в УИС зависит от развития эпидемии среди населения в целом. В исправительные учреждения осужденные прибывают, как правило, со

слабым здоровьем.

Социально – демографическая характеристика лиц, содержащихся в исправительных учреждениях МЮ РК, по данным социологического опроса среди осужденных и статистических данных КУИС МЮ РК, данные за 2009 год: 39,8 % в возрасте до 30 лет; 31,4% - до 40 лет. 99,4% имеют только среднее образование, потребляют наркотики 56,9%, болеют туберкулезом 33,4%, ВИЧ инфицированы 4,5%.

Профилактическая работа, проводимая в КУИС МЮ РК:

- ежегодное флюорообследование
- полноценное питание (в рационе питания имеются овощи-фрукты, сезонная «с» витаминизация, молочные продукты, дополнительное диетическое питание для хронических больных, беременным женщинам, подросткам)
- правильное чередование труда и отдыха
- обращение к врачу при первых признаках заболевания
- санитарно-просветительная работа по ведению здорового образа жизни (радиолекции, показ видеофильмов, стенд газеты, санбюллетень)

Имеются проблемные вопросы: неукомплектованность медицинскими кадрами, несоответствие к требованиям санпин зданий, помещений учреждений УИС.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБЩЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УРБАНИЗИРОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЙ О ВЛИЯНИИ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ЗДОРОВЬЕ

**Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Даришева М.А., Яковлева Н.А.,
Палтушева Т.П., Егорычев В.Е., Имангалиева А.А., Адаева А.А.**

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы

В Послании Президента РК на 2011 г. указано, что профилактическая направленность остается одним из важнейших принципов здравоохранения [1]. Это определяется не только профилактикой на индивидуальном уровне, но и участием в управлении условиями жизни, контроля качества окружающей природной среды [2,3].

Исследования отечественных и зарубежных авторов свидетельствуют о связи уровней загрязнения окружающей среды с заболеваемостью населения, прежде всего проживающего на городских территориях [4,5].

В ряде работ показано воздействие химических загрязнителей атмосферного воздуха, в первую очередь на организм детей, что проявляется общим увеличением заболеваний отдельных групп болезней и нозологий и смертности [6,7]. Наряду с объективными показателями оценки окружающей среды также представляет интерес субъективная оценка населением

экологической среды по месту жительства и ее влияние на здоровье.

Нами проведено исследование случай-контроль, которое осуществлялось методом интервьюирования и включало количественную оценку неблагоприятных прогностических факторов развития хронических заболеваний. В исследование были включены 882 ребенка, из них 552 проживающих в г. Усть-Каменогорск и 330 - в селе Глубокое. В группы были включены дети и подростки обоего пола в возрасте 11-14 и 15-17 лет, проживающие на изучаемой территории.

Нами изучено мнение детского населения г.Усть-Каменогорска об оценке экологической ситуации по месту жительства. Опрос показал, что 23,47% школьников оценивают экологические условия по месту проживания как неудовлетворительные (95% ДИ=20,67-26,27), 23,24% - удовлетворительные (95% ДИ=20,46-26,03) и 15,53% - хорошие (95% ДИ=13,14-17,92) (рисунок 1).

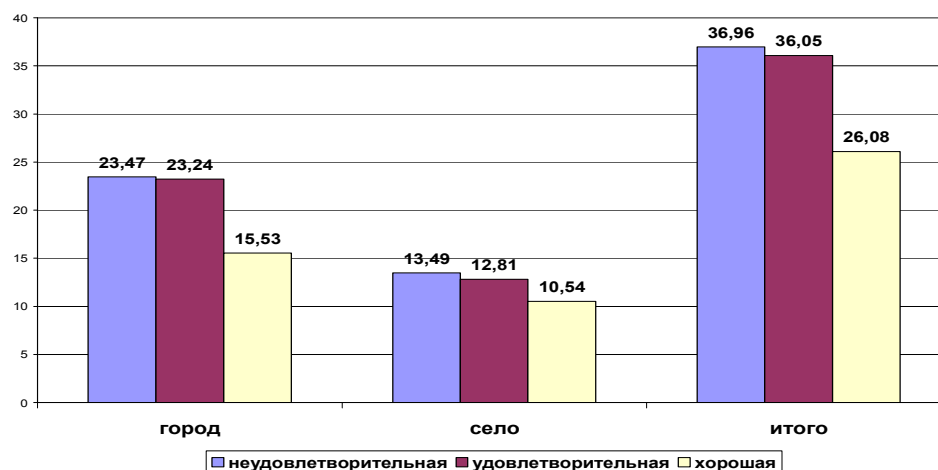


Рисунок 1. Оценка экологической ситуации по месту жительства, (%)

Среди подростков 15-17 лет достоверно больше лиц позитивно оценивших экологические условия ($t=5,6$), по сравнению с возрастной группой 11-14 лет. В с.Глубокое меньший процент школьников в возрасте 11-14 лет (5,9%; 95%ДИ=4,34-7,45; $t=4,8$) и 15-17 лет (7,6%; 95%ДИ=5,85-9,34; $t=2,48$) оценивают экологическую ситуацию по месту жительства как неудовлетворительную, по сравнению с городом.

В г. Усть-Каменогорске в числе ведущих неблагоприятных факторов окружающей среды по месту жительства были названы загрязнение атмосферного воздуха пылью (14,09%; 95% ДИ=11,79-16,39); плохое качество питьевой воды (9,43%; 95%

ДИ=7,5-11,36); шум (7,95%; 95%ДИ=6,17-9,74); неприятные запахи (7,95%; 95% ДИ=6,17-9,74); недостаток зеленых насаждений в городе (6,7%; 95% ДИ=5,05-8,36); плохое санитарное состояние территории (6,48%; 95% ДИ=4,85-8,1) и близость промышленных и строительных объектов (4,55%; 95% ДИ=3,17-5,92).

Меньший процент школьников села Глубокое ощущают наличие загрязнения атмосферного воздуха пылью (8,64%; 95%ДИ=6,78 – 10,49; $t=3,63$); плохое качество питьевой воды (5,57%; 95%ДИ=4,05-7,08; $t=3,08$) и недостаток зеленых насаждений (3,3%; 95%, ДИ=2,12-4,47; $t=3,33$) (рисунок 2).

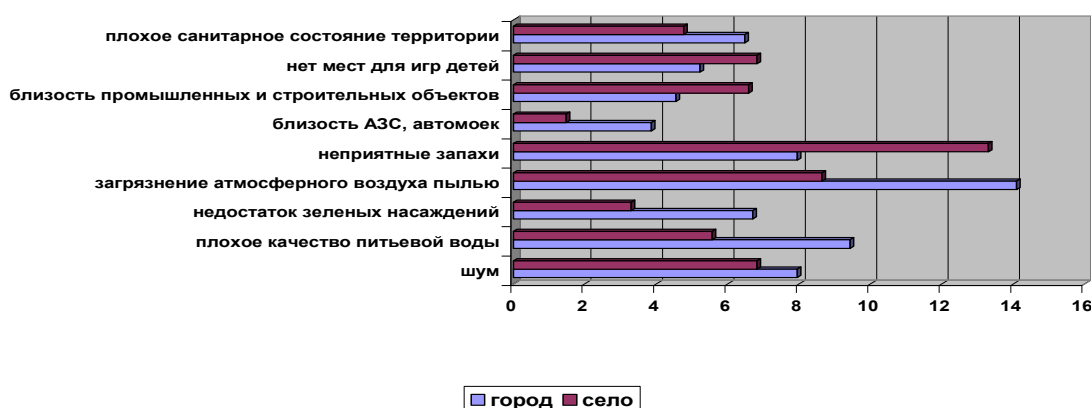


Рисунок 2. Характеристика неблагоприятных условий среды по месту жительства, (%).

По результатам опроса, респонденты проживающие в г.Усть-Каменогорск в большей степени подвержены воздействию загрязненного атмосферного воздуха на здоровье, чем жители села Глубокое. Так, 29,09% (95% ДИ=26,09-32,09; $t=5,19$) отметили наличие головной боли, 22,95% - першение в горле (95%ДИ=20,18-25,73; $t=6,32$), 19,43% - кашель и чихание (95% ДИ=16,82-22,0; $t=3,78$) и 5,57% слезотечение (95%ДИ=4,05-7,08). В селе Глубокое данные показатели составили: головная боль (18,64%; 95% ДИ=16,06-21,21); кашель, чихание - 12,84% (95% ДИ=10,63-15,05); першение в горле – 11,7% (95% ДИ=9,58-13,83), слезотечение – 2,05% (95% ДИ=1,11-

2,98) (Рисунок 3).

Значительное большинство опрошенных ответили, что знают и соблюдают правила поведения во время объявления в г.Усть-Каменогорске неблагоприятных метеорологических условий (НМУ).

Информацию о влиянии неблагоприятных экологических факторов на здоровье школьники в основном получают по телевидению (77,5%; 95% ДИ=74,74-80,26), от родственников и друзей (48,52%; 95% ДИ=45,22-51,82), по интернету (37,73%; 34,52-40,93) и от педагогов 32,5%; 95% ДИ=29,41-35,59). Различия между городом селом были статистически не достоверны.

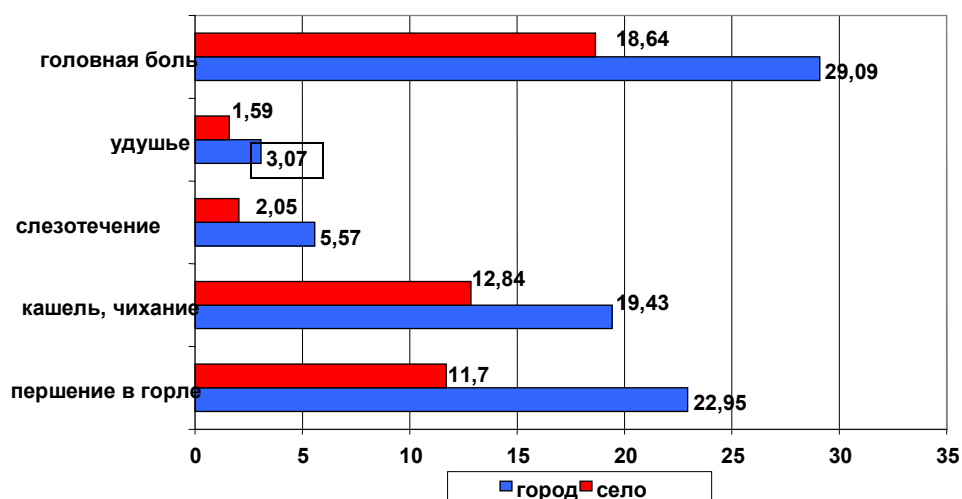


Рисунок 3. Характеристика воздействия загрязненного атмосферного воздуха на здоровье, (%).

Таким образом, школьники г.Усть-Каменогорск достоверно больше указали на проявления неблагоприятных воздействий окружающей среды, такие как головная боль, кашель, чихание, першение в горле. При этом большинство школьников знают и соблюдают правила поведения во время НМУ. Основными неблагоприятными факторами окружающей среды были названы загрязнение атмосферного воздуха пылью; плохое качество питьевой воды; шум; неприятные запахи; недостаток зеленых насаждений в городе; плохое санитарное состояние территории и близость промышленных и строительных объектов.

Список использованной литературы:

1. www.akorda.kz. Послание Президента Республики Казахстан Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Построим будущее вместе!»
2. Маймулов В.Г., Артамонова В.Г. и др. Медико-экологический мониторинг./ Под ред. Профессора Маймулова В.Г. и профессора Шаброва А.В. – СПб. Петербург, 1993.- С.127
3. Белоног А., Онищенко Г., Слажнева Т., Корчевский А. Научные основы управления гигиеническими факторами общественного здоровья.- Алматы, 2003. – С.12
4. La Dou, et al. Occupational Medicine. Appleton and Lange.-1990.
5. Kutepov E.N. Symposium on Environment and health Research in the Countries of the European Community and of the USSR.- Brussel.-1992.- P.24.1-24.16
6. Анджелян Б.О. Заболеваемость детей в связи с влиянием факторов городской среды.// Гигиена и санитария. – 1991.- № 7.-С.90
7. Бонашевская Т.Н. и др. Медико-биологические исследования состояния здоровья детей Москвы в районах с разным уровнем загрязнения атмосферного воздуха.// Гигиена и санитария.- 1993.- №8.- С.52-55

ПОДГОТОВКА КАДРОВ МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ

Каржаубаева Ш.Е., Медеубаева К.К., Шайкенова А.Т., Куанышева С.Х.
*Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, Городская
студенческая поликлиника г.Алматы*

Одним из перспективных направлений работы с молодёжью является открытие Молодежных центров здоровья (МЦЗ), регламентированное приказом МЗ РК от 19 октября 2006 г. № 491 «О внедрении услуг, дружественных к молодежи», в соответствии с характеристиками услуг, дружественных к молодежи. В отличие от других медицинских организаций, МЦЗ оказывают более широкий спектр услуг по получению комплексной помощи, включающей медицинскую, психологическую, юридическую и социальную. В их деятельности преобладает профилактическая направленность, реализация которой основана на принципах добровольности, доступности, доброжелательности, конфиденциальности и доверия.

На сегодня в Казахстане открыты и оказывают комплексные медико-психосоциальные услуги в 17 «Молодежных центрах здоровья»: г.Астана «Арман кала», «Демеу», «Жас толкын», «Рауан», «Шуак», «Шанырак»; г.Алматы - студенческая поликлиника, ГЦРЦ, ГП №10; г.Шымкент «Алем»; г.Семей «Жас асыл», «Жас омир»; г. Тараз «Жігер»; г. Уральск «Жалын»; г.Талдыкорган «ДОС»; г.Караганда «ДОС»; г.Усть-Каменогорск «Нур салауат».

Проблема здоровья лиц подросткового периода остается актуальной и представляет собой репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный, политический и культурный резерв общества.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, подростковый возраст – это период в течение которого: а) завершается половое развитие; б) психологические детские процессы сменяются поведением, характерным для взрослого; в) происходит переход от полной социально-экономической зависимости к относи-

тельно социальной независимости. При таком подходе подростковый возраст включает в себя два чрезвычайных периода – пубертатный (от начала появления вторичных половых признаков до обретения способности к эффективному выполнению репродуктивной функции) и этап социального созревания, когда человек избирает профессию и овладевает ею.

Специалисты Молодежных центров здоровья в своей работе используют следующие формы работ: индивидуальное консультирование по медико-психосоциальным проблемам, консультирование по телефону доверия, групповые интерактивные тренинги в школах и учебных заведениях города, трудовая реабилитация (бисероплетение, шахматный кружок, вязание, арттерапия и др.).

За годы деятельности МЦЗ возросло число обращений на консультирование психолога у психолога, что указывает на потребность в таких услугах среди подростков и молодежи. Особенно отмечается то, что на индивидуальные консультации психолога стали больше записываться юноши и девушки с проблемами взаимоотношений с партнерами и по поводу переживаний конфликтных ситуаций с родителями. Возросло число обращений среди молодых семейных пар по вопросам укрепления семьи, с которыми были проведены тренинги на тему: «Конфликты и пути их преодоления». Проводятся встречи с молодежью, на которых обсуждаются проблемы репродуктивного здоровья и пути профилактики заболеваний.

За 2010 год «Молодежным центром здоровья» в Студенческой поликлинике г. Алматы профилактической работой было охвачено 7 000 студентов (3742 мужчин, 3258 женщин), было посещений уролога - 682, психолога- 942, гинеколога- 1681,

юриста- 519, дерматовенеролога 536, тренажерных зала и интернет-класса посетили 2640 чел.

Из обратившихся к гинекологу выявлено: абсолютные противопоказания к беременности - 131 случай, относительные противопоказания к беременности - 858 случаев, прерывание беременности (аборт) - 25 из них до 12 недель - 12, по социальным показаниям - 5, самопроизвольные выкидыши - 5, замершая беременность - 3, по вопросам контрацепции, планировании семьи обратилось 667 человек.

Особое внимание уделяется подготовке кадров для работы в Молодежных центрах здоровья, так как специфика работы с молодежью определяет требования к специалисту, который должен владеть информацией, коммуникативными навыками, умением эффективно доносить информацию, знать психологию молодежи.

С целью обучения специалистов Молодежных Центров здоровья в феврале 2011 год в г. Санкт - Петербурге проводился тренинг для тренеров, работающих по проекту Молодежные центры здоровья. В тренинге приняли участие специалисты России (13), Украины (4), Беларусь (4), Молдовы (2), Казахстан (2), всего 25 человек, который организован Санкт-Петербургской медицин-

ской академией последипломного образования при содействии руководителя мультидисциплинарного отделения здоровья подростков больницы профессора Пьер-Андре Мишо и руководителя отделения медицинского образования медико-биологического факультета доктора Рафаэль Бонвин университета Лозанны, Швейцария.

Основная цель тренинга состояла в том, чтобы научить тренеров как проводить интерактивные лекции, чтение лекций и использование слайдов, постановка задач, решение их, подготовка и организация программы курса, возможные опасения, касающиеся использования интерактивности, как справляться с трудными ситуациями. Особенное внимание уделялось ролевым играм, когда работа проводилась с имитированным пациентом с последующей интерпретацией наблюдателей. В конце тренинга каждый участник высказал свое мнение, поделился опытом работы с молодежью, о проблемах регионов.

Взаимный обмен опытом работы в Молодежных центрах здоровья, позволяет выработать единую тактику подхода к оказанию медицинской помощи молодежи, организации различных образовательных мероприятий.

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ О ФАКТОРАХ, СПОСОБСТВУЮЩИХ БЕЗОПАСНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Койков В.В., Абдрахманов А.Б., Ермаханова Г.А., Зейтын М.К.

Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Астана

Одним из важных показателей осуществления контроля качества медицинской помощи является изучение удовлетворенности пациентов, которая во многом поднимает престиж медицинской организации, способствует повышению

медицинской активности населения. Как показывает практика, уровень удовлетворенности больных напрямую связан с качеством медицинского обслуживания.

В рамках проведения научно-технической программы «Разработка научно обоснован-

ванных подходов к формированию и реализации политики безопасности пациентов в Республике Казахстан» (2009-2011 гг.) научными сотрудниками Института развития здравоохранения (ИРЗ) было проведено социологическое исследование среди пациентов по изучению уровня культуры безопасности пациентов.

Объекты. В качестве административных объектов базовых территорий выбраны Южно-Казахстанская область (ЮКО), Северо-Казахстанская область (СКО), Актюбинская область, Восточно-Казахстанская область (ВКО), Карагандинская область, г. Астана.

По итогам проведения социологического исследования в качестве статистической обработки результатов нами использовалась программа JMP и методика концептуальных перемен.

Для изучения связи между переменными, нами были определены независимые и зависимые переменные.

В качестве **независимых переменных** были выделены следующие характеристики (демографические) пациента как: «регион» (Актюбинская обл., ВКО, г. Астана, Карагандинская обл., СКО, ЮКО); «пол» (муж., жен.); «возрастная группа» (<20, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, <=60); «уровень образования» (неполное среднее, среднее, среднее специальное, высшее); «род занятий» (учащийся, рабочий, безработный), а также «периодичность обращения пациентами за медицинской помощью» (1 раз в месяц, 1 раз в квартал, 1 раз в полгода, 1 раз в год и другое).

Зависимые переменные были определены путем формирования концептуальных переменных.

1. Степень информированности пациента
2. Степень ответственности самого пациента
3. Степень удовлетворенности пациента условиями пребывания в медицинской организации.

Результаты распределения для независимых переменных:

Частотное распределение опрошенных пациентов в разрезе регионов по ЮКО составило 25% тогда как, доли ответивших

пациентов по Актюбинской области, г. Астане, а также по Северо-Казахстанской области составило по 11%. Данное распределение по долям показывает, что расчет необходимого количества анкет был репрезентативен, так как, расчет выборки по регионам было определено из статистического соотношения численности населения в данных регионах.

В распределении данных социологического исследования по половому признаку пациентов, доля женщин составило 65%, тогда как, доля мужчин составило 35% соответственно. По данному результату, мы можем предположить что, женское население РК или более ответственно подходят к вопросу о состоянии своего здоровья или же данная картина показывает, что женщины больше подвержены риску заболеть.

Распределение долей по возрастной группе показывало, что среди пациентов было опрошено больше в возрастных группах 20-49 по сравнению с другими возрастными группами. Доля опрошенных пациентов в возрастной группе 30-39 составило 24%, тогда как доля опрошенных пациентов в возрастных группах 60 и старше, а также младше 20 составило 7-12% соответственно.

Распределение долей по уровню образования пациентов показывает, что наиболее высокие доли наблюдаются среди пациентов с высшим, средне-специальным, а также среди пациентов со средним образованием. Показатель в процентном соотношении для данных групп варьируется между 28 и 35%. Тогда как процентный показатель опрошенных пациентов с неполным высшим образованием составило всего 10%.

Следующим этапом распределения было определение долей ответивших пациентов по уровню обращения пациентов за медицинской помощью. Доля обращения за медицинской помощью 1 раз в год составило 33%, тогда как доля ответивших 1 раз в месяц и 1 раз в квартал составило по 14% соответственно.

Результаты распределения для зависимых переменных:

Распределение долей ответивших пациентов по степени информированности показывает, что доля полностью

проинформированных пациентов составило 71%, тогда как доля ответивших с низким уровнем информированности составило 4% (Рисунок 1а).

Распределение долей по степени самоответственности пациента показывает, что доля с высоким уровнем самоответственности пациентов составило 56%, тогда как доля ответивших с низким уровнем самоответственности составило 11% соответственно (Рисунок 1б).

Интересная картина наблюдается в распределении долей опрошенных пациентов по степени удовлетворенности пациента условиями пребывания в медицинской организации. Доля удовлетворенных пациентов условиями пребывания в медицинской организации составило 58%, тогда как доля неудовлетворенных пациентов составило 42% соответственно (Рисунок 1в).

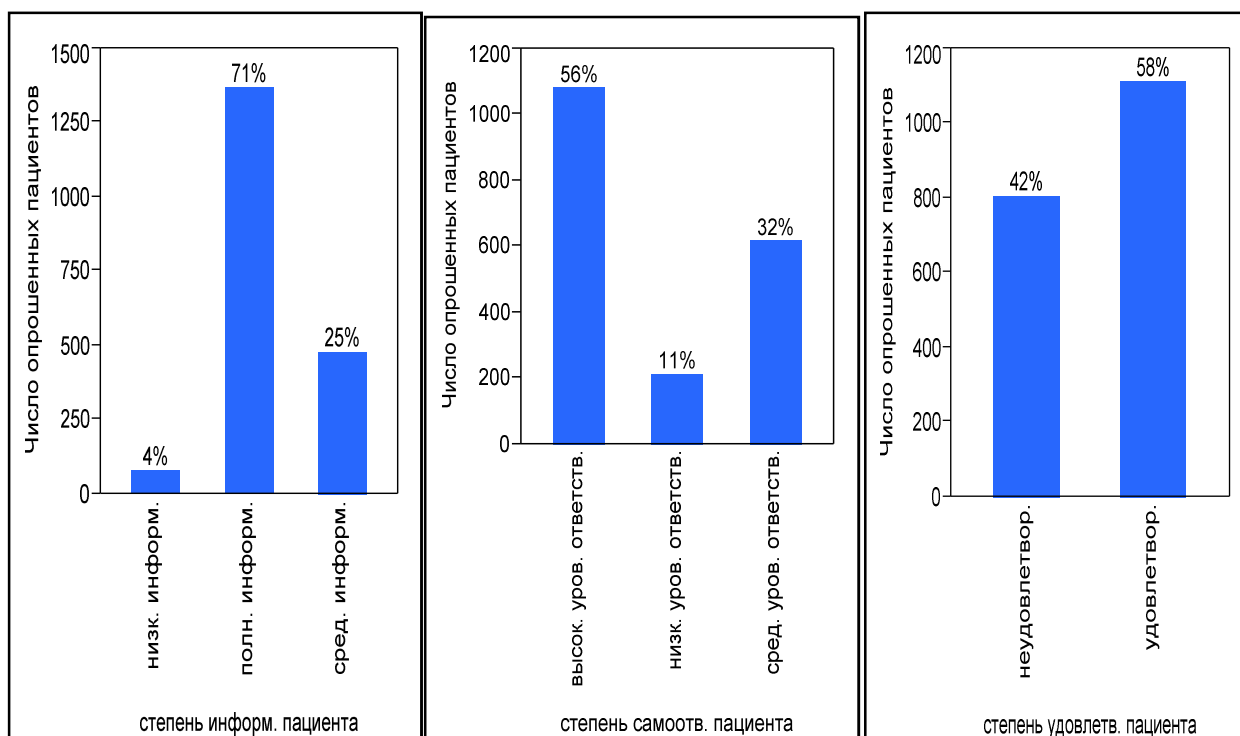


Рисунок 1 (а,б,в). Частотное распределение пациентов по зависимым переменным.

Таким образом, определив в работе, какие переменные являются независимыми и зависимыми, рассчитав доли опрошенных пациентов по каждому из параметров, следующим шагом анализа было изучения связи между переменными, т.е. изучение таблиц контингентности.

Степень информированности пациента по регионам показывает, что доля полностью проинформированных пациентов по каждому региону составило от 56% (г. Астана) до 90% (ЮКО), тогда как доля низкоинформированных пациентов колеблется между 1% в ЮКО и 9 % в г.Астана. Степень средне-информированных пациентов оказалось больше всего в г. Астана (36%) по отношению с

другими регионами. Таким образом, нами было выяснено, что степень более проинформированных пациентов наблюдается в ЮКО, тогда как в г.Астане степень более проинформированных пациентов меньше по отношению с другими регионами (Рисунок 2). Степень информированности пациента по возрастным группам показывает, что доля полностью проинформированных пациентов в возрастных группах как <20, 50-59, <60, чуть больше по сравнению с другими возрастными группами. Процентный показатель полностью проинформированных пациентов в вышеперечисленных группах составило 72-78%, тогда как доля полностью проинформированных пациентов среди возрастных групп 20-29, 30-39, 40-49

составило 67-69% соответственно. Доля низкоинформированных пациентов среди всех возрастных групп составила 3-5% (Рисунок 3).

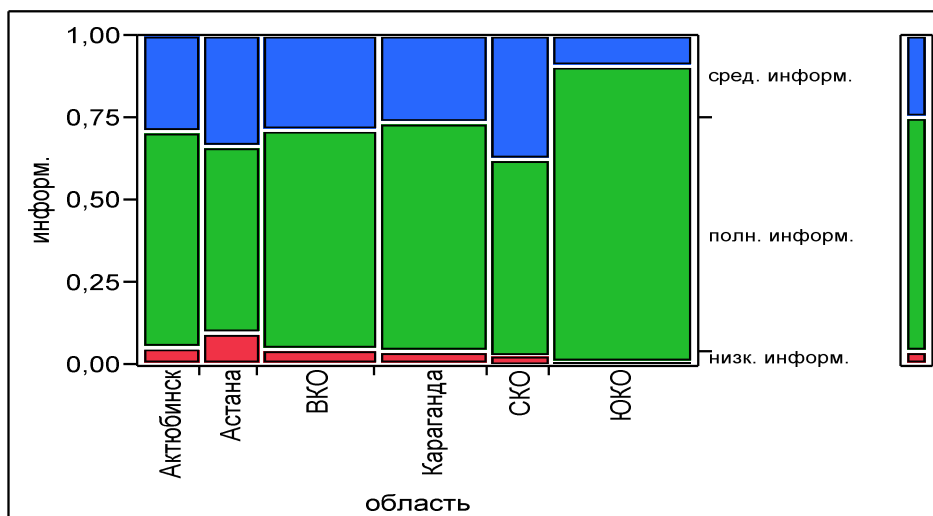


Рисунок 2. Степень информированности пациента по регионам

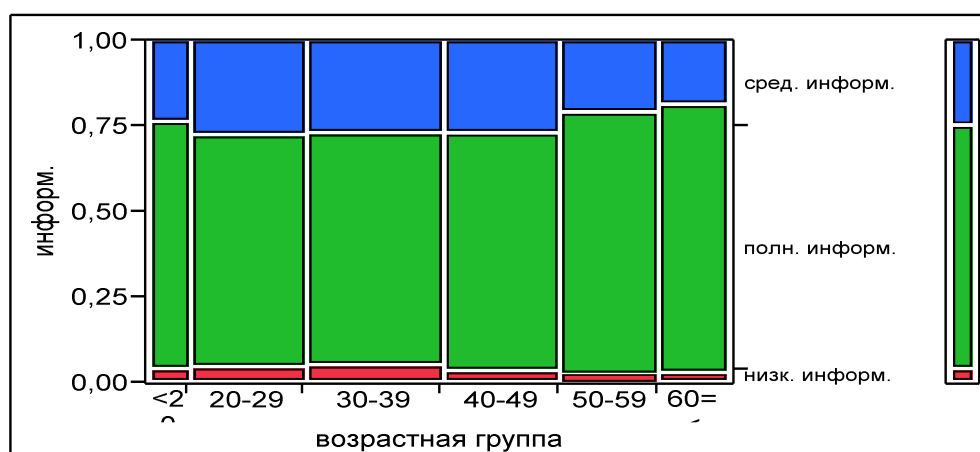


Рисунок 3. Степень информированности пациента по возрастным группам

Степень информированности пациента по образованию показывает, что доля полностью проинформированных пациентов среди пациентов со средним а также средним образованием чуть больше по сравнению с другими уровнями образования пациента.

Процентный показатель полностью проинформированных пациентов среди вышеперечисленных групп составил 73%, тогда как доля полностью проинформированных пациентов с высшим образованием составила 65% соответственно. Доля низкоинформированных пациентов по всем уровням

образования пациента составило 3-5% (Рисунок 4).

По результатам тестирования гипотез, нами было выявлено, что степень информированности пациента не имеет связи со всеми независимыми переменными. К примеру, возрастная группа и степень информированности пациента не имеют никакой связи. Доля степени информированности пациента по трем параметрам примерно одинакова для каждой возрастной группы. Степень информированности пациента по роду занятий показывает, что доля полностью проинформированных безгра-

ботных составляет лишь немногим больше, чем доля полностью проинформированных учащихся и занятых пациентов. Обращение за медицинской помощью и степень информированности пациента также не имеют никакой связи.

По результатам тестирования гипотез, также как и в случае степени информированности пациента, мы видим, что степень самоответственности пациента не имеет связи со всеми независимыми переменными.

К примеру, пол и степень самоответственности пациента не имеют никакой связи. Доля степени самоответственности пациента по трем параметрам примерно одинакова для каждого пола. Степень самоответственности пациента по роду занятий показывает, что доля с высоким уровнем ответственности безработных составляет лишь немногим больше, чем доля с высоким уровнем ответственности учащихся и занятых пациентов.

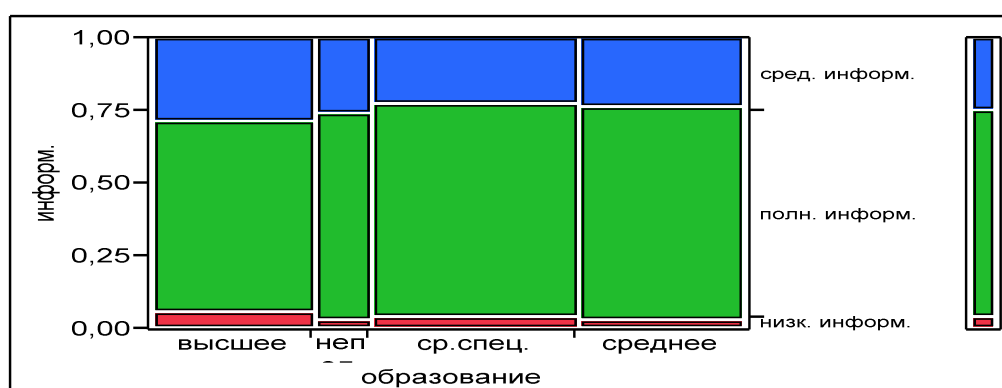


Рисунок 4. Степень информированности пациента по образованию

Степень удовлетворенности пациента по полу показывает, что пол и степень удовлетворенности пациента не имеют никакой связи. Доля степени удовлетворенности пациента по двум параметрам примерно одинакова для каждого пола (Рисунок 5).

Степень удовлетворенности пациента по роду занятий показывает, что доля неудовлетворенных условиями пребывания в медицинской организации учащихся составляет лишь немногим больше, чем доля

неудовлетворенных безработных и занятых пациентов.

Также как и в случае рода занятий пациента, уровень образования и степень удовлетворенности пациента не имеют никакой связи. Наибольшее отношение наблюдается также как и в случаях степени информированности и самоответственности пациента между регионом и степенью удовлетворенности пациента условиями пребывания в медицинской организации.

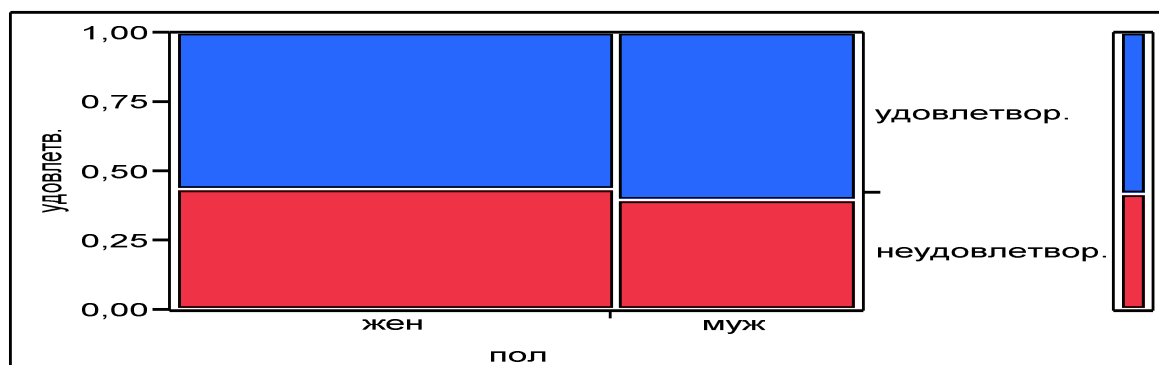


Рисунок 5. Степень удовлетворенности пациента по полу

Степень удовлетворенности пациента по роду занятий показывает, что доля неудовлетворенных условиями пребывания в медицинской организации учащихся составляет лишь немногим больше, чем доля неудовлетворенных безработных и занятых пациентов.

Также как и в случае рода занятий пациента, уровень образования и степень удовлетворенности пациента не имеют никакой связи. Наибольшее отношение наблюдается также как и в случаях степени информированности и самоответственности пациента между регионом и степенью удовлетворенности пациента условиями пребывания в медицинской организации.

Таким образом, по итогам социологического исследования основным опрошенным контингентом являются женщины (65%), средний возраст опрошенного колеблется от 30 до 39 лет. Из всего количества опрошенных пациентов 50% входят в число работающих, тогда как всего 7% опро-

шенных пациентов составили учащийся. Результат по частотному анализу показал, что пациенты чаще всего обращаются за медицинской помощью 1 раз в год (33%) и 1 раз в полгода (26%). Частотный анализ по степени информированности пациента выявило, что 71% пациентов полностью проинформированы, тогда как всего 4% пациентов низко проинформированы. По результатам социологического опроса, нами было выяснено, что процентный показатель удовлетворенных пациентов составило 58%, тогда как неудовлетворенных составило 42%.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада медициналық қызмет сапасына себептескен факторлар туралы емделушілердің пікірін зерттеу жөніндегі сауалнаманың нәтижелері көрсетілген.

SUMMARY

The article reflects the results of the survey on exploring of the patients' view about factors contributing security of medical services.

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА ЗА РУБЕЖОМ (Обзор литературы)

**Койков В.В., Азанова Б.А., Аубакирова А.С.,
Мергентай А., Ермаханова Г.А., Зейтын М.К.**

Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Астана

В большинстве стран Европы после второй мировой войны были созданы специальные структуры для осуществления социальной политики и программ социального обеспечения, поддержки различных социальных групп, в которых в настоящее время наряду с правоведами, психологами, медиками важное место занимают и социальные работники [1]. Так, в Великобритании, к учреждениям, оказывающим медико-социальную помощь пожилым людям, относятся не только больницы, но и дома для престарелых, дома сестринского ухода

государственного и частного секторов, дома для инвалидов, приюты общежития гостиничного типа для лиц с нарушением психики или инвалидов. Основная ответственность за медико-социальную помощь возлагается на местные власти, которым передается большая часть финансовых средств [2,3].

Ряд сложных проблем не только медицинского, но и организационного, экономического, правового, социального и этического характера связан с безнадежно больными пациентами. Вследствие

возрастающей стоимости медицинского обслуживания, особенно больничного, большинство зарубежных специалистов предлагает введение альтернативных форм помощи тяжелобольным с неблагоприятным прогнозом, главным образом по программам медико-социального обслуживания на дому многопрофильными бригадами. Сложившейся формой обслуживания умирающих являются хосписы как специализированные медико-социальные учреждения [4,5].

Социальные работники широко представлены в медицинских учреждениях США, по существу, во всех областях здравоохранения, включая хирургическую, педиатрическую, акушерско-гинекологическую службы, службу интенсивного лечения, реабилитации и неотложной помощи. Они выполняют свои функции в общих и специализированных больницах, оказывающих неотложную медицинскую помощь и консультации; в психиатрических лечебницах для кратковременного и долгосрочного лечения; в реабилитационных центрах, учреждениях, осуществляющих долговременный уход за больными и немощными (частные лечебницы, приюты, стационары для взрослых); в учреждениях, оказывающих первичную помощь, например в амбулаториях, центрах охраны здоровья, кабинетах врачей; в случае медицинской помощи на дому [7].

В странах Европы и Америки существуют дома квалифицированного сестринского ухода, которые являются центрами универсальных услуг, включая не только удовлетворение социальных и бытовых нужд пожилых людей, но и достаточно квалифицированное медицинское обслуживание [1].

Скандинавские страны достигли высокого уровня обеспечения нуждающихся в медико-социальном обслуживании с длительным уходом. Вопросы медицинского и социального обслуживания в Швеции относятся к компетенции муниципальных и областных властей. Основная обязанность по социальному обслуживанию граждан возложена на муниципалитет, на территории которого гражданин постоянно проживает [1,4]. В больницах Швеции хорошо развиты

службы помощи при кризисных ситуациях. Здесь специалисты по социальной работе решают целый ряд задач. В частности, оказывают помощь больному в его адаптации к условиям стационара и режиму лечения; ведут подготовку больных к операции и организуют помощь после нее; оказывают поддержку родителям, родственникам, дети или близкие которых неизлечимо больны; информируют врачей по поводу обстановки в семье больного, возможной помощи ему со стороны близких родственников; работают с родителями, дети которых умерли, с близкими родственниками умерших в клинике; составляют программы работы с родителями, дети которых тяжело больны [8].

Традиционной для Германии областью социальных мер являются службы здоровья. В настоящее время такие службы имеют в своем распоряжении обширную систему социальной помощи и охраны здоровья, отвечающую сравнительно высокому стандарту.

Службы здоровья и социальные службы в Германии являются двумя радикально разделенными секторами, которые стыкуются между собой сферами деятельности на уровне социальной медицины. При этом служба общественного здравоохранения является основной средой для штата социальной службы [9, 10].

Медико-социальная работа и социально-медицинская помощь населению рассматривается и как новый вид мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленной не только на восстановление, но и сохранение, и укрепление здоровья [11,13].

Россия располагает большим собственным опытом социальной работы и медико-социальной помощи, отличающимся своими традициями, тесно связанными с имеющимися социальными институтами и возможностями здравоохранения [12].

На этапе становления медико-социальной работы в России особое значение имеет ее научно-методическое обеспечение. Реализация концепции медико-социаль-

ной работы определяет необходимость дальнейшей углубленной проработки основных ее положений. Комплексными исследованиями на междисциплинарном уровне должны стать работы, направленные на поиск новых современных технологий медико-социальной работы, учитывающих особенности социально-экономических условий общества переходного периода [6].

Российские исследователи предлагают различные подходы к определению медико-социальной работы, адаптируют зарубежные концепции к отечественным условиям. За рубежом данный вид помощи оказывается давно и медико-социальная работа имеет свои особенности, специфику в странах Европы и США. Обращает на себя внимание противоречивость и разноплановость теоретических подходов к социальной работе в целом и медико-социальной работе, в частности. Особенность медико-социальной работы состоит в том, что как профессиональная деятельность она формируется на стыке двух самостоятельных отраслей - здравоохранения и социальной защиты населения.

Вопросы внедрения медико-социальной работы являются актуальными и для Республики Казахстан. Потребности населения, с которыми граждане РК обращаются в организации здравоохранения, прежде всего организации первичной медико-социальной помощи (далее – ПМСП), не ограничиваются только медицинской помощью. Представители социально-уязвимых слоев населения зачастую приходят в организации ПМСП с проблемами, требующими психологической, юридической или иной помощи [14]. Для успешного управления состоянием здоровья человека необходимо формирование целевого алгоритма по здоровому образу жизни, по психологическому, юридическому и социальному консультированию прикрепленного населения. Такой интегрированный подход по управлению здоровьем человека с учетом его максимальных потребностей дает возможность формирования и управления показателями здоровья.

Работники организаций здравоохранения владеющие медицинскими знаниями и

превентивными технологиями, не в состоянии удовлетворить такие потребности как психологическое, юридическое и социальное консультирование, что обуславливает необходимость социально-ориентированной медицинской подготовки будущих врачей и медсестер в организациях медицинского образования и внедрения социально-психологической службы в организациях практического здравоохранения всех уровней, и прежде всего на уровне ПМСП [15].

Подготовка социально ориентированного врача и среднего медицинского работника требует значительных изменений не только на студенческом уровне, но и послевузовском периоде непрерывного профессионального образования. Особую актуальность приобретает непосредственная подготовка специалистов социально-психологической службы.

Анализ состояния социальной работы в организациях здравоохранения Республики Казахстан в целом свидетельствует о наличии таких проблемных вопросов как недостаточная нормативно-правовая база по социально-психологической работе в здравоохранении, отсутствие опыта организации социально-психологической службы в медицинских организациях, отсутствие подготовленных кадров (преподавателей-тренеров по социальной работе в здравоохранении, социальных работников и психологов), отсутствие знаний и навыков в области социально-психологической работы у медицинского персонала, не изученность потребности населения в социально-психологической помощи, отсутствие системы информатизации населения по оказанию социально-психологической помощи, отсутствие преемственности между здравоохранением и другими государственными и негосударственными структурами, отсутствие алгоритма взаимодействия между медицинскими и социальными работниками.

Необходимость решения существующих проблем поднимается и в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, которая одним из приоритетов определила

развитие социально ориентированной первичной медико-санитарной помощи в системе здравоохранения РК.

Таким образом, в Республике Казахстан имеется потребность и все условия для создания эффективной и востребованной временем системы социальной работы в организациях здравоохранения, позволяющей обеспечить мотивацию к ведению здорового образа жизни у населения, профессиональному и личностному росту медицинского персонала.

Список использованной литературы:

1. Социальная работа: теория и практика: Учебное пособие / Отв. ред. д.и.н., проф. Е.И.Холостова, д.и.н. А.С. Сервина. - М.: ИНФРА – М, 2003г.- 427с. – (Серия «Высшее образования»).
2. Jenkins J., Erdman K. Web-Based Documentation Systems // Home Health Care Management and Practice. - 1998. - vol.10. - № 2. - p. 52-54.
3. Tapper G.M. Strategic Positioning of Home Health Care Services in a Regional Integrated Delivery System // Home Health Care Management and Practice.- 1998.-vol. 10.-№5.-p. 30.
4. Лежепекова Л.Н., Бокий И.В., Цыцарев В.С. Опыт групповой психотерапии больных алкоголизмом в условиях наркологического диспансера со стационаром: Актуальные вопросы клинической и социальной реабилитации/Под. общ. ред. А.А. Портнова. – М.: Московский НИИ психиатрии, 1979. – 348с.
5. Кузьмин К.В., Сутырин Б.А.История социальной работы за рубежом и в России(с древности до начала XX века), - М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая школа, 2003. – 480с.
6. Чоговадзе А.В., Алферова Т.С., Поляев и др. Реабилитация больных и инвалидов в лечебно-профилактических учреждениях//Здравоохранение Российской Федерации. - 1998. - №5. – С.30-32.
7. Duncle, R.E. Decision Making in Long-Term Care. Factors in Planning/ R.E. Duncle, Wykle V.L. // NY. Springer Publ. Corp., 1988. - p.ix.
8. Ory, M.G. Aging, Health and Behavior/ M.G. Cry, R.P. Abeles, P.D. Iipman. - Newbury Park: SAGE Publications, 1992. - p. 11, 59-65, 69-70, 162.
9. Дмитриев А.Г., Усманов Б.Ф., Шелейнов Н.И. Социальные инновации: сущность, практика осуществления. - М: 1992.
10. Davis C, Leveille S., Favaro S. Logerfo M. Benefits to Volunteers in a Community-Based Health Promotion and Chronic illness. Self-Management Program for the Elderly // Geront.Nursing. - 1998. - vol. 24. - № 10. - p. 16-17.
11. Шурыгина Ю.Ю. Содержание и методика социально- медицинской работы (с региональным компонентом): Учебно-методическое пособие. – Улан-Удэ: Изд-во ВСГТУ, 2004. – 121 с.
12. Реабилитация инвалида: документы и комментарии//Социальная защита. - 1998. - №13. – С.63-79.
13. Мартыненко А.В. Медико-социальная работа: теория, технологии, образование. – М.: Наука, 1999. – 296с
14. Абзалова Р.А. Социально ориентированная медико-санитарная помощь. Методические рекомендации. Астана. – 2009. – 44 с.
15. Абзалова Р.А. Социально-ориентированная первичная медико-санитарная помощь. Астана: ЦНТИ, 2005 – 241с.

ТҰЖЫРЫМ

Отандық зерттеушілер медициналық – әлеуметтік жұмысты анықтаудың түрлі тәсілдерін, шетелдік тұжырымдамаларды рейейлік жағдайға бейімдеуді ұсынды. Медициналық-әлеуметтік жұмыстың ерекшелігі екі саладан құралады – денсаулық сақтау және халықты әлеуметтік қорғау торабында қалыптасады. Қазақстан республикасының денсаулық сақтау ұйымдарында әлеуметтік жұмыс жасау жүйесі қажетті уақытта халыққа салауатты өмір салтын жүргізуіне қамтамасыз етуге мүмкіндік береді.

SUMMARY

Our researchers provide various approaches to define medical and social care; they adopt foreign concepts to Russian realities. The main feature of medical and social care is its professional practice that is formed on the edge of two independent fields – healthcare and social protection. In Republic Kazakhstan there exist a need and all conditions for creation of the system of social care that is effective and claimed by time in the public health organs. The system of social care allows to provide motivation to conducting a healthy lifestyle in the population, professional and personal growth of the medical personnel.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Алхамкызы Р., Нурбаев М.М.

РГКП «Центр санитарно – эпидемиологической экспертизы», г.Алматы

Все вещества непрерывно излучают электромагнитные волны. Спектр излучения охватывает большой диапазон длин волн: от радиоволн длиной сотни метров до жесткого космического излучения с длиной волны 10-12 метров. Тепловое (инфракрасное) излучение испускают тела в определенном диапазоне температур. Чем выше температура тела, тем короче длина волны и выше интенсивность излучения.

Инфракрасный обогреватель идеален везде, где нужно получить локальный обогрев поверхности. Будучи абсолютно безвредными, инфракрасные обогреватели обеспечивают эффективный обогрев.

В процессе жизнедеятельности человек постоянно находится в зоне действия электромагнитного (ЭМ) поля Земли. Такое поле, называемое фоном, считается нормальным и не наносит здоровью людей никакого вреда.

Так прочно вошедшие к нам в жизнь различные "умные" машины (компьютеры, сотовые телефоны, микроволновые печи, телевизоры) на самом деле способны принести человеку намного больше вреда, чем кажется на первый взгляд.

Поэтому рассмотрение влияния электромагнитного излучения на организм человека является актуальным.

ЭМ волны изменяют обстановку на рабочем месте, наполняя воздух положительно заряженными ионами. Такие ионы вредны для людей, поэтому помещение необходимо проветривать.

На биологическую реакцию влияют следующие параметры электромагнитного поля:

- интенсивность электромагнитного поля;
- частота излучения;
- продолжительность облучения;
- модуляция сигнала;
- сочетание частот электромагнитных полей;

- периодичность действия.

Сочетание вышеперечисленных параметров может давать существенно различающиеся последствия для реакции облучаемого биологического объекта. Особенно опасными электромагнитные излучения могут быть для детей, беременных женщин, людей с заболеваниями центральной нервной, гормональной, сердечно-сосудистой системы, аллергиков, людей с ослабленным иммунитетом.

Лица, длительное время находящиеся в зоне ЭМ – излучения, предъявляют жалобы на слабость, раздражительность, быструю утомляемость, ослабление памяти, нарушение сна.

Зачастую более опасными являются источники слабого электромагнитного излучения, которое действует в течение длительного промежутка времени.

К таким источникам относится в основном аудио-видео техника, бытовая техника. Наиболее существенное влияние на человека оказывают мобильные телефоны, СВЧ печи, компьютеры и телевизоры.

Телефоны и микроволновые печи действуют в основном непродолжительное время (в среднем от 1 до 7 минут), телевизоры не наносят существенного вреда, т.к. обычно располагаются на расстоянии от зрителей. Проблема электромагнитного излучения, исходящего от персональных компьютеров, встает достаточно остро ввиду нескольких причин: компьютер имеет сразу два источника излучения (монитор и системный блок), пользователь ПК практически лишен возможности работать на расстоянии очень длительное время воздействия.

К еще более тяжелым последствиям могут привести игровые консоли, или приставки, которые подключаются к телевизору. Основная проблема в этом случае сводится к тому, что телевизоры излучают более мощное поле, но дети (основная категория

пользователей приставок) не могут удалиться от экрана на достаточное расстояние из-за коротких проводов, расстановки мебели, или картинка просто становится очень мелкой. Особую опасность представляют старые телевизионные приемники (отечественные "Рассвет", "Рубин") - их ЭМ фон в несколько раз выше, чем у современных мировых брендов (Sony, LG, Panasonic и т.д.). После 5-8 часов, проведенных перед таким телевизором (что в наших семьях не редкость) ребенка бросает в жар, быстро поднимается температура, появляется головная боль. В этом случае детей нужно немедленно выводить из зоны действия ЭМ поля, желательно на улицу. Симптомы быстро исчезают после прекращения действия ЭМ излучения.

Диапазон частот электромагнитных волн, фиксируемых в настоящее время, простирается от 0 до $3 \cdot 10^{22}$ Гц. Этот диапазон соответствует спектру электромагнитных волн с длиной волны, изменяющейся от 10-14 м до бесконечности. По длине волны спектр электромагнитных волн условно делят на восемь диапазонов. Отличие частот, излучаемых в различных диапазонах, связано с различием микроскопических источников излучения. Основными источниками электромагнитного излучения в современной жизни человека являются:

- электротранспорт – трамваи, троллейбусы, электропоезда.
- линии электропередач – городское освещение, высоковольтные линии.
- бытовые электроприборы.
- теле- и радиостанции – транслирующие антенны.
- спутниковая и сотовая связь – транслирующие антенны.
- радары.
- персональные компьютеры.

Каждый из перечисленных источников создает электрические и магнитные поля в различном диапазоне частот от 0 до 1000 Гц. При этом создаются такие значения магнитной индукции В, мкТл и напряженности электрического поля Е, В/м, которые в некоторых случаях намного превышают предельно допустимые нормы (ПДН).

Что касается ЭМ излучений, то наибольшее влияние они оказывают на иммунную, нервную, эндокринную и половую систему.

Иммунная система уменьшает выброс в кровь специальных ферментов, выполняющих защитную функцию, происходит ослабление системы клеточного иммунитета.

Эндокринная система начинает выбрасывать в кровь большее количество адреналина, как следствие, возрастает нагрузка на сердечно-сосудистую систему организма. Происходит сгущение крови, в результате чего клетки недополучают кислород.

У человека, в течение длительного времени подвергавшегося ЭМ излучению, уменьшается сексуальное влечение к противоположному полу (отчасти это является следствием банальной усталости, отчасти вызвано изменениями в деятельности эндокринной системы), падает потенция.

Изменения в нервной системе видны невооруженным глазом. Как уже отмечалось выше, признаками расстройства являются раздражительность, быстрая утомляемость, ослабление памяти, нарушение сна, общая напряженность, люди становятся суетливыми.

В качестве защитных мер можно назвать регулярные прогулки на свежем воздухе, проветривание помещения, занятия спортом, соблюдение элементарных правил работы, работа с хорошей техникой, которая удовлетворяет всем стандартам безопасности и санитарным нормам.

Заключение

Результаты проведенных исследований по влиянию сотового телефона и других малогабаритных маломощных электронных средств на различные организмы убедительно свидетельствуют о том, что за контакт с подобными устройствами пользователь расплачивается своим здоровьем. Современные электронные средства, такие, как сотовый телефон, представляют особую опасность и для детей. В период формирования организма взаимодействие с сотовым телефоном приводит к резкому старению клеток головного мозга и всего организма и

появлению в нем соответствующих заболеваний. Накопленный опыт и многочисленные исследования ученых в разных странах показывают, что за удобства, приносимые научно-техническим прогрессом, приходится расплачиваться здоровьем и не только пользователю сотового телефона, но и людям, находящимся в непосредственной близости от него.

ТҰЖЫРЫМ

Электро-магниттік өріс (ЭМӨ) сәулерін бөлетін қондырғылардың барлығы адам денсаулығына қауыпты, әсіресе балалар денсаулығына. ЭМӨ адам денсаулығына жағымсыз

әсер ететінін азайту үшін санитарлық нұсқауларды жақсарту, оқушылардың видеотерминалдарымен жұмыс істеу уақытын қадағалау, информатикалық сабақтарының арасындағы демалысты ұзарту, спорт және денешынықтыру сабақтарымен денсаулықты күшейту бақытында жұмыс істеу қажет.

SUMMARY

All sources of Electromagnetic fields (EMF) constitute the real menace for population health, especially for children. For reduction the negative influence of EMF, it is necessary to improve community health, increase control on students work time with video materials and increase their time of rest between computer science lessons, and also promotion of health by physical training and sport activities.

МАРКЕТИНГ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Усебаева Н.Ж.

*Алматинский государственный институт
усовершенствования врачей, г.Алматы*

Маркетинг медицинских услуг включает в себя следующие базовые элементы: изучение рынка, его емкости, спроса и предложения; определение возможностей государственных медицинских учреждений по удовлетворению потребностей потребителей; разработку платных медицинских услуг; организацию оказания платных медицинских услуг; формирование спроса на платные медицинские услуги. Изучение рынка относится к первоочередным направлениям в маркетинговой деятельности.

Оно включает сегментацию рынка, анализ рыночной конъюнктуры, выявление конкурентов и другие элементы. Основными объектами сегментации являются сами медицинские услуги, потребители и организации, оказывающие данные услуги. Среди важнейших параметров сегментации рынка платных медицинских услуг можно отметить следующие: виды услуг, способы оказания одних и

тех же услуг, их срочность, уровень сервиса и комфортности, объективная себестоимость, цена услуги, качество и объем оказываемых услуг, каналы сбыта услуг.

Сегментация услуг позволяет выявить состояние рынка, его емкость и насыщенность медицинскими услугами, а также найти свободные ниши, цену, сервисность, оценить уровень конкурентности в сфере определенных услуг, найти способы вытеснения конкурентов. Основной целью сегментации потребителей является выявление спроса и формирование «портфеля заказов». Сегментация потребителей производится путем их группировки по основным признакам, имеющим значение для целей максимальной реализации услуг. В продвижении платных медицинских услуг одно из важнейших мест занимает ценовая стратегия. Основными факторами, влияющими на уровень цен, являются следующие:

затраты, спрос и его эластичность, предложение и его эластичность, качество услуг.

Это непосредственно относится и к маркетингу, связанному с предпринимательской деятельностью в медицинских учреждениях. Сегодня мы имеем реальный факт – формирование рынка платных медицинских услуг, и, следовательно, ряд проблем, связанных с этим: определение спроса, предложения и цен на данные услуги. Оказание платных медицинских услуг является предпринимательской деятельностью и относится к рыночной сфере экономики, где одной из важнейших проблем является проблема реализации товаров и услуг. Для ее решения необходимо, во-первых, проведение соответствующих маркетинговых исследований, а во-вторых, повышение роли государства в регулировании рынка платных медицинских услуг.

Маркетинг в здравоохранении имеет свою специфику, отличающую его от маркетинга других отраслей экономики. Фактически, только маркетинг платных медицинских услуг можно рассматривать как собственно рыночное понятие. Осуществление маркетинга платных медицинских услуг связано со специфическими особенностями этого рынка, которые заключаются в следующем:

- параллельное существование сферы платных и бесплатных медицинских услуг, означающее снижение возможностей реализации платных услуг;
- ограниченность спроса на платные медицинские услуги, вызванная низким уровнем доходов основной массы населения;
- неравномерность распределения медицинских услуг между рынками платных и бесплатных услуг, которая часто ведет к ценовой диспропорции;
- привилегированное положение продавца услуги в информационной сфере, в связи, с чем покупатель не всегда может оценить необходимость приобретения услуги, ее качество, надежность и объективность цены.

Для формирования рынка платных медицинских услуг и успешного функционирования негосударственного сек-

тора здравоохранения Министерство здравоохранения Республики Казахстан приняло меры по регулированию рынка платных медицинских услуг. Так, например, управлением здравоохранения г.Алматы совместно с общественными организациями в направлении сокращения административных барьеров для развития малого и среднего бизнеса в 2010 году предприняты следующие действия:

Создана рабочая группа по оптимизации разрешительных процедур, пересмотревшая в соответствии с Методическим руководством по проведению инвентаризации и пересмотра разрешительных процедур (документов) на региональном уровне, перечень и порядок представления разрешительных документов.

Сформирован перечень предложений:

- по сокращению перечня и порядка представления документов для получения экспертных заключений (их нотариальное подтверждение, документы о регулярном повышении квалификации, штатное расписание и др.),
- сокращению времени, необходимого для получения разрешительных документов (с 10 до 7 дней),
- сокращению количества лицензируемых подвидов медицинской деятельности (спортивная медицина),
- объединению ряда подвидов,
- по передаче функций по выдаче экспертных заключений по отдельным подвидам медицинской деятельности (в частности экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза трудоспособности) из территориальных Департаментов Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК в территориальные органы управления здравоохранением, что исключит для лицензиата необходимость обращаться за экспертным заключением в два органа управления;
- Все предложения обсуждены и доработаны с представителями общественных организаций, работающих в сфере здравоохранения, в частности с Президентом Ассоциации медицинских предпринимателей

города Алматы;

Кроме того, вопрос о проблемах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности рассмотрен на заседании Координационного Совета по охране здоровья населения при Акимате города Алматы 30 июня т.г. Сформирован ряд предложений по совершенствованию этой работы;

▪ Предложения, представленные работавшей при Акимате города комиссии, при их реализации позволят значительно упростить процедуру получения разрешительных документов. При этом предполагаемый экономический эффект за счёт финансовых издержек предпринимателей в связи с получением разрешительного документа по фармацевтической деятельности, составит 7 млн. 610 тыс. 359 тенге, по медицинской – 18 млн. 396 тыс. 724 тенге.

На 1 января 2011 года лицензии на право предоставления медицинских услуг на территории города имеют 1904 хозяйствующих субъекта, в том числе юридических лиц – 909, физических лиц – 995. Действующих субъектов малого предпринимательства – 873 (45,8%), в том числе: юридических лиц – 632 (69,5% от зарегистрированных), физических лиц – 241 (24,2%).

В 2010 году объём амбулаторной помощи, оказанной негосударственными организациями здравоохранения и частнопрактикующими врачами, продолжал нарастать - с 2 млн. 565 тыс. 890 посещений в 2007 году, до 2 млн. 687 тыс. 445 посещений (+5%) в 2008г., 2 млн. 782 тыс. 618

посещений (+3,5%) в 2009 году и до 3 млн. 203 тыс. 80 посещений в 2010 году.

Таким образом, в г.Алматы доля рынка платных медицинских услуг постепенно увеличивается.

Список использованной литературы:

- 1.Н.Г. Петрова, Н.И. Вишняков «Основы маркетинга медицинских услуг». Москва -2008- с 108
- 2.Беспалов А.С. Основы маркетинга. - Москва -2006- с 116
- 3.Иваненко А.А Маркетинг в медицине и здравоохранении. Москва -2006- с 320

ТҰЖЫРЫМ

Ақылы медициналық қызмет көрсету тауар және қызметті іске асыру мәселелері болып табылатын маңызды мәселе ішіндегі, экономиканың нарықтық саласына жататын және кәсіп орындық әрекет болып табылады. 2010 жылы Алматы қаласында Денсаулық сақтауды басқарумен әкімшілік кедергілерді одан ары азайту үшін кіші және орта бизнесті дамыту үшін қоғамдық ұйымдастырумен бірге ұсыныстар тізімі құрылған: медициналық қызмет нарығында кіші және орта бизнес үлестерін арттыру үшін жоспарланған шараларды іске асыру міндетті.

SUMMARY

It is well known fact private medical sector development is a challenge and can become as one of the competitive edges of market economy and it should be taken by all the highest standards in order to attract a wider public to start using private sector as well as state national system. In 2010 Ministry of Health in cooperation with public organisations reviewed the medical sector and proposed amendments to decrease barriers towards private medical sector development. Strategically, medical sector development should be well planned to assess the timeframe to achieve important set of goals.

О ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ ПО НОВОМУ ГОСУДАРСТВЕННОМУ СТАНДАРТУ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Усебаева Н.Ж.

*Алматинский государственный институт
совершенствования врачей, г.Алматы*

Концепцией реформирования медицинского и фармацевтического образования республики Казахстан определено, что повышение квалификации медицинских и фармацевтических работников будет осуществляться в системе непрерывного профессионального развития (НПР).

Поэтому в 2009 году Минздравом РК были разработаны новые стандарты дополнительного медицинского образования, утвержденные приказом от 26 ноября 2009г. №788 основанные на международных стандартах улучшения качества НПР.

Стандарт разработан в соответствии с Номенклатурой специальностей, утвержденной приказом Министра здравоохранения РК от 24 ноября 2009 года № 774. Количество специальностей уменьшено до 55-ти, объединены в одну специальность специальности терапевтического и педиатрического профилей в соответствии с международными требованиями.

В разработанных стандартах, в соответствии с требованиями Всемирной федерации медицинского образования по улучшению качества, введены элементы образования, как коммуникативные навыки для принятия клинических решений, навыки межличностного и иного общения, гарантирующие эффективный информационный обмен с отдельными больными и их семьями.

Структура стандарта изменена по сравнению с ранее действующими стандартами. Для улучшения качества подготовки медицинских и фармацевтических работников продолжительность обучения на циклах переподготовки составляет от 5-10 месяцев (1080-2160 часов). Проведение циклов общего усовершенствования и длительных циклов тематического усовершенствования новым стандартом не предусмотрено. Впервые в дополнительном образовании введена

самостоятельная работа слушателя, которая относится к внеаудиторной работе и составляет третью часть учебных часов каждого цикла.

Типовые учебные планы переподготовки и повышения квалификации, продолжительностью 4 недели состоят из следующих разделов: обязательного компонента базовых дисциплин (БД) и профилирующих дисциплин (ПД), которые разделены на два компонента: обязательный компонент и компонент по выбору. Итоговая аттестация проводится по выбору образовательной организации.

Преимуществом данного стандарта является введение компонента по выбору циклов тематического усовершенствования, продолжительностью от 1 до 4 недель, так как необходимость проведения длительных циклов обучения в системе НПР будет минимальной, востребованными будут краткосрочные формы обучения.

Компонент по выбору каждая образовательная организация планирует сама, может вносить изменения в соответствии с требованиями практического здравоохранения без длительной процедуры внесения изменения в стандарты и согласования с Минздравом РК.

При этом в сфере НПР главным субъектом образования основным потребителем знаний становится сам обучающийся, который сам оценивает актуальность приобретаемой или необходимой ему информации для решения его профессиональных и жизненных задач.

При проведении обучения слушателей в 2010 году по новому стандарту выявились следующие проблемы:

- образовательный заказ формируется Минздравом Республики Казахстан по заявкам управлений здравоохранения, поэтому

при выполнении госзаказа образовательные организации дополнительного образования поставлены в жесткие рамки по приему слушателей. На циклы переподготовки длительностью от 5-10 месяцев слушатели с некоторых областей затрудняются приехать из-за финансовых проблем: трудности в получении командировочных расходов от руководителей медицинских учреждений вследствие значительной суммы, отсутствие замены на рабочем месте другим специалистом, невозможность оставить семью на столь длительный срок и т.п.

- кроме того, в новой Номенклатуре специальностей не учтены специальности: эндоскописта, проктолога, детского диетолога. В лечебно-профилактических учреждениях функционируют отделения проктологии, введена должность детского диетолога, а циклы переподготовки по этим специальностям не предусмотрены.

- на циклы переподготовки могут приниматься специалисты с высшим медицинским образованием, независимо от профиля специальности. Поэтому при приеме на обучение специалистов хирургического профиля, специалисты с предшествующим уровнем образования стажем работы по специальностям нехирургического профиля должны обучаться на 5 недель больше, чем специалисты хирургического профиля. При этом эти часы увеличены за счет обязательного компонента по разделам на 1-2 недели. Компонент по выбору по продолжительности обучения одинаковый для всех специалистов. Поэтому при заезде на цикл 1-2 специалистов нехирургического профиля у кафедр возникают трудности при проведении обучения. Мнение заведующих кафедр, обучающихся слушателей однозначное, что за 5 недель подготовить специалиста хирургического профиля проблематично. Утешает в этой ситуации лишь то, что это - вынужденная мера и специалисты с 2014 года будут обучаться в резидентуре.

- при подготовке специалистов терапевтического профиля из специалистов хирургического профиля предусмотрено обучение в обязательном компоненте по внутренним и детским болезням, также в течение 5 недель. Но во всех стандартах содержание обязательного компонента одинаковое, независимо от специальности (например: онкология, гематология). При таком подходе страдает качество подготовки специалистов. Кафедры института, имеющие большой опыт в подготовке специалистов стараются подходить индивидуально к обучению данного контингента путем отработки навыков при выполнении самостоятельной работы слушателями и личного времени преподавателей.

Решение задач подготовки врачей в соответствии с международными стандартами улучшения качества НПР позволит повысить профессиональную компетентность специалистов.

Список использованной литературы:

1. Приказ Министерства здравоохранения РК от 26 ноября 2009 года №788.
2. Приказ Министерства здравоохранения РК от 24 ноября 2009 года № 774 «Об утверждении номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей».

ТҮЖЫРЫМ

Сапасын жақсарту халықаралық стандарттар негізінде, үздіксіз кәсіби даму жүйесіндегі қосымша медициналық білім берудің жаңа мемлекеттік стандарт бойынша медициналық және фармацевтикалық қызметкерлерді қайта даярлау және біліктілігін арттыру. Замануи талаптарға сәйкес мамандарды даярлау және білім беру сапасын жақсартумен қатар, әрекеттегі мамандықтар Номенклатурасына өзгерістер енгізу, сондай-ақ қосымша медициналық білім беру стандарттарына өзгерістер және толықтырулар енгізу қажет.

SUMMARY

Almaty State Institute for Advanced Medical Education continually reviews professional materials and methodics which are used for advanced medical education in order to comply with overall international standards. However there are still areas of improvements that need to be taken into consideration, for example to define a reviewed list of specialist programmes in order to meet current demands of state national system and private sector.

ПРОБЛЕМА ПРОИЗВОДСТВА ПРЕПАРАТОВ КРОВИ В РК И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ СЛУЖБЫ КРОВИ

Иосипенко Е.С.

ГККП «Областной Центр крови», г.Костанай

В данное время в Республике Казахстан (РК) разработана и осуществляется «Программа о мерах по совершенствованию службы крови в Республике Казахстан на 2008 – 2010 годы». Приоритетными задачами Программы являются: развитие донорства, современные технологии в службе крови, безопасные продукты крови. Одной из конечных задач Программы является обеспечение самодостаточности РК в компонентах и препаратах крови, соответствующих современным мировым стандартам.

Если технологическое и материально-техническое переоснащение службы крови в РК эффективно решается, то проблема обеспечения безопасными препаратами крови остаётся без изменений. Имеющиеся на данный момент в РК производство препаратов крови имеют морально устаревшее оборудование и технологии, малые мощности. Технологическое оборудование часто выходит из строя. Номенклатура выпускаемых ими препаратов крови ограничена производством альбумина и иммуноглобулинами для внутримышечного использования. Отсутствуют важнейшие препараты, такие как факторы свёртывания крови VIII, IX, иммуноглобулины для внутривенного применения. Их отсутствие в РК вынуждает использовать в лечении больных гемофилией продукт донорской плазмы – криопреципитат, применение которого является одним из источников инфицирования больных гепатитами В и С. По данным статистики от 85% до 100% больных гемофилией, являющихся реципиентами крови, заражены вирусами гепатита В и С. В то же время в мире для лечения больных гемофилией и другими заболеваниями системы гемостаза используются вирусобезопасные концентрированные факторы VIII, IX, в том числе рекомбинантные.

Отсутствие современного производства препаратов крови в РК не способствует

эффективному развитию всей службы крови. Так, согласно Программы, необходимо достигнуть уровня, рекомендуемого ВОЗ, т.е. 40 донаций крови на 1000 населения, что является критерием полного обеспечения страны компонентами крови. В Костанайской области данный показатель в 2009 году был 30 на 1000 населения с хорошей динамикой роста, при республиканском 18. Прогноз же на 2010 год – 21 на 1000 населения. Все показатели, характеризующие деятельность службы крови, в 2010 году на 40%-50% ниже показателей предыдущих лет. Центры крови практически вынуждены прекратить работу в выездных условиях, минимизировать свои запасы, заготавливая кровь только для обеспечения лечебно-профилактических организаций (ЛПО).

К концу года в Костанайе будет введён в эксплуатацию новый областной центр крови (ОЦК) мощностью до 18 000 литров крови в год. К концу 2010 года в Костанайской области может быть заготовлено порядка 10 000 – 11 000 литров крови (в ОЦК – 5 500 литров), при том, что в предыдущие годы эти объёмы составляли от 16 000 л. до 21 000 л. При такой ситуации возникает вопрос о его сегодняшней целесообразности, потому как увеличивать объёмы заготовки донорской крови и её компонентов не имеет смысла. Хранить дорогостоящую и имеющую ограниченный срок хранения плазму нигде и незачем. Поэтому центры крови области вынуждены сейчас ограничивать заготовку крови. Не нужно забывать и о возможном в ближайшее время переводе центров крови на механизм хозяйственного ведения, что может поставить предприятия на грань экономической несостоятельности.

В мире идёт объединение возможностей разных стран по созданию производства препаратов крови, на которых объёмы перерабатываемой плазмы находятся в пределах от 150 000 до 2 500 000 литров.

Мировые производители препаратов испытывают дефицит сырья. С этой целью ими открываются новые плазмацентры. Мы, с достаточно хорошей донорской базой, вынуждены по сути дела сворачивать эту важную работу. Так центр крови г.Джетигара, имея реальную возможность заготавливать порядка 6-8 тонн плазмы в год, в 2010 году ограничился 1200 л. В Европе только 4 страны имеют собственное производство, остальные осуществляют контрактные поставки. Это серьезный и прибыльный бизнес частных компаний, имеющих филиалы по всему миру.

Решением проблемы обеспечения препаратами крови в РК могло бы стать так называемое контрактное фракционирование, достаточно широко используемое в мире. Плазма, собранная в РК с соблюдением строгих требований, может направляться для переработки в другие страны. Взамен поставляемой плазмы производитель осуществляет поставку необходимых препаратов крови.

Вопрос о возможном контрактном фракционировании рассматривался на совещании у Премьер-Министра РК К. Масимова с участием Министра здравоохранения РК Ж. Доскалиева и директоров центров крови в январе 2010 года. Но о судьбе рассматриваемого тогда соглашения с одним из крупнейших производителей препаратов крови в мире - компанией «Октафарма», нам не известно. Считаем, что более реально и рационально рассмотрение возможных соглашений с производителями

препаратов крови в России на вводимых в ближайшее время там современных производствах (Киров, Москва, Санкт-Петербург), и имеющих наиболее близкую службе крови РК нормативно-техническую документацию.

Скорейшее решение проблемы по контрактному соглашению с любым производителем препаратов крови будет только во благо здоровья граждан РК и дальнейшего развития службы крови.

Список использованной литературы:

1. Е.Б.Жибурт «Правила переливания плазмы», Москва, «Медицина», 2008 г.
2. Журнал «Вестник службы крови России», 2009 г. № 3.
3. И.Левин, В.М.Русанов «Служба крови и препараты плазмы. Международный аналитический обзор». Москва, «Медицина», 2009 г.
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 21.12.2007 г. № 1251 «Программа о мерах по совершенствованию службы крови в РК на 2008-2010 годы». Астана, 2007 г.

ТҮЖЫРЫМ

Республикадағы қан қызметін дамыту тікелей қан препараттарын өндіру мәселесіне байланысты, олар қан препараттарын инфекциялық қауіпсіздігінен тұрады. Мәселені шешу шикізатты шет елде контрактты фракционирлаудан көрінеді. Ол тек қазіргі кезде шешілмей жатыр.

SUMMARY

Development of blood service in Republic directly depends on the question decision of manufacture of preparations of blood, which are safe in the infectious relation blood products. The question decision sees in contract fractionation raw materials abroad. Only he doesn't dare yet.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ

Камалиева Р.А.

Центр реабилитации участников войны, г. Семей

В условиях постарения населения, процесс которого устойчиво сформировался в Казахстане, приоритетными направлениями общественного здравоохранения должно стать совершенствование форм организации геронтологической помощи населению и медико-социального обслуживания людей пожилого и старческого возраста.

Следует объективно признать, что сегодня практическое здравоохранение не уделяет должного внимания профилактическим мерам по охране здоровья пенсионеров, внедрению доступных методов сохранения активного долголетия, поддержанию мобильности и самообслуживания данной группы населения. В настоящее время, большинство проблем, связанных с диагностикой, реабилитацией и лечением лиц пенсионного возраста, приходится решать врачу-терапевту, который в связи с этим должен иметь широкую общеклиническую подготовку, уметь решать многие смежные, междисциплинарные вопросы. Врач-терапевт при ведении пожилого больного практически постоянно обращается за помощью к узким специалистам, возлагая на них большие надежды как в диагностическом, так и в лечебном процессе. Происходит своеобразное перераспределение врачебных обязанностей, в результате чего пожилой больной в зависимости от характера и числа болезней становится объектом врачей различных специальностей, каждый из которых занимается лечением своей патологии, утрачивая видение пожилого больного в целом с его особенными геронтологическими проблемами.

Характерные психологические изменения пожилых больных наряду с их анатомофизиологическими особенностями представляют собой дополнительный аспект для размышлений по поводу качественного уровня медико-социального обслуживания

этой категории пациентов на уровне первичного звена и коррекции лечебного процесса с учетом индивидуальных особенностей, что подчеркивает их нуждаемость в дополнительных консультациях врача-психолога. Следует отметить, что характерные анатомофизиологические процессы позднего возраста и необходимость специфического подхода к ведению пожилого больного актуализируют вопрос выделения геронтологии и гериатрии в отдельную клиническую дисциплину с соответствующей специальностью врача-геронтолога. Последнее диктует открытие кадровой специализации, необходимость введения в общеобразовательный процесс медицинских вузов и АГИУВ подготовку специалистов по геронтологии и гериатрии как самостоятельной дисциплине.

Резюмируя вышеизложенное, можно с полной уверенностью констатировать факт необходимости в системе первичной медико-санитарной помощи врача-геронтолога, который наиболее полно охватит лечебно-профилактическими мероприятиями пациентов пенсионного возраста согласно каждого периода старения организма с учетом геронтопсихологических аспектов. Функционирование кабинета геронтолога кроме лечебно-диагностической работы должно сочетаться с учебно-консультационным программным обеспечением врачей-терапевтов и других специалистов амбулаторно-поликлинической сети с целью повышения их квалификационных запросов по вопросам геронтологии и гериатрии, также координирующей деятельностью в плане обеспечения надлежащего уровня оказания медико-социальной помощи пенсионному контингенту пациентов.

К числу ключевых элементов обслуживания относится не только оценка потребностей в медицинском обслуживании, но и анализ потенциальных возможностей

каждого престарелого человека, включая его непосредственное окружение. Если пожилой человек предпочитает оставаться дома, то ему необходимо оказать поддержку в целях адаптации бытовых условий к его потребностям. Для реализации вышеуказанных стратегических задач подчеркивается необходимость создания более заботливой социальной политики государства в отношении охраны и проблем пожилых людей, а также координация работы медицинской службы и органов социального обеспечения.

Основными угрозами для здоровья пожилых людей является болезни системы кровообращения, деменция, депрессия и попытки самоубийства, рак, остеопороз, недержание мочи и травмы. Организаторы здравоохранения обуславливают неудовлетворительное состояние здоровья людей старшего возраста детерминированным влиянием экономических факторов, а ограничение доступности медико-социальной помощи данному контингенту связывают с их материальными затруднениями в оплате клиничко-диагностических исследований и лечения в целом, особенно необходимых медикаментов. С другой стороны, пожилые люди потребляют непропорционально большое количество всевозможных лекарственных средств, экстенсивное использование которых очевидно компенсирует нехватку реабилитационных мер.

Основная масса пенсионеров определяет свое экономическое положение в обществе неблагоприятным, объясняя это недостаточностью суммы пенсии для удовлетворения растущих затрат на жилье, отопление и питание. При этом в своем большинстве пенсионеры испытывают мате-

риальные затруднения в приобретении лекарств. Люди старшего возраста отмечают негативное влияние низкого материального статуса в обществе на психо-эмоциональную сферу: испытывают постоянные переживания за свое будущее, чувствуют себя ненужными обществу, считают бессмысленным свое существование. Среди насущных проблем люди старшего возраста называют: материальные затруднения, негативные психо-эмоции, одиночество, а также снижение мотиваций к сохранению своего здоровья. С учетом приведенных мнений их нуждаемость во враче-психологе представляет собой дополнительный аспект для размышлений общества.

Основные меры по охране здоровья пожилых людей заключаются прежде всего в расширении их возможностей в плане их самостоятельности и выделяет основные требования для службы здравоохранения в достижении вышеуказанных целей путем использования относительно недорогих приспособлений и видов обслуживания.

ТҮЖЫРЫМ

Қоғамда қарт адамдардың көбеі – әлеуметтік-экономикалық жағдайға әсер ететін негізгі фактордың бірі болып саналады және бұл мәселе жаңа әлеуметтік саясаттың жүргізуін қажет етеді де, егде жастағы қазақстандықтардың емірінің әл-ауқатты болуын қамтамасыз етуіне жағдай жасайды.

SUMMARY

Increase in a share of older persons in a society – the important factor influencing a social and economic situation which will demand working out of a new social and economic policy. It will help to provide a worthy old age to citizens of Kazakhstan and to avoid many medico-social problems.

РОЛЬ МОЛОДЕЖНЫХ ЦЕНТРОВ ЗДОРОВЬЯ В ЗАЩИТЕ РЕПРОДУКТИВНЫХ ПРАВ ПОДРОСТКОВ

Медеубаева К.К.

*Национальной Центр проблем формирования
здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы*

Повышение роли и статуса матери, престижа материнства и детства являются неотъемлемой частью становления правового государства. Национальное законодательство и ратификация Парламентом Республики международных конвенций обеспечивают правовую защиту детей, женщин, семей.

В современных условиях с позиции государственной политики наша страна имеет возможность оценивать миссию материнства со всей существующей социальной защищенностью. Ведь любой семье нужна здоровая мать, а материнство не должно быть исключительно делом одной семьи.

В последние годы, благодаря усилиям и последовательным действиям государства, отмечается стабилизация и значительное улучшение социально-экономической ситуации в Казахстане. Однако состояние здоровья населения республики и средняя продолжительность жизни существенно отстают от показателей развитых стран.

Проблема охраны репродуктивного здоровья населения Казахстана, в том числе подростков, является важной государственной задачей и требует участия в ее решении не только заинтересованных министерств и ведомств, но и всего общества в целом.

Проведенные социологические исследования и скрининговые обследования показали, что распространенность табакокурения среди населения старше 12 лет в Казахстане составляет 27%, потребления алкоголя в опасных дозах – 18,1%. Высокая распространенность факторов риска сформировала высокий уровень заболеваемости хроническими инфекционными заболеваниями (далее - ХИЗ). В последнее время обращает на себя внимание увеличение случаев суицида среди подростков и молодежи.

Несмотря на снижение общего числа абортс с 28,1 на 1000 женщин фертильного возраста в 2008 году до 25,6 в 2009 году, аборты продолжают оставаться одним из основных методов регуляции рождаемости. Подростковая беременность остается большой проблемой. Причиной зачастую становится то, что организм подростка еще не развился. Репродуктивное здоровье учащихся средних и высших учебных заведений, характеризуется низким уровнем осведомленности в вопросах сохранения и укрепления соматического здоровья, репродуктивной активности, а также рядом особенностей, обусловленными социальными и медико-организационными причинами.

Организация медико-социальной помощи учащимся средних и высших учебных заведений должна включать систематизацию организационно-функциональных элементов формирования репродуктивного здоровья, охраны и укрепления его потенциала и основываться на комплексе научно-обоснованных рекомендаций, повышающих эффективность принятия оперативных и стратегических управленческих решений.

Профилактика бесплодия мужчин и женщин должна начинаться с раннего детского возраста и предполагать меры по устранению причин бесплодия. Нравственно-половое воспитание подростков и молодежи, формирование у них здоровых амбиций по поводу репродуктивного здоровья также относятся к мерам профилактического характера.

Одним из перспективных направлений работы с молодежью является дальнейшее развитие Молодежных центров здоровья (МЦЗ). В отличие от других медицинских организаций, Молодежные центры здоровья, оказывают более широкий спектр

услуг по получению комплексной помощи, включающей медицинскую, психологическую, юридическую и социальную. В их деятельности преобладает профилактическая направленность, которая реализует принципы добровольности, доступности, доброжелательности, конфиденциальности и доверия.

Основная цель Молодежных центров здоровья, это: сохранение и укрепление здоровья подростков и молодежи и решение задач, направленных на обеспечение медико-психосоциальной помощи, обучение подростков приобретению и формированию навыков ведения здорового образа жизни, подготовка учебно-методических, информационных материалов, обеспечение преемственности в работе с другими лечебно-профилактическими

организациями, обеспечение социально-правового сопровождения подросткам и молодым людям, межсекторальное сотрудничество.

Направление деятельности, это оказание комплексной профилактической, психосоциальной помощи подросткам и молодежи, обусловленные спецификой данной возрастной категории населения, с привлечением психологов, социальных работников. В работе Молодежных центров здоровья большую помощь оказывают волонтеры из числа самих студентов, установление телефонов доверия, по которой оказывается помощь подросткам и молодежи, оказавшимся в сложной социально-психологической ситуации и которым нужна профессиональная и конфиденциальная помощь специалистов.

**ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА
ЖИЗНИ НА ПОПУЛЯЦИОННОМ И ИНДИВИДУАЛЬНОМ УРОВНЯХ****ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ РАЗВИТИЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ****Хайдарова Т.С., Рамазанова М.А.*****Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК,
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы***

Сохранение и укрепление здоровья населения является одной из важнейших задач современной социальной политики Казахстана, недавно принята новая Государственная программа «Саламатты Казахстан», рассчитанная на период 2011-2015 годы.

Профилактика заболеваний представляет собой действия, направленные на уменьшение вероятности возникновения заболеваний или нарушений, на прерывание или замедление прогрессирования заболеваний, на уменьшение нетрудоспособности, улучшение качества жизни населения.

Конечной целью профилактики заболеваний является исключение либо снижение воздействия на отдельных людей или на общество немедицинских детерминант (или факторов риска) и таким образом, предотвращение заболевания (первичная профилактика). Другая цель состоит в благоприятном изменении течения заболевания путем выявления и лечения его на ранних, доклинических стадиях, когда заболевание в достаточной степени поддается лечению, таким образом, в предотвращении клинического проявления и развития заболевания (вторичная профилактика). Третичная профилактика, связанная с предупреждением новых и повторных осложнений, включает лечебные и реабилитационные мероприятия с использованием медикаментов.

В решении этой стратегии ведущая роль отводится медицинским специалистам, занятым в системе ПМСП. Однако, следует отметить, что профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни это не только медицинская проблема, а это задача в первую очередь государства, общества, семьи и других министерств и ведомств, и усилия самого человека по сохранению и укреплению собственного

здоровья. По данным наших научных исследований следует, что большая часть населения не принимает никаких усилий для формирования и поддержания ЗОЖ, хотя знают, что здоровье – это высшая ценность и что образ жизни оказывает влияние на здоровье.

Проведенный нами обзор научной литературы по другим странам свидетельствует о следующем: центр тяжести по профилактике заболеваний следует перенести на индивидуализированные осмотры с учетом их потенциальной клинической эффективности и на сбор надежной информации, доказывающей действенность специфических профилактических мер.

Ниже мы приводим данные обзора научных подходов к профилактике заболеваний в Канаде и в США. Канадский комитет провел ревизию профилактических мер по 78 целевым группам в 1979 году. Опубликованы пересмотренные рекомендации и оценки в 1984, 1986 и 1988 гг.

Негосударственный комитет по профилактической медицине (США) состоит из 20 членов, в том числе 14 врачей — экспертов по ПМСП - семейные врачи, терапевты, педиатры, клинической эпидемиологии. Дополнительно в группу вошли стоматолог, медицинская сестра, эксперты по методологии здравоохранения, по медицинскому образованию, экономике здравоохранения и по социологическим вопросам медицины.

Обобщенные данные свидетельствуют, что к важнейшим мерам, позволяющим снизить число заболеваний и их тяжесть, следует отнести такие, которые связаны с мерами, осуществляемыми самим пациентом.

Первым важным выводом является предотвращение таких рисков для здоровья,

как курение, недостаточная физическая активность, плохое питание, употребление спиртных напитков, злоупотребление приемом лекарственных средств, могут значительно в большей мере способствовать улучшению состояния здоровья, чем вторичные профилактические меры, наподобие рутинного выявления заболеваний на ранней стадии.

Вторым важным выводом, к которому пришли авторы доклада, стала необходимость более тщательного выбора тестов и профилактических мер, в частности, необходимость обязательного учета возраста, пола и других индивидуальных факторов риска, чтобы как можно больше снизить риск побочных эффектов и неприятностей, связанных с выполнением процедуры обследования.

Третьим важным выводом, к которому пришел Комитет, оказалось то, что традиционная клиническая практика (например, диагностическое тестирование) может принести больному меньшую пользу, нежели методы профилактики, которые раньше считались не входящими в компетенцию врача, скажем, медицинское просвещение пациента или консультации, а это, в свою очередь, задает новую парадигму при определении объема ответственности врача. Ведь прежде исходили из того, что задача врача заключается в лечении болезни. Здоровый человек, у которого отсутствуют симптомы заболевания, не обращается к врачу. К тому же поведение не больного человека, касающееся его здоровья, считалось сугубо его личным делом.

Четвертый вывод заключается в том, что смещение уровня ответственности врача влечет за собой изменение роли также и пациента. Важность личного отношения человека к своему здоровью, использование первичных мер профилактики означают, что человек сам в большей степени должен нести ответственность за свое здоровье. Если при лечении острого заболевания или травмы главная роль отведена врачу, то при профилактическом подходе первую скрипку играет пациент.

Таким образом, из анализа зарубеж-

ного опыта следует, что сам человек должен нести ответственность за свое здоровье.

Одним из значимых факторов, влияющих на здоровье является поведение населения и образ жизни каждого человека. В дореформенный период влияние на поведение населения работников системы здравоохранения сводилось практически к одной модели – санитарно-просветительной работе, основная часть которой сводилась к воспитанию у населения гигиенических навыков и пропаганды здорового образа жизни. Кроме того, в ходе санпросветработы население убеждали в том, что ответственность за индивидуальное здоровье каждого несет государство и, следовательно, система здравоохранения. Таким образом, модель поведения населения, сформированная к началу реформ в здравоохранении, характеризовалась формальным отношением к информации по санпросветработе и с формальным отношением к собственному здоровью, и неспособностью принимать усилия по сохранению и восстановлению утраченного здоровья. С проведением реформ, как показали результаты социологических опросов (с 1998 года Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК проводится мониторинг факторов риска, связанных с образом жизни населения) такая модель поведения продолжает сохраняться среди населения, хотя следует отметить небольшие положительные сдвиги в отношении к сохранению своего здоровья, и результаты анкетирования показывают, что население понимает явную неадекватность настоящим реалиям такую модель поведения, однако многие не желают и не находят времени для изменения модели поведения. Таким образом, появляется потребность формирования и внедрения новой модели поведения, позволяющей осознать индивидуальную ответственность за собственное здоровье, и требуется модель для регулирования индивидуального поведения с целью изменения образа жизни. Формирования здорового образа жизни населения.

ПОВЫШЕНИЕ ЧУВСТВА ОТВЕТСТВЕННОСТИ ГРАЖДАН ЗА СВОЕ ЗДОРОВЬЕ, НЕГАТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К НАРКОТИКАМ

Мырзахметов К.Т.

Кызылординский областной центр формирования здорового образа жизни, г.Кызылорда

Кызылординская область вносит большой вклад общее развитие спорта и здорового образа жизни Казахстана, в частности молодежь принимает активное участие в соревнованиях и осведомлены о вреде наркотиков. Насыщенный календарный план физкультурно-массовых и оздоровительных мероприятий за 2010 год эффективно влияет на общественную жизнь молодежи и пропагандирует здоровый образ жизни.

В последние годы, благодаря усилиям и последовательным действиям Главы государства, отмечается стабилизация и значительное улучшение социально-экономической ситуации в Казахстане.

21 декабря 2007 года Постановлением Правительства Республики Казахстан была утверждена программа «Здоровый образ жизни» на 2008-2016 годы. Целью программы является оздоровление населения и увеличение средней продолжительности жизни.

В Кызылординской области с целью повышения чувства ответственности граждан за свое здоровье, негативного отношения к наркотикам совместно с сотрудниками ТОО консультационно-юридический центр «ЕВРАЗИЯ-КОНСАЛТИНГ» был организован и проведен социологический опрос среди населения области. Опросом было охвачено 3000 человек, что соответствует репрезентативной выработке, мини-модели генеральной совокупности всех респондентов, расположенных в изучаемом регионе.

Опросу подлежали только жители того микрорайона или улицы, в котором расположена зона проведения опроса. Опрос проводился только по левой стороне улиц, при этом, шаг: в многоквартирных домах – через подъезд, в частных домохозяйствах – через два дома на третий.

Для того, чтобы исключить смещения в выработке относительно населения ре-

гиона, для отбора респондентов в точке опроса использовались поло-возрастные квоты. Как показывает опыт проведения опросов, качество выработки, полученной по описанной выше процедуре, соответствует нормам социологического исследования, а полученные результаты тесно коррелируют с результатами других видов исследований. Данные полученные от респондентов в процессе опроса, были подвергнуты статистической обработке и анализу с использованием специализированного программного обеспечения SPSS.

Основная цель исследования: повышение чувства ответственности граждан за свое здоровье, негативного отношения к наркотикам.

Основные задачи исследования:

В данном социологическом опросе участие приняло 3000 человек, из них 1976 человек или 66 % из опрошенных мужчины и 1024 человек или 34 % из опрошенных женщины, 1856 человек или 62 % из опрошенных в возрасте от 17-29 лет и 1144 человек или 38 % из опрошенных от 30-55 лет, 1216 человек или 40 % из опрошенных работающие, 472 человек или 16 % из опрошенных не работающие, 180 человек или 6 % из опрошенных работающие студенты, 1132 человек или 38 % из опрошенных студенты, 1500 человек или 50 % из опрошенных жители городской местности и 1500 или 50 % из опрошенных жители сельской местности.

На вопрос социологического опроса «Что, по вашему мнению, означает понятие наркотики?» 2384 человек или 79 % из опрошенных ответили «Вещества, приводящие к зависимости и привыканию организм человека», 556 человек или 19 % из опрошенных ответили «Затрудняюсь ответить», 60 человек или 2 % из опрошенных ответили «Вещества приносящие пользу здоровью человека».

На вопрос социологического опроса «Как вы считаете вредны ли наркотики для человека?» 2152 человек или 72 % из опрошенных ответили «да, очень вредны», 600 человек или 20 % из опрошенных ответили «Затрудняюсь ответить», 232 человек или 8 % из опрошенных ответили «Слегка вредны», и 16 человек или 0,005 % из опрошенных ответили «Нет, не вредны».

На вопрос социологического опроса «Вам когда-нибудь предлагали наркотики» 2732 человек или 91 % из опрошенных ответили «Никогда», 268 человек или 9 % из опрошенных ответили «Да».

На вопрос социологического опроса «есть ли в вашем окружении люди, принимающие наркотики» 2764 человек или 92 % из опрошенных ответили «Нет», 192 человек или 6 % из опрошенных ответили «1 человек», 44 человек или 2 % из опрошенных ответили «2-5 человек», и людей у кого в окружении число принимающих наркотики больше пяти человек – нет.

На вопрос социологического опроса «Пробовали ли вы или употребляли наркотики сами» 3000 человек или 100 % из опрошенных ответили «Никогда».

В целом, по результатам исследования в отношении к наркотикам складывается отличная ситуация у населения Кызылординской области. По всем вопросам социологического опроса основные показатели показывают осведомленность и повышенную негативную реакцию на употребление наркотических веществ среди мужчин и женщин всех возрастов.

Это оправдывает проделанную работу и действенные программы местных властей, пропаганды здорового образа жизни страны. Несмотря на столь огромную

проводимую работу по сокращению употребления наркотических веществ, перед нами стоят ряд не решенных задач и проблем. Работа в этом направлении должна быть систематизирована из года в год при совместном тесном взаимном контакте между ведомствами, службами, населением.

Основные меры вмешательства общественного здравоохранения должны быть направлены на профилактическую работу с детьми, семьями и молодежью, формирование социальной среды в которой здоровый образ жизни становится единственно правильным выбором, является более эффективным подходом, чем попытки убедить людей изменить свои привычки в существующих условиях. Оценка осведомленности населения понижает риск употребления наркотических веществ среди молодежи и соответственно пропагандирует внедрение здорового образа жизни. Предупреждение одного человека может повлиять на предупреждение употребления наркотических веществ и его круг общения. Внушение ответственности за себя повышает значимость личного решения и констатирует отказ от наркотических веществ навсегда.

ТҮЖЫРЫМ

Жалпы Кызылорда облысындағы сауалнама жүргізу нәтижесінде жастардың салауатты өмір қағидаларын ұстана отырып, өздерінің денсаулығына жауапкершілікпен қарайтындағын және де облыстағы экономикалық тұрақтылықпен рухани мәденеттілігін көрсетеді.

SUMMARY

Thus, after the survey, it was noted that in general young people in Kyzylorda region maintain a healthy lifestyle, are responsible for their own health, which proves the region.

РОЛЬ КАЛЬЦИЯ В ЗДОРОВЬЕ КОСТЕЙ И РАЦИОНАЛЬНОЕ ЕГО ПОТРЕБЛЕНИЕ

Левчик Т.Б.

Городская поликлиника № 1, г. Уральск

Кальций – необходимый элемент для здоровых костей. Кальций, необходимый для формирования костной системы в детском возрасте и поддержания прочности костей у взрослых, играет также важную роль в предотвращении переломов костей по мере того, как мы стареем. Многие Ассоциации по остеопорозу в мире разделяют мнение о том, что кальцийсодержащая диета является обязательным компонентом в профилактике остеопороза.

Кальций является жизненно необходимым элементом, без него мы не могли бы жить. Почти каждой клетке, включая клетки сердца, нервов и мышц, необходим кальций для обеспечения нормальной жизнедеятельности.

В человеческом организме кальций находится в трех основных местах:

- 1) в костях скелета (около 99% наших костей являются для нас «резервуаром» кальция);
- 2) в клетках;
- 3) в крови. Именно кровью кальций доставляется в органы и ткани организма и именно в те места, где он необходим;

В связи с тем, что кальций нам так необходим, в человеческом организме имеется система поддержания постоянной концентрации кальция, для того чтобы обеспечить его поступление по мере необходимости.

Организм делает это тремя способами:

- кальций всасывается напрямую из потребляемой пищи. Это наиболее предпочтительный способ получения кальция;
- кальций поступает из костей в том случае, если его не хватает в потребляемой пище. В этих случаях кости могут становиться более тонкими и хрупкими;
- уменьшается количество кальция, поступающего повторно в кровь после «обработки» ее почками;

Основной задачей является достаточное поступление кальция с пищей для нормального обеспечения им всех органов и

тканей. Другими словами, нам необходимо столько потреблять кальция, чтобы в случаях, когда мы теряем кальций (а такие ситуации могут встречаться и в норме), его потери не превышали его потребления. Этот баланс имеет важное значение, так как его нарушение может привести к прогрессирующему вымыванию из костей недостающего количества кальция.

Кальций необходим для того, чтобы кости были прочными. В детстве он необходим для правильного формирования скелета и нормального роста организма. В возрасте 15-20 лет рост костей в длину останавливается. Оптимальное потребление кальция в позднем отрочестве, наряду с физической активностью, обеспечивает формирование пиковой костной массы в возрасте около 20-25 лет.

Плотность наших костей в это время определяется, в частности тем, достаточное ли количество кальция мы потребляли в детстве и отрочестве. Чем выше пиковая костная масса, тем меньше вероятность того, что со временем наши кости станут более тонкими и хрупкими.

Кость представляет собой живую ткань, которая постоянно самообновляется. Хотя кости достаточно прочные и гибкие, все же они постоянно подвергаются микротравмам, которые в свою очередь, приводят к формированию незначительных структурных повреждений, нуждающихся в восстановлении с течением времени.

В нашем организме существуют две группы специализированных клеток, которые занимаются самообновлением костей. Одна группа клеток проникает в клеточные дефекты и способствует удалению и разрушению пораженной костной ткани, а затем, после завершения своей работы, эти клетки покидают место, где они «осуществляли свою работу». Их сменяют другие клетки, которые занимаются заполнением костной полости, которая в последующем

кальцифицируется с образованием новой костной ткани. Этот двухступенчатый процесс называется костным ремоделированием. Ремоделирование является естественным постоянным процессом, который осуществляется каждые три-четыре месяца у здоровых взрослых людей.

По мере того, как мы стареем, в нашем организме происходят изменения, которые делают особенно важным достаточное потребление кальция. Во-первых, изменяется процесс костного ремоделирования. Усилия двух групп клеток становятся менее эффективными и разобщаются между собой – клетки, заполняющие полости, бывают не в состоянии восстановить кость так быстро, как раньше, так как их работа разобщается с работой клеток, разрушающих постаревшую костную ткань. У здоровых людей с нормальной костной тканью адекватное потребление кальция позволяет сохранить нормальный баланс костного ремоделирования.

Это означает, что восстановление нормальной костной ткани становится более рациональным, предотвращая быструю потерю костной массы.

Кальций особенно важен для женщин в период менопаузы, так как его всасывание замедляется по мере уменьшения уровня эстрогенов (женских половых гормонов). Тем не менее, не следует считать, что для предотвращения потери костной массы в менопаузе достаточно увеличить потребление кальция. Женщинам, которые относятся к группе риска по остеопорозу, следует обратиться к врачу, для того чтобы им было назначено наиболее подходящее лечение. Как сделать потребление кальция с пищей максимальным?

- употребляйте как можно больше продуктов, содержащих кальций;
- создайте реальный план оценки потребляемой пищи, используя выше приведенную таблицу;
- подсчитывайте количество кальция, кото-

рый вы употребляете каждый день;

- ешьте такие продукты, из которых кальций легче усвоится;
- обратите внимание на продукты, прием которых усиливает процесс выведения кальция с мочой;
- витамин Д является важным фактором, определяющим всасывание кальция;

физические упражнения в сочетании с кальцием способствуют тому, чтобы наши кости были прочными; Чем легче всасывается кальций, тем лучше он будет использован нашим организмом. Лучше всего кальций усваивается из молока, сыра и йогурта, и эти продукты являются наилучшими источниками кальция. В обезжиренных молочных продуктах содержится такое же количество кальция, как и в продуктах с высоким содержанием жира, и помимо этого там снижено содержание жиров и холестерина, что также полезно для организма.

Кальций, который легко всасывается в организме, содержится в овощах (брокколи, листовая капуста, горчица, зелень, репа); рыбные продукты (лосось и сардины).

Кальций хуже всасывается по мере того, как мы стареем. Необходимо быть более внимательными и принимать большее количество кальция для того, чтобы защитить свои кости. Хотя по мере увеличения возраста кальций хуже всасывается и замедляется костное ремоделирование, научные исследования в области остеопороза у людей старшего возраста показали, что адекватный прием кальция может замедлить потерю костной массы и снизить риск переломов. Общество пациентов Канады считает, что никогда не поздно подумать об улучшении обеспечения своего организма кальцием – кальций необходим нашему организму вне зависимости от того, сколько нам лет. В приведенной ниже таблице показано, сколько кальция содержится в пище:

Таблица 1. Содержание кальция в некоторых продуктах питания

Продукты питания	Количество продукта	Содержание кальция в данном количестве продукта, мг
<i>Молоко и молочные продукты</i>		
• Сыр – Швейцарский, Граерский	50г	493
• Сыр – в твердом виде, Чеддер, Эдам, Гауда	50г	353
	1 стакан\250мл	315
• Молоко – цельное, 2%, 1% жирности	1 стакан\250мл	301
	50г	269
• Сливки	1 чашка\175 мл	292
• Сыр – Моцарелла, Адыгейский, брынза	45мл	159
	½ чашки	93
• Йогурт - обыкновенный	½ чашки	87
• Молоко – сухое, в виде порошка		
• Мороженое		
• Сыр – деревенский, сливочный 2%, 1% жирности (творог)		
<i>Мясо, рыба, домашняя птица и другие продукты</i>		
• Сардины, с костями	8 маленьких	153
• Лосось, с костями, консервированный	½ банки (масса нетто 213г)	153
	½ чашки	200
• Миндаль	½ чашки	100
• Кунжут	½ чашки	90
• Бобы – приготовленные (фасоль)	1 чашка	175
• Соевые бобы - приготовленные	90г	13
	90г	7
• Курица жареная		
• Говядина жареная		
<i>Хлеб и зерновые</i>		
• Круглая булочка с отрубями	1 кусок – 35г	50
• Хлеб – белый и пшеничный	1 кусок – 30г	25
<i>Фрукты и овощи</i>		
• Брокколи – в сыром виде	½ чашки	38
• Апельсины	1 среднего размера – 180г	52
• Бананы	1 среднего размера – 175г	10
• Салат	2 больших листа	8
<i>Комбинированные блюда</i>		
• Суп с молоком, суп в виде крема из курицы, грибов, помидоров и брокколи	1 чашка\250мл	189
	1 чашка\250мл	169
• Вареная консервированная фасоль		

Плохо всасывается кальций, содержащийся в свекле, ревене и шпинате. Эти овощи содержат оксалаты, которые связываются с кальцием и блокируют его всасывание. Эти продукты, кроме веществ, блокирующих всасывание кальция, содержат и полезные вещества и поэтому не должны исключаться из списка потребляемых продуктов, однако кальций, содержащийся в этих продуктах, не должен учитываться при подсчете его потребления за день.

Ежедневно мы теряем кальций с мочой. Небольшие потери кальция с мочой являются естественным процессом. Исследования показывают, что потери кальция с мочой усиливаются при потреблении избыточного количества соли, кофеина и белка.

Нельзя говорить о кальции и не сказать ни слова о значении физической активности для костной системы. Физические упражнения оказывают положительное влияние на костную систему и костное ремоделирование, способствует стимуляции костеобразования.

В связи с этим рекомендуется сочетание адекватного потребления кальция и физической активности в качестве основных мер профилактики остеопороза.

Список использованной литературы:

1. Остеопороз и остеопатии. Научно-практический медицинский журнал №1. – Москва, 1998.
2. Остеопороз и остеопатии. Научно-практический медицинский журнал №2. – Москва, 1999.

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Рослякова Т.А.

ГКП Перинатальный Центр, г. Алматы

Нормальная беременность продолжается 265 - 270 дней с момента оплодотворения или 280 дней (40 недель, или 10 лунных месяцев) с 1-го дня последней менструации. Созревание плода и плаценты на 2 недели раньше или позже указанных сроков не рассматривается как патология.

Пролонгированная беременность определяется сроком от 40 до 42 недель, а истинная переносимая — больше этого срока. Более важно понятие «биологическое перенашивание», при котором имеются признаки перезрелости новорожденного и плаценты, а роды считаются запоздалыми. Они, как правило, сопровождаются различными осложнениями для матери и новорожденного, высоким уровнем перинатальной заболеваемости и смертности. На наш взгляд, переносимой беременностью следует считать беременность после 40 недель с признаками перезрелости плаценты или плода. В связи с тем, что взгляды на сроки перенашивания беременности расходятся, частота ее колеблется от 1 до 10% и более.

Диагностика пролонгированной и переносимой беременности стала возможной благодаря использованию современных методов оценки состояния плода, изменений в матке и плаценте.

Для результатов гормональных исследований при переносимой беременности характерно снижение уровня эстрогенных соединений, особенно эстриола, хорионического гонадотропина, плацентарного лактогена при относительном повышении уровня прогестерона и кортикостероидов в динамике перенашивания.

Кольпоцитологические критерии перенашивания беременности характеризуются преобладанием поверхностных (30-80%) или промежуточных клеток, уменьшением количества или исчезновением лабевидных

клеток, возрастанием эозинофильного индекса (8-20%), увеличением количества слизи и лейкоцитов.

При амниоскопии отмечается уменьшение количества околоплодной жидкости, изменение ее цвета (зеленоватая, мутная). Фоно- и электрокардиографически определяется изменение сердечной деятельности: приглушение тонов сердца, нарушение монотонности ритма, патологические реакции на функциональные пробы. С помощью УЗИ устанавливаются изменения в плаценте (утолщение, петрификаты, полости), уменьшение околоплодной жидкости, утолщение костей черепа плода, уменьшение родничков и уплотнение швов, нарушение движений и сердцебиения плода.

Окончательная диагностика перенашивания беременности проводится после родоразрешения, когда четко определяются все специфические изменения плаценты и новорожденного. Для новорожденного характерны следующие признаки: сухость, дряблость кожи и ее мацерация, отсутствие первородной смазки, повышенная плотность костей черепа, узость швов и родничков, удлинение ногтей, слабая выраженность подкожной клетчатки и снижение тургора тканей. Масса переносимых детей выше, чем доношенных. Эти изменения приводят к нарушению адаптационных возможностей новорожденных и различным отклонениям в последующем развитии.

При лечении по поводу перенашивания женщину госпитализируют не позднее 41-й недели беременности для обследования и выработки тактики родоразрешения. Истинное перенашивание беременности следует расценивать как акушерскую патологию, поэтому тактика ведения должна быть активной. Показано интенсивное наблюдение и обследование плода и матери. Возможны

спонтанные роды, но чаще приходится прибегать к искусственному родоразрешению с помощью медикаментозных и немедикаментозных средств и приемов, оперативных вмешательств и их сочетания.

В плановом порядке кесарево сечение при перенашивании беременности всегда проводится при наличии других сопутствующих показаний (возрастная первородящая, тазовые предлежания плода, сужение таза и т. д.).

Профилактика перенашивания беременности включает комплекс общегигиенических и оздоровительных мероприятий с учетом факторов риска в подростковом

возрасте, перед наступлением беременности и в процессе диспансеризации беременных женщин.

Список использованной литературы:

1. Акушерство: Учебник/Вл.И.Дуда, В.И.Дуда, О.Г.Дражина; Под ред.И.В.Дуды. – Мн.: Выш.шк., ООО «Интерпрессервис», 2002. – 463 с.: ил.

ТҰЖЫРЫМ

Берілген мақалада уақыты асқан жүктілік мәселелері келтірілген.

SUMMARY

This article presents the problem of prolonged pregnancy.

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Рослякова Т.А.

ГКП Перинатальный Центр, г.Алматы

Невынашивание и перенашивание беременности являются актуальными вопросами акушерства и перинатологии в связи с большой частотой перинатальной и материнской заболеваемости и смертности. Считается, что в основе их развития лежат нарушения сократительной деятельности матки.

Невынашивание беременности

К невынашиванию беременности относятся следующие понятия. Ранний выкидыш - прерывание беременности до 12 недель, поздний - от 13 до 21 недели. Несостоявшийся выкидыш - неразвивающаяся беременность при гибели плода до 21 недели. Преждевременные роды - прерывание беременности от 21-й до 38-й недели. Несостоявшиеся роды - гибель плода от 22-й до 38-й недели беременности. Наличие двух и более случаев невынашивания беременности в анамнезе является основанием для постановки диагноза привычное невынашивание.

Невынашивание составляет 10 - 25% всех беременностей, из них 5-10% приходится на преждевременные роды. Недоношенные дети умирают в 30 - 35 раз чаще, чем

доношенные, а перинатальная смертность при невынашивании беременности в 30 - 40 раз выше, чем при срочных родах.

Иммунологические факторы в этиологии невынашивания беременности изучены недостаточно. Плод можно рассматривать как аллотрансплантат с содержанием не менее 50% отцовской генетической информации, чужеродной для матери. Отторжение фетоплацентарного комплекса вследствие иммунологической реакции между матерью и плодом, как правило, совершается в ранние сроки и обусловлено патологией иммунорегулирующей системы матери.

Генетические факторы невынашивания беременности установлены на том основании, что различные аномалии развития выявляются у 10- 15% недоношенных новорожденных, при абортх в ранние сроки хромосомные аномалии отмечаются у 50 - 75%, нарушение кариотипа у женщин с невынашиванием беременности наблюдается в 10 раз чаще, чем у женщин с нормальной беременностью.

Генетическая патология приводит к прерыванию беременности в ранние сроки или

к рождению детей с различными врожденными пороками развития. В связи с этим гормоне- и фармакотерапия невынашивания беременности до 5 - 6 недель, по-видимому, нецелесообразна. Диагностика этой патологии и определение тактики ведения беременности с учетом ее факторов риска должны осуществляться с помощью медико-генетических исследований.

Инфекционные факторы являются наиболее частой причиной невынашивания беременности в современном акушерстве. Возбудители при внутриутробном инфицировании могут быть самые разнообразные: вирусы, бактерии, стрепто- и стафилококки, клебсиелла, протей, микоплазмы и др. Инфицирование женщины может приводить к невынашиванию беременности с поражением (или без него) плода и плодовых образований (плаценты, оболочек, пуповины, вод). Передается инфекция через половые клетки восходящим и гематогенным путем, а также трансплацентарно. Опасность невынашивания беременности инфекционного генеза особенно велика при наличии эндогенных очагов у матери как генитальной, так и экстрагенитальной (острые и хронические инфекции) локализации. Инфекция может приводить к невынашиванию беременности в ранние сроки, а также к развитию врожденными пороками развития (особенно при краснухе, цитомегаловирусах, аденовирусах, герпесе). При подозрении на инфекционную этиологию невынашивания беременности обследованию и лечению должны подвергаться обязательно одновременно оба супруга.

Маточные факторы невынашивания беременности включают в себя: истмико-цервикальную недостаточность; нарушение механизмов трансформации эндометрия

функционального и органического (чаще травматического) генеза; патологию рецепторного аппарата; пороки развития, опухоли матки (чаще субмикозные узлы). Невынашивание беременности при наличии маточных факторов может проявляться в любые сроки.

Экстрагенитальные заболевания и токсикозы беременных могут нередко приводить к невынашиванию беременности. При этом, как правило, развивается плацентарная недостаточность в ранние или более поздние сроки, задержка развития плода асимметричной или симметричной формы. Ведение таких больных связано с диагностикой и лечением основного заболевания.

Социально-биологические факторы невынашивания беременности многообразны: ухудшение экологической среды (радиация, химическое загрязнение воздуха и др.); неблагоприятные условия труда и быта (несбалансированное питание, дефицит витаминов, трудности с транспортом при поездках на работу и обратно); профессиональные и производственные вредные факторы (температурные, шумовые, вибрационные, химические, радиационные); возраст матери (до 18 лет и после 30 лет); миграция населения.

Список использованной литературы:

1. Акушерство: Учебник /Вл.И.Дуда, В.И.Дуда, О.Г.Дражина; Под ред.И.В.Дуды. – Мн.: Выш.шк., ООО «Интерпрессервис», 2002. – 463 с.: ил.

ТҮЖЫРЫМ

Берілген мақалада жүктіліктің жетілмеуі мәселелері келтірілген.

SUMMARY

This article presents the problem of miscarriage.

АКУШЕРСКИЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Кемелханова А.Т.

ГКП Перинатальный Центр, г. Алматы

Кровотечения во время беременности и родов — это тяжелые осложнения, которые могут приводить к гибели матери. Особенно-стями акушерских кровотечений являются их развитие на фоне утомления, длительного периода интенсивных болевых ощущений в связи с процессом родов, частое сочетание с родовым травматизмом, тяжелыми осложнениями беременности.

Эти факторы взаимно углубляют тяжесть патофизиологических изменений в организме, содействуя быстрому развитию геморрагического шока. Во время беременности, в начале родов (период раскрытия, реже — период изгнания) наиболее часто кровотечения вызывают предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

В последовом и раннем послеродовом периодах причинами кровотечений могут быть плотное прикрепление и приращение плаценты, гипо- и атония матки, разрывы мягких тканей родовых путей — шейки матки, влагалища, наружных половых органов.

В любом сроке беременности, но чаще после 20-25-й недели и во время родов кровотечение может быть следствием разрыва матки. Предлежание плаценты — это прикрепление плаценты в области нижнего сегмента матки с частичным (неполное предлежание) или сплошным (полное предлежание) перекрытием области внутреннего зева.

Клиническую картину заболевания определяет один ведущий симптом — покрывающееся кровотечение во второй половине беременности. Диагноз устанавливают на основании указанных симптомов. Своевременной постановке диагноза помогает обязательное во время беременности ультразвуковое исследование.

При предлежании плаценты часто наблюдаются поперечное или косое положение плода, тазовое предлежание или отмечается

положение головки высоко над входом в таз, что можно определить при наружном исследовании беременной. При влагалищном исследовании в сводах определяется "тестоватость", пастозность.

В случае проходимости цервикального канала над внутренним зевом определяют перекрывающую его плацентарную ткань. Необходимо однако, помнить, что влагалищное исследование при подозрении на предлежание плаценты производят только в условиях развернутой операционной, так как оно может вызвать профузное кровотечение.

Диагноз устанавливают по отсутствию признаков отделения последа и появлению кровотечения из родовых путей. Дифференциальный диагноз между плотным прикреплением и приращением плаценты возможен только в процессе ее ручного удаления: в случае плотного прикрепления плацента хорошо отслаивается от стенки матки рукой и выделяется наружу последующим потягиванием за пуповину.

При приращении плаценты попытки ее ручного удаления вызывают обильное кровотечение, плацента отрывается кусками, полностью от стенки матки не отделяется. Гипо- и атонические кровотечения возникают в раннем послеродовом периоде (до 2 ч после родов) в результате нарушения механизма послеродового гемостаза. Их частота составляет 3-4 % от общего числа родов.

Список использованной литературы:

1. Под ред. В.А. Михайловича, А.Г.Мирошниченко. — 4-е изд., переработ. и доп. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2007. — 808 с.: ил.

ТҮЖЫРЫМ

Берілген мақалада акушерлік қан кетулердің мәселелері келтірілген.

SUMMARY

This article presents the problem of obstetric hemorrhage.

ПРОФИЛАКТИКА АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

Кемелханова А.Т.

ГКП Перинатальный центр, г.Алматы

Четкая организация мероприятий по профилактике маточных кровотечений во время беременности, родов и в послеродовом периоде является реальной основой снижения материнской смертности и перинатальной смертности, отдаленных тяжелых последствий для матери и ребенка.

Профилактика акушерских кровотечений осуществляется с антенатального периода, когда у будущей женщины только начинается формирование органов и систем. До наступления беременности профилактические мероприятия должны быть направлены на предупреждение, своевременное и в полном объеме лечение воспалительных заболеваний гениталий, нарушений менструальной функции и бесплодия. Аборты, пороки развития, опухоли матки также оказывают отрицательное влияние на характер плацентации и сократительную функцию матки в родах и могут приводить к акушерским кровотечениям.

Необходимо формировать группы риска по кровотечению во время беременности, родов и послеродового периода, проводить своевременное обследование (в том числе у смежных специалистов) и лечение беременных:

- с заболеваниями почек, печени, эндокринных желез, сердечно-сосудистой системы (артериальная гипотония, гипертензия, пороки сердца), нарушениями кроветворения и жирового обмена;
- в анамнезе которых имели место бесплодие любой этиологии, гипофункции яичников, признаки общего и генитального инфантилизма, нарушения менструальной функции, аборты, осложненные роды, воспалительные заболевания женских половых органов;
- у которых во время беременности отмечались хронические и острые инфекции, паразитарные и аллергические заболевания, миома матки, узкий таз, многоводие, многоплодие, крупный плод, неправильные положения плода, поздний гестоз, анемия, перенашивание беременности.

Дородовая госпитализация должна осуществляться за 2-3 недели до срока родов для обследования и подготовки к родам и прогнозирования метода родоразрешения. Для дородовой подготовки применяются глюкозо-витаминно-гормонально-кальциевый комплекс, спазмолитики, АТФ, витамины группы В (В₁, В₂, В₆).

Важнейшее значение в профилактике кровотечений имеет рациональное ведение родов. В родах необходим тщательный контроль за течением родового процесса, характером родовой деятельности (своевременная профилактика слабости родовой деятельности), внутриутробном состоянием плода. Необходимо отдых, вводить АТФ, спазмолитики, глюкозу с галаскорбином и другими витаминами, своевременно и адекватно обезболивать. При проведении родовозбуждения или стимуляции родовой деятельности следует начинать с использования современных эффективных лекарственных средств – окситоцина, простагландинов. Должны быть списки резервных доноров, достаточный запас крови и кровезаменителей.

При ведении послеродового периода важно своевременное опорожнение мочевого пузыря, строгий контроль за признаками отделения плаценты. Необходимо соблюдать принцип бережного ведения послеродового периода, тщательно оценивать количество теряемой крови.

Список использованной литературы:

1. Акушерство: Учебник /Вл.И.Дуда, В.И.Дуда, О.Г.Дражина; Под ред.И.В.Дуды. – Мн.: Выш.шк., ООО «Интерпрессервис», 2002. – 463 с.: ил.

ТҰЖЫРЫМ

Берілген мақалада акушерлік қан кетулердің алдын алу мәселелері қарастырылған.

SUMMARY

This article presents the problem of prevention of obstetric hemorrhage.

ЭТИОЛОГИЯ РАННЕГО РАКА ЖЕЛУДКА

Насипов С.Н., Амирова Р.А.

Областной онкологический диспансер, г.Атырау

Роль некоторых предопухолевых заболеваний желудка в патогенезе развития рака остается спорным. Длительное время хронические атрофические гастриты, язвы желудка и полип (полипоз) желудка расценивались как предраковые заболевания. Однако в последние годы появились работы, которые считают, что эти изменения не переходят в рак или переходят крайне редко. Вместе с тем эпидемиологические и морфологические исследования свидетельствуют, что предраковые заболевания и состояние (кишечная метаплазия, дисплазия) наиболее часто встречающиеся патологии в некоторых регионах РК, где имеется высокая заболеваемость раком желудка и пищевода [1-9]. Проблемы поиска критериев связи предраковых заболеваний и рака желудка должны оцениваться опухолевой трансформацией эпителия желудка изучением предраковых состояний – дисплазии. Изучение механизма трансформации нормальной клетки в раковую считается актуальным, так как это способствовало бы разработке простых и надлежащих способов диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями.

Дисплазия эпителия считается предраковым изменением желудка характеризующаяся клеточной атипией, нарушением дифференцировки клеток и гистоархитектоники слизистой оболочки [10]. Эти изменения давно изучаются. В частности, установлена возможность объективной оценки степени дисплазии по содержанию ДНК и уточнены критерии дифференциальной диагностики дисплазии и рака [2]. Однако ряд вопросов, касающихся роли дисплазии в развитии рака требует выяснения. Среди них такие, как установление частоты дисплазии и ее динамика при различных предопухолевых заболеваниях желудка, выявление морфологической связи между дисплазией и разными гистологическими формами рака.

Изучение этих вопросов являлось целью настоящего исследования. Нами изучены гастробиопсии за 1986-1995г.г. – 480 биоптатов у 136 больных, изучена частота дисплазии разной степени выраженности: при хроническом атрофическом гастрите, хронической язве желудка и полипе (полипозах). Динамику дисплазии при этих заболеваниях изучали с помощью повторных гастробиопсий.

При всех изучаемых нами заболеваниях дисплазия эпителия (легкая, умеренная дисплазия) обнаружена в 53 из 136, т.е. 39,0%, в том числе тяжелая – в 19 – 13,9% (табл.1). Однако частота ее при разных предопухолевых заболеваниях оказалась неодинаковой: при атрофических гастритах тяжелая в 18,1%, при хронической язве желудка в 62,7% и полипозах – в 24,2%.

С учетом вышеуказанных клеточных изменений, очень важным фактором онкологического риска является частота малигнизации при этих заболеваниях. Частота малигнизации может устанавливаться только в результате длительного наблюдения за диспансерными больными. Ниже мы представляем результаты динамического наблюдения больных с предопухолевыми заболеваниями желудка за 10 лет (табл.2).

Как видно из таблицы 2, из числа всех предопухолевых заболеваний (136 больных) дисплазия обнаружена в 39,0%, в том числе больше половины случаев (39 из 53) относится к умеренной и тяжелой степени дисплазии, железистый полип в 4,4%, переход в рак-30,0%. Здесь обращает внимание то, что рак в основном развился из числа умеренной и тяжелой степени дисплазии. Если анализировать по отдельности каждое предраковое заболевание, то картина следующая: и числа хронического атрофического гастрита дисплазия обнаружена в 18,1%, в том числе – умеренная и тяжелая дисплазия (11,3%), железистый полип-2,2% и переход в рак-22,6%, совпадает с очагами

дисплазированной клетки.

Таблица 1. Дисплазия при предопухолевых заболеваниях желудка

Заболевание	Кол-во наблюдений	Дисплазия				
		не найдена	слабая	умеренная	тяжелая	итого
Хронич. атрофический гастрит	44	36 (81,8%)	3 (6,8%)	2 (4,5%)	3 (6,8%)	8 (18,1%)
Хронич. язва желудка	59	22 (37,3%)	7 (11,9%)	17 (28,8%)	13 (22,0%)	37 (62,7%)
Полип (полипоз) желудка	33	25 (75,7%)	4 (12,1%)	1 (3,0%)	3 (9,1%)	8 (24,2%)
Всего:	136	83 (61,0%)	14 (10,3%)	20 (14,7%)	19 (13,9%)	53 (39,0%)

Таблица 2. Результаты проспективного наблюдения больных с предопухолевыми заболеваниями желудка за 10 лет

Эндоскопический диагноз подтвержденной морфологической верификации	Кол-во больных	Атрофический гастрит	Дисплазия клетки с различной степенью	Высокодифференциров. аденокарцинома
Хронический атрофический гастрит	44	25 56,8±7,4	8 18,1±5,8	5 11,3
Хроническая язва желудка	59	-	37 62,7±6,2	17 28,8±5,8
Полипоз желудка	33	22 66,7±8,2	8 24,2±7,4	-
Всего:	136 (100%)	47 34,5±4,0	53 39,0±4,1	22 16,1±3,1
Эндоскопический диагноз подтвержденной морфологической верификации	Инфильтративно язвенный с-г	Полипозный с-г	Низкодифференциров. с-г	Железистый полип
Хронический атрофический гастрит	5 11,3±4,7	-	-	1 2,2±2,2
Хроническая язва желудка	-	-	-	5 8,4±3,6
Полипоз желудка	-	1 3,0±2,9	2 6,0±4,1	-
Всего:	5 3,6±1,5	1 0,7±0,7	2 1,4±1,0	6 4,4±1,7

При хронической язве желудка: дисплазия обнаружена в 62,7%, железистый полип в 8,4%, переход в рак 28,8%, то есть из дисплазии умеренной и тяжелой степени, которая составляет 50,8%. Разница перехода в рак из числа больных хронической язвой желудка и атрофического гастрита при статистической обработке не существенна ($P > 0,05$). При полипозах: дисплазия обнаружена в 24,2%, переход в рак - 9,0%. Вероятно это объясняется тем, что здесь тяжелая и умеренная дисплазия составляет всего 12,1%, как источник малигнизации. Таким образом, в патогенезе развития рака часто прослеживается роль дисплазии, особенно тяжелой и умеренной степени.

Как свидетельствуют таблицы 1 и 2, во всех случаях предраковое заболевание сопровождалось с кишечной метаплазией с дисплазией собственной оболочки слизистой с очагами гиперплазии эпителия желез. Дисплазия наблюдалась как в покровно-язвочном, так и в метаплазированном эпителии. Более того, отдаленных от опухоли участках так же постоянно наблюдалась кишечная метаплазия с дисплазией разной степени. Дисплазия также сопровождала аденокарциному. В аденокарциномах в основном преобладали высокодифференцированные клетки.

Таким образом, все эти изменения свидетельствуют о роли глубокой перестройки слизистой оболочки желудка по типу кишечной метаплазии и дисплазии в результате постоянного воздействия эндогенного канцерогена [6,7].

Этиопатогенетическая связь атрофического гастрита с «перестройкой», хронической язвы желудка, полипов и рака желудка можно рассматривать как единый патогенетический процесс, происходящий поэтапно в результате постоянного воздействия желчи и ее компонентов, как эндогенный канцерогенный фактор.

Выводы:

1. Предопухоловые заболевания желудка (атрофический гастрит с «перестройкой» язвы желудка, без систематического лечения часто переходит в рак, почти каждый третий из 100 больных.

2. Дисплазия эпителия, в особенности умеренная и тяжелая, являются не только маркером риска развития рака желудка, но и этапом морфогенеза карциномы.

Список использованной литературы:

1. Абдрахимов Б.Е. Злокачественные новообразования и медико-социальные аспекты противораковой борьбы в Республике Казахстан, г.Алматы, 1996.
2. Золотеревский В.К., Склианская В.А. Сравнительная оценка дисплазии и раннего рака желудка по данным определения содержания ДНК (Арх.пат.-1984, вып. II, с.58-66).
3. Колычева Н.И. Географическая патология рака пищевода в Казахстане, 1986.
4. 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.
5. 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.
6. Насипов С.Н. Желчь и ее компоненты, как канцерогенный фактор. В журнале «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья», 2010, №1, С.49-52.
7. Насипов С.Н. Эндогенные канцерогенообразующие факторы и рак желудочно-кишечного тракта. В журнале «Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья», 2010, №3, С.170-175.
8. В.Н.Числов., Т.А.Белоус, Г.А.Франк. Хроническая язва желудка и рак желудка. Российский онкологический журнал, 1997, №1, С.7-10.
9. Nagayo T. Histogenesis and precursors of human Gastric Cancer-Berlin, 1986, Antonioli O.A. // Castro Futesfinal patobagy. // Eds Coldman H.D. Appelman. N. Kamsman- Barrymore, 1990. ch 4-p. 144-180.
10. Nagayo T., 1981 – Dysplasia of the gastric mucosa and its relation to the Precancerous state // Gann, 1981.Vol-72-p 816-823//

ТҰЖЫРЫМ

Дистансерлік науқастардың 10 жыл ішіндегі бақылауда болуы кезінде, соның ішінде 136 науқастан алынған 480 гастробиопсиядан эпителианың дисплазиялық өзгерісі анықталды. Соның ішінде асқазан ауруларында кездесетін дисплазия, оның пайда болуы, асқынып, одан аденокарциноманың дамуына әкеліп соқтырады. Төменде көрсетілгендей асқазан аурулары (атрофиялық гастриттің қайта дамуы асқазан жара ауруы) және жүісіз емделу көптеген жағдайда қатерлі ісікке әкеледі, 100 науқастың ішіндегі үшеуі осындай дертке шалдығады.

SUMMARY

The analysis of materials check-up of 10 years, 480 biopsies from 136 patients with precancerous diseases of the study of epithelial

dysplasia in gastrobiopsies. Established that among precancerous diseases of the stomach dysplasia, including severe, more common and progresses to the development of adenocarcinoma. Precancerous diseases of the stomach

(atrophic gastritis with "perestroika", a stomach ulcer), no systematic treatment often turns into cancer, almost one-third of 100 patients.

РЕЗУЛЬТАТЫ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Корнеева О.В.

*Акмолинский областной онкологический диспансер,
г.Кокшетау*

Актуальность. Для Республики Казахстан рак молочной железы (РМЖ) представляет актуальную проблему, занимая первое место среди онкологических заболеваний женщин. В мире ежегодно регистрируется более 1 млн новых случаев РМЖ, в Республике Казахстан более 3 000 случаев, в Акмолинской области до 175 случаев этого заболевания ежегодно. РМЖ лидирует среди причин смертности женщин. Ранняя и точная диагностика рака молочной железы в сочетании со своевременно начатым лечением являются определяющими факторами благоприятного прогноза заболевания. Выявление ранних стадий рака молочной железы и предшествующих ему пролиферативных процессов является одной из самых актуальных и интенсивно разрабатываемых проблем современной онкологии. Наиболее эффективным методом раннего выявления патологии молочной железы является маммография, позволяющая выявлять маленькие очаги опухоли и косвенные признаки начинающегося патологического процесса.

Внедрение в практическое здравоохранение эффективной скрининговой диагностики РМЖ – один из возможных путей улучшения результатов этой патологии. Экономическая эффективность скрининга определяется снижением смертности и уменьшением общих затрат на лечение. Международными рандомизированными исследованиями доказано, что внедрение в практику маммографического скрининга позволяет увеличить показатели ранних

форм РМЖ до 80%, показатели пятилетней выживаемости до 80%, снизить смертность от этого заболевания на 30%.

Материал и методы. В основу работы положены результаты скрининговых маммографических исследований 67 624 женщин в возрасте от 50 до 60 лет за 2008-2010г.г. в Акмолинской области. Программа маммографического скрининга начата в области в 2008 году.

Результаты. Проведен анализ результатов маммографических исследований 67 624 женщин. По данным маммографии у 3,9% (2604) пациенток были выявлены различные патологические изменения молочных желез и они были направлены на ультразвуковое исследование молочных желез, при необходимости проводилась биопсия. В результате проведенных исследований рак молочной железы выставлен в 2,5%, фиброаденомы – в 26,6%, кисты – в 17,1%, фиброзно-кистозная болезнь – в 53,8% наблюдений. РМЖ, выявленный в процессе маммографического скрининга в I-II стадиях, составил 85% наблюдений.

Вывод. Маммография является ведущим скрининговым методом исследования женщин для выявления рака молочной железы в ранних стадиях.

SUMMARY

The analysis of the results of mammography screening in the Akmola region for the period 2008-2010 years are given. The results of 67 624 mammography studies were analyzed. Early breast cancer was in 85%.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл жұмыста 2008-2010 жылдарда Ақмола облысындағы скринингінің маммографиялық нәтижелерді талдау берілді. 67 624 маммографиялық

тексерулер нәтижелері қаралды. Сүт безінің рагі I-II стадиялары 85% болды.

СЕРДЦЕ И ВОЗРАСТ

Икенова Ж.А.

Медицинский центр «САНА», г.Алматы

У пожилых и старых людей сложно обнаружить, когда возраст и сопутствующие ему изменения, а так же снижение функциональной активности всех органов и систем организма маскируют характер патологических проявлений, создают условия для их скрытого, постепенно прогрессирующего течения. Это часто ставит пациента и врача перед фактом неожиданного появления заболевания, хотя оно развивалось давно, но в тесной связи с возрастными изменениями его просто невозможно было распознать до того момента, когда из-за чрезмерной нагрузки или другой причины (чаще инфекций) резко ухудшилось состояние организма, который уже не может нормально функционировать без специальных лечебных мероприятий [1].

Существенная роль в этих процессах принадлежит сердечно - сосудистой системе и непосредственно сердцу как органу, занимающему центральное место в системе кровообращения, осуществляющего доставку органам и тканям основных веществ для их жизнедеятельности и удаления из них вредных веществ. Исследования ученых показали, что сердечно – сосудистая система стареет едва ли не раньше всех остальных систем организма. Чем длительно сохраняется на достаточном уровне функция ССС, тем медленнее изменяются с возрастом и другие системы организма [1,2].

Возрастные изменения ССС.

Процесс старения охватывает все звенья ССС – от сердца и самых крупных, магистральных сосудов до мельчайших капилляров. Наиболее заметно с возрастом

меняются артерии большого и среднего диаметра – аорта, сонная, подключичная, почечные, бедренные артерии. Уменьшается их эластичность, растяжимость, возрастает упругое сопротивление растягивающему усилию крови. Большое значение приобретает атеросклероз сосудистых стенок, изменение в структуре их среднего и внутреннего слоев (разрывы эластических волокон, деструкция эндотелиальных клеток). С возрастом увеличиваются отложения кальция и холестерина в толще стенок сосудов, образуются атеросклеротические бляшки, затрудняющие ток крови в артериях до полной закупорки сосудов, нарушается проницаемость стенок и условия транскapиллярного обмена [1,2,3]. В таких неблагоприятных условиях работает сердце старого человека и для выполнения своей функции старческое сердце должно обладать довольно большими резервными возможностями и развивать процессы компенсирующие утрату ее эластичности и функциональной активности направленную на относительное облегчение работы сердца. По мере старения человека волокна сердечной мышцы утолщаются, в связи с чем на определенное время усиливается их сокращение. Замедляется ритм сердечных сокращений, увеличивается период расслабления сердца. Постепенно механизмы компенсации истощаются, активный миокард претерпевает биохимические и структурные изменения, в нем нарушаются энергетические процессы и постепенно развивается его слабость, нарастает сердечная недостаточность. Но если в ранней ста-

дии компенсации миокард утолщается, увеличивается сила его сокращения, то постепенно стенки сердца истончаются, сила его сокращения уменьшается, полости желудочков увеличиваются, количество крови к окончанию периода сокращения увеличивается, а ударный объем крови уменьшается. Это скрытая старческая недостаточность сердца [1,2,3].

Важные компенсаторные механизмы с годами становятся все менее надежными. Тем не менее правильное понимание и отношение к ним, желание управлять ими, совершенствуя свой образ жизни можно замедлить темпы возрастного ухудшения функций ССС, укрепить и расширить диапазон ее приспособительных возможностей, действительно продлить ее активную жизнь [1-2].

Как продлить активный период жизни?

Старение организма - процесс неизбежный, физиологический, закономерный. Залогом здоровой старости являются трудовая и физическая активность, что замедляет темп старения организма и отодвигает период старческих недугов. Важно отрегулировать распорядок дня таким образом, чтобы нашлось время для активного двигательного режима. Полезны регулярные утренние, дневные или вечерние прогулки в любое время года и в любую погоду. По возможности занятия бегом, занятия в группах здоровья под наблюдением врача. Большое значение для тренировки организма имеет повторение комплекса физических упражнений в течение дня. Прекращать занятия физкультурой на длительный срок нельзя, т.к. очень скоро приобретенные положительные сдвиги в компенсаторных реакциях организма полностью исчезают. Физические упражнения необходимы даже больным пожилого возраста. Вскоре после их начала самочувствие улучшается, больной становится выносливее, улучшается деятельность сердца, дыхания, пищеварения, уменьшается чувство скованности, тугоподвижности и боли в суставах, необходимость в приеме лекарств [1,4]. Важное значение для поддержания хорошего ССС и других систем организма имеет пита-

ние. В связи с тем, что с возрастом снижается уровень окислительно-восстановительных процессов, ферментативная активность пищеварительных соков, необходимо ограничивать количество потребляемой пищи, а особенно продуктов с большим содержанием животных жиров. Дневной рацион не более 1800 ккал. Особое значение приобретает соблюдение режима питания и сбалансированность наиболее важных биологически активных пищевых веществ. С возрастом потери кальция и калия - элементов, необходимых для сохранения нормальной работы сердца, структуры костной ткани, должны восполняться употреблением в большом количестве овощей, фруктов, молока и молочных продуктов, с ограничением потребления сахара, углеводов и поваренной соли [1,4].

В старческом возрасте нужно стремиться как можно меньше принимать лекарственные препараты, т.к. в организме снижаются окислительно - восстановительные процессы, ухудшаются ферментативные процессы, нарастает опасность накопления продуктов обмена лекарственных веществ. Принимать лекарства можно только по назначению врача, чтобы избежать побочного действия лекарств [1,4].

Для поддержания и улучшения здоровья людей пожилого возраста используют санаторно-курортные факторы. Больным пожилого возраста лучше отдыхать и лечиться в местных санаториях соответствующего профиля из-за ограниченной приспособляемости к климатическим факторам. Характер процедур, их длительность и способ применения должны быть строго согласованы с врачом. При соблюдении предосторожностей санаторно-курортное лечение способствует укреплению здоровья пожилых людей [1,2].

Многое зависит от самого человека, он должен мобилизовать свою волю и желание бороться с недугами старости. Рационально построенный и настойчиво проводимый двигательный режим, максимально возможная психологическая активность, умеренность в еде, отказ от вредных привычек, соблюдение врачебных рекомендаций способствуют облегчению недугов, улуч-

шают состояние здоровья пожилых и старых людей [1,2].

Список использованной литературы:

1. Токарь А.В. Сердце и возраст – Киев. Здоровье. 1984г.
2. Бережницкий М.Н. Распознавание ранних стадий ИБС. Врачебное дело 1983 №2. С.47-49.
3. Бебешко С.Я.. Новые возможности ранней диагностики ИБС. Медицинская наука – практическому здравоохранению. Саратов, 1989. – 117-120с.
4. Шершнева В.Г. Берегите сердце. Киев.1986

ТҰЖЫРЫМ

Ағзаның қартаюуы өмірдің заңды әрі болмай қоймайтын кезеңі. Жас ұлғайған сайын қанд холестерин сапасының, қан қысымының артуы, дене салмағының ауырлауы, көмірсу алмасуы мен қан ағысының өзгеруі сөзсіз. Жастың ұлғаюының өзі жүрек-қан тамырлары ауруы катерінің белгілі бір факторларына айналады. Тәндік және психикалық-сезімталдық белсенділіктің төмендеуі, темекі тарту, ішімдікке салыну, дене салмағының ауырлауы-

ағзалар мен ұлпалардың ауруды жақындатын те қартаюының негізгі себептері. Қартайған шақта ағзадағы негізгі физиологиялықүдерістерді белгілі бір деңгейде қолдауға бағытталған орынын толтырушы тетіктерді біліп, дұрыс жастың ұлғаюына байланысты жүрек-қан тамырлары жүйесі қызметінің нашарлауы қарқынының баялауына көмектеседі, белсенді өмірді ұзартады.

SUMMARY

Growing old organism – real and unavoidable part of our life within the age there are some tendencies for rising the amount of cholesterol in the blood, arterial pressure, overweighting, the exchange of carbohydrates and bleeding. Obviously the defined principle of heart-vessels illness(HVI) is the age itself. The main reasons of growing organs and tissues are the decreasing of physical and psycho- emotional activity, smoking, alcohol and over weighting. The awareness and competitive management of compensatory mechanism supporting the basic physiological processes in particular level of growth in our body, helps to minimize the worse function in HVI, and increase the active life.

ПРОФИЛАКТИКА СТЕНОКАРДИИ

Казахан А.

Станция скорой медицинской помощи, г.Алматы

Нередко своевременная помощь пациенту с затянувшимся приступом стенокардии позволяет предотвращение возникновения инфаркта миокарда и внезапной смерти. Плановое лечение ИБС направлено на устранение или максимальное уменьшение частоты возникновения приступов стенокардии, нарушений сердечного ритма и проводимости, замедляя тем самым темпы прогрессирования заболевания. Немаловажную роль играет профилактика стенокардии.

Лечение артериальной гипертензии

Учитывая выявленную линейную зависимость между повышением уровнями систолического и/или диастолического артериального давления и риском развития ИБС, а также ее осложнений, адекватная

антигипертензивная терапия с поддержанием артериального давления на оптимальном для пациента уровне рассматривается как важный инструмент профилактики приступов стенокардии и прогрессирования ИБС.

Прекращение курения

Поскольку курение способствует увеличению в крови уровней фибриногена и карбоксигемоглобина, снижению - холестерина липопротеидов высокой плотности, повышает слипание (адгезию) тромбоцитов и облегчает спазм коронарных артерий, понятно, что отказ от этой пагубной привычки уменьшит вероятность развития приступов стенокардии и замедлит прогрессирование ИБС. Как следствие, уже в первые месяцы после прекращения курения вероятность воз-

никновения инфаркта миокарда снизится.

Гиполипидемическая терапия относится к весьма популярному и эффективному направлению в борьбе с ИБС во всех ее проявлениях и действенным инструментом в снижении сердечно-сосудистой и общей смертности, особенно среди лиц старших возрастных групп. Критерии назначения гиполипидемических препаратов (преимущественно статинов) приведены выше. Во время их приема необходим контроль функциональных показателей печени, скелетной мышечной системы (слабость и боль в мышцах), а также органов пищеварительного тракта (тошнота, тяжесть после еды, понос и т.д.).

Лечение сахарного диабета

Учитывая, что сахарный диабет как 1, так и 2 типа увеличивает риск коронарной смерти как у мужчин, так и у женщин в несколько раз, качественный контроль уровня глюкозы крови является обязательным условием ведения пациента с ИБС, стенокардией напряжения. Это может быть достигнуто не только в стационаре, но и в амбулаторных условиях (дома), в случае наличия у пациента прибора для индивидуального измерения глюкозы крови (глюкометра). Следует помнить, что важное значение в оценке качества контроля глюкозы крови отводится измерению данного показателя как натощак, так и через 2 часа после еды. Об отсутствии адекватного контроля за глюкозой крови свидетельствуют уровни, соответственно ≥ 7.0 ммоль/л (126 мг/дл) или ≥ 11.0 ммоль/л (≥ 198 мг/дл).

Физическая активность

Она показана любому пациенту с ИБС, другое дело, что ее объем должен быть разным для имеющего стенокардию напряжения 1-2 и 4 функционального класса. Если в первом случае интенсивность физиче-

ских упражнений может быть достаточно высокой, но такой, которая бы не приводила к приступам стенокардии, то во втором – показаны тренировки малой интенсивности. В процессе хорошей переносимости предложенного уровня физической активности после контроля электрокардиограммы и осмотра врача и при его согласии, возможно ступенчатое повышение уровня физической активности с тщательным самоконтролем самочувствия. Еще одним обязательным условием проведения физических тренировок является их регулярность (например, по 30 минут не менее 3 раз в неделю). Физические тренировки улучшают психологический статус пациента, повышают его устойчивость к физическим нагрузкам, благоприятно влияют на липидный спектр крови.

Устранение/минимизация факторов риска ИБС является не только действенным инструментом улучшения прогноза пациентов с данной патологией, но и некоторому повышению их устойчивости (толерантности) к физическим нагрузкам. Особенно это может быть достигнуто качественным контролем за уровнями артериального давления, глюкозы крови, массой тела, регулярным проведением ступенчатой дозированной физической нагрузки.

ТҮЖЫРЫМ

Мақалада стенокардиялар профилактикасы мәселелері келтірілген. Осындай патологиялары бар науқастарда психологиялық статусын, болжамын жақсарту үшін дене қимылы белсенділігіне ерекше мән берілген.

SUMMARY

Methods of stenocardia's prophyllaxis are submitted in article. Special attention is made to physical activity for mental status improvement, prognosis of patient with this pathology.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Икенова Ж.А.

Медицинский центр «САНА», г.Алматы

Известно, что центральное место среди всех заболеваний сердечно-сосудистой системы занимает ИБС (ишемическая болезнь сердца). Она является основной причиной смерти и инвалидизации в экономически развитых странах. ИБС все чаще отмечается не только у лиц физического, но и умственного труда, особенно среди лиц молодого и среднего возраста. Статистика свидетельствует, что смертность от ИБС крайне высока. Основными сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) поражен примерно каждый четвертый человек, а смертность от них составляет более 90% всех случаев смерти от ССЗ заболеваний. Значительное количество страдающих от ИБС не знает о наличии у них заболевания. Даже имея типичный болевой синдром в области сердца, больные не всегда обращаются к врачу. Причинами неосведомленности о своей болезни являются и недостаточно целенаправленное обследование ССЗ при отсутствии жалоб, недооценка имеющихся клинико – ЭКГ данных, скрытое течение заболевания [1,3,4].

Как же выявить ИБС?

Возникновение и развитие ИБС связано с наличием факторов риска. Все факторы риска условно делятся на внутренние и социально культурные. К внутренним факторам относятся нарушения: липидного обмена, избыточная масса тела, артериальная гипертензия, нарушение толерантности к углеводам. К социально-культурным факторам относят: курение, малоподвижный образ жизни, потребление высококалорийной пищи, нервный стресс [2,3,4].

Ведущим фактором в развитии атеросклероза и ИБС является повышенное количество холестерина в крови – гиперхолестеринемия. Так, снижение концентрации холестерина сыворотки крови на 10% снижает риск ИБС у мужчин до 44 лет на 54%, в возрасте 45-54 года – на 39%, от 55 до 64 лет – на 27%, а от 65 до 74 лет – на 20%. Самый распространенный из всех факторов риска, который можно избежать -

курение. В 25% случаев снизить частоту ИБС можно отказом от курения. Нет сомнения и относительно ожирения, как фактора риска. По данным ВОЗ до 60 лет доживают 60% тучных людей, до 70 лет лишь 30% . О роли повышенного артериального давления как фактора ИБС говорит тот факт, что риск развития ИБС возрастает примерно в 7 раз при увеличении уровня систолического давления до 180 миллиграмм рт.ст [2,3]. Факторы риска взаимосвязаны и определяют друг друга, например, малоподвижный образ жизни, нерациональное питание богатое холестерином, непосредственно связано с внутренними факторами: избыточной массой тела, нарушением липидного обмена. Поэтому снижение заболеваемости и смертности от ИБС связано с образом жизни, питанием, уменьшением степени факторов риска, с улучшением диагностики и лечения. В практическом плане борьбы с ИБС следует обратить внимание на социально-культурные факторы риска (курение, нерациональное питание, малая физическая активность, нервные стрессы и т.д.), обуславливающие в значительной мере внутренние факторы, ведущих к развитию заболеваний [3,4]. Для раннего выявления ИБС необходим комплекс целенаправленных медицинских исследований:

1. Опрос и физикальное обследование ССС.
2. ЭКГ с учетом нагрузочных проб (ВЭМ, тредмил – тест).
3. Определение показателей липидного обмена и свертывающей системы.
4. Использование специального опросника Роузе (отличается высокой информативностью) [2,4].

Данные физикального обследования больных в раннем периоде могут быть крайне скудными, но их используют в комбинации с другими исследованиями. Из всех инструментальных исследований широко применяемым и достаточно информативным является метод электрокардиографии (ЭКГ) [2]. Нередко изменение на

ЭКГ – единственный признак ИБС, о котором сам пациент не догадывается. Запись ЭКГ можно повторять, сравнивать, архивировать, подвергать компьютеризированному анализу.

Важную роль в ранней диагностики ИБС играют так называемые нагрузочные пробы, особенно ВЭМ и тредмил – тесты, которые позволяют строго дозировать физические нагрузки во время исследований и проводить ЭКГ – мониторинг во время пробы [2]. Помимо этого применяют лабораторные исследования: изучение липидного обмена и свертывающей системы крови.

Таким образом, в профилактики и ранней диагностики ИБС основное значение имеет раннее обращение к врачу, учет факторов риска, данные ЭКГ и клинко-лабораторные исследования.

Список использованной литературы:

1. Калинина А.М. и др. Выявление ИБС при обследовании мужского населения 40-59 лет. Кардиология. -1989.- т.29. - №12. - С.93-97.

2. Курчатова С.А.и др. Применение дозированной физической нагрузки на тредмиле при массовом профилактическом обследовании населения. Тер.арх. -1978. - т.50. - №8. – С.12-14.

3. Бережницкий М.Н. Распознавание ранних стадий ИБС. Врач.дело. 1983. - №2. -С.47- 49.

4. Бебешко С.Я. Новые возможности ранней диагностики ИБС. Медицинская наука – практическому здравоохранению. Саратов, 1989. - С.117-120.

ТҮЖЫРЫМ

Аурудың алғашқы белгілері мен асқынуын анықтау үшін наукастың дәрігерлік көмекке дер кезінде көрінуі жүрекқан тамырлары ауруының дамуының алдын алуға мүмкіндік береді. Жүрек-қан тамырлары жүйесі ауыратын наукастың тұрмыс салтын сауықтыруы, зиянды әдеттерден бас тартуы, қажет болған жағдайда тексеріліп, дәрідәрмекпен емделуі аурудың үдеуінен ойдағыдай сақтанудың кепілі болып табылады.

SUMMARY

The timely reference of the patient for medical aid for revealing first attributes or the aggravations of illness can prevent development of heart diseases. The improvement of the life of patients who has heart diseases, refusal of harmful habits if necessary for examination, and medical treatment are the basis for successful prevention of disease progression.

ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ярославцева Т.Н.

Городская поликлиника №1, г.Уральск

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смертности населения всех развитых стран. В основе большинства этих заболеваний лежит атеросклероз. Эти заболевания долгое время могут не сопровождаться никакими симптомами. Сердечно-сосудистые катастрофы, в первую очередь инфаркт миокарда и мозговой инсульт, часто возникает внезапно, неожиданно для больного. Поэтому для успешной борьбы с этими заболеваниями требуется их активная профилактика и в первую очередь коррекция так называемых факторов риска.

С этой целью организуются школы здоровья для пациентов с артериальной

гипертонией. Внедрение школ для пациентов с артериальной гипертонией в реальную практику позволяет уже в течение одного года убедиться в их эффективности: стойко возрастает процент достижения целевого уровня АД у пациентов, уменьшается частота факторов риска, определяющих прогноз сердечно-сосудистых осложнений, и соответственно, риск осложнений, что позволяет контролировать артериальную гипертонию. Длительное наблюдение подтверждает, что у пациентов, прошедших обучение в школах, прогноз течения заболевания и жизни лучше по сравнению с обычным лечением.

Школа для пациентов – это совокупность средств и методов индивидуального и группового профилактического консультирования пациентов, направленного на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков, позволяющих рационально лечить заболевание, проводить профилактику осложнений и повышать качество жизни.

Цель организации школы – оптимизация, совершенствования и расширение охвата, доступности и улучшения качества медицинской профилактической помощи населению, в частности, пациентам с артериальной гипертензией.

Цель обучения – информировать пациентов о заболевании и факторов риска его развития, сформировать у них ответственность за сохранение своего здоровья и более сознательное отношение к оздоровлению, что должно способствовать воспитанию заинтересованности в лечении и выполнении рекомендации врача.

После окончания обучения в школе пациенты должны знать:

- причины, симптомы повышения АД и осложнений АГ (гипертонический криз, преходящее нарушение мозгового кровообращения, стенокардия);
- факторы, способствующие формированию заболевания и определяющие риск развития его осложнения;
- основы самоконтроля АД в домашних условиях;
- средства доврачебной самопомощи при повышении АД;
- основы здорового питания, особенности питания при АГ;
- принципы диетического питания при ожирении;
- влияние поведенческих факторов риска на здоровье;
- основные группы гипотензивных препаратов, показания и основные побочные действия лекарств, снижающих АД;

После окончания обучения в школе пациенты должны уметь:

- применять полученные знания для самоконтроля за состоянием здоровья;
- вести дневник пациента;

- проводить самооценку и контроль АД и факторов, влияющих на течение заболевания;

- следовать назначениям врача, не заниматься самолечением;

- самостоятельно применять средство доврачебной помощи;
- контролировать массу тела и поддерживать её на оптимальном уровне;

- применять в повседневной жизни немедикаментозные методы по уменьшению поведенческих факторов риска;

- для курящих решение бросить курить, уменьшить вред курения для собственного здоровья и здоровья окружающих;

- принимать меры по снижению уровня стресса, контролировать стрессовое поведение и формировать отношение к нему, чтобы уменьшить негативное влияние на здоровье;

- использовать всё возможное и зависящее от самого пациента, чтобы сознательно соблюдать рекомендации врача, лечиться и оздоравливаться.

Программа обучения состоит из цикла структурированных занятий. Всего в цикл входит 8 занятий. Содержание занятий составлено с учетом вопросов наиболее часто задаваемых врачу пациентами с артериальной гипертензией.

Активная часть занятий направлена на развитие у пациентов умения и навыков, необходимых в повседневной жизни для эффективного контроля за АД, и формирования сознательного участия пациента в сохранении своего здоровья.

Образовательные программы за рубежом и в нашей стране зарекомендовали себя, как наиболее эффективные формы профилактической работы с больными. Многочисленные исследования показывают, что эффективность лечения больных с АГ зависит не только от компетентности врача и правильности назначений, но и от точности соблюдения больными этих рекомендаций, обозначаемых термином «приверженность к лечению».

Приверженность к лечению – это точное и постоянное выполнение больным врачебных назначений, которое во многом определяет прогноз хронических заболева-

ний, в том числе АГ. Приверженность к лечению во всём мире составляет в среднем 50-60%, это означает, что только половина больных, которым назначено лечение, выполняют рекомендации врача.

Обучение больных с АГ признано одним из основных методов формирования готовности больных к выполнению врачебных назначений, оздоровлению поведенческих привычек, которые формируют факторы риска, влияющие на прогноз заболевания, и к проведению самоконтроля АД.

По данным наблюдения, в группе обу-

чаемых больных через год сокращается число случаев нетрудоспособности, снижается частота госпитализации, существенно снижается риск сердечно-сосудистых осложнений, что является конечной целью эффективного контроля АД.

Список используемой литературы:

1. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. Возможности практического здравоохранения. Программа для пациентов с ИБС. Медцентр «Здравница».
2. Оганов Р.Г. Пособие «Школа здоровья» акад. РАМН.

РОЛЬ СТАТИНОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ярославцева Т.Н.

Городская поликлиника №1, г.Уральск

Сердечно-сосудистые заболевания – это наиболее частая причина заболеваемости, смертности и инвалидности населения индустриально развитых стран. В основе всех этих заболеваний лежит единый патологический процесс – атеросклероз.

Атеросклероз – одна из главных медицинских проблем современности. На протяжении более чем 70 лет в развитых странах отмечалось прогрессирующее учащение и отягощение проявлений атеросклероза и их «омоложение».

Предупреждение сердечно-сосудистых заболеваний является важнейшей государственной задачей, так как именно эти заболевания составляют основу смертности населения. Эту проблему решает профилактика, которая в самом общем виде определяется как «действие, направленное на предупреждение события». Современная медицинская наука пока ещё не всегда способна однозначно определить конкретные причины основных сердечно-сосудистых заболеваний, однако, ей хорошо известны те факторы, наличие которых свидетельствует

о высокой вероятности развития заболевания. Эти факторы называются факторами риска, они далеко не всегда являются непосредственной причиной заболевания, тем не менее, совершенно чётко доказано, что воздействие на них может дать значительный эффект в отношении риска развития заболевания и его осложнений.

В зависимости от того, на каком этапе осуществляется профилактическое воздействие, выделяют различные уровни профилактики. Первичная профилактика предупреждает само развитие болезни, устраняя её причины. Однако, поскольку основные причины большинства сердечно-сосудистых заболеваний не ясны, современная первичная профилактика направлена, в первую очередь, на борьбу с факторами риска этих заболеваний. Первичная профилактика часто осуществляется на государственном уровне и подразумевает воздействие на всё население в целом. Хотя, первичная профилактика может быть направлена и более точно, на определённые группы людей, имеющие отдельные факторы риска или их набор, т.е.

имеющих высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений. Обязательным этапом этой профилактики является скрининг – идентификация у человека не распознанного ранее заболевания или фактора риска. Дальнейшие действия заключаются в борьбе с установленными ФР. Такой вариант первичной профилактики в значительной степени осуществляется системой здравоохранения.

Для осуществления вторичной профилактики, в первую очередь, необходимо выявлять уже заболевших людей (в том числе лиц с доклиническими, ничем не проявляющими себя признаками заболевания) и затем использовать весь комплекс мероприятий, направленных на замедление прогрессирования заболевания и снижения риска осложнений. Вторичная профилактика проводится прежде органами здравоохранения, самое непосредственное участие в ней (в отличие от первичной профилактики) принимают лечащие врачи.

Поскольку многие ФР могут быть скорректированы с помощью лекарственных препаратов, возникает вопрос, может ли длительное использование таких препаратов повлиять на течение заболевания, снизить риск развития осложнений и в конечном счёте продлить жизнь больного. Эту проблему можно рассмотреть на примере классического ФР – повышенного уровня холестерина в крови – гиперлипидемии. В ряде крупных эпидемиологических исследований (в частности, во Фремингемском исследовании) было доказано, что в популяции существует прямая связь между смертью населения (в первую очередь от ишемической болезни сердца) и уровнем холестерина в крови. Ещё раньше было доказано, что повышенный уровень холестерина лежит в основе атеросклеротического процесса. Появилась вполне логическая идея снизить вероятность сердечно-сосудистых осложнений, понизив уровень холестерина в крови. Первоначально для этой цели использовались методы немедикаментозного воздействия (в первую очередь, диеты).

Такие исследования дали вполне обнадеживающий результат и в принципе подтвердили, что любое снижение уровня

холестерина в крови способно положительно влиять на вероятность сердечно-сосудистых осложнений. Очевидно, что любые меры связанные с достаточно радикальным изменением образа жизни внешне здорового человека, потребуют очень больших усилий для их реализации, пропаганда таких мер является не столько медицинской, сколько общегосударственной задачей.

В конце XX века в клиническую практику были предложены так называемые статины (ингибиторы 3-гидрокси-3-метилглутарил коэнзима А). В клинике их стали использовать задолго до того, как появились данные доказательной медицины, продемонстрировавшие способность этих препаратов существенно повлиять на показатели смертности больных. Это было сделано сначала в исследованиях по вторичной профилактике сердечно-сосудистых осложнений, классическим примером является исследование 4S. В дальнейшем в ряде рандомизированных контролируемых исследований и в крупных мета-анализах было убедительно показано, что назначение статинов в качестве вторичной профилактики может значительно улучшить прогноз жизни больного в самых различных ситуациях (при остром коронарном синдроме, инфаркте миокарда, после перенесенного нарушения мозгового кровообращения).

В исследовании AFCAPS/TexCAPS через пять лет назначения ловастатина в дозе 20-40 мг. В дополнение к жёсткой гиполлипидемической диете наблюдали существенное снижение частоты фатального и нефатального инфаркта миокарда, внезапной смерти и нестабильной стенокардии. В исследовании ASCOT-LLA назначение аторвастатина в дозе 10 мг (средняя продолжительность лечения 5,5 лет) лицам с артериальной гипертонией, нормальным или незначительно повышенным уровнем холестерина крови, а также наличием по крайней мере 3 других ФР привело к существенному снижению вероятности смерти от ИБС или нефатального инфаркта миокарда. В исследовании CARDS включали больных сахарным диабетом 2-го типа и отсутствием признаков сердечно-сосудистых заболеваний. Назначение аторвастатина в

дозе 10 мг (средняя продолжительность лечения 4 года) привело к существенному снижению (на 37%) частоты основных коронарных событий.

Таким образом, данные доказательной медицины свидетельствуют о принципиальной возможности использования статинов для эффективной профилактики сердечно-сосудистых заболеваний. При грамотном назначении такая профилактика может существенно снизить вероятность сердечно-сосудистых осложнений у лиц высокого риска, а значит, в конечном итоге продлить жизнь людей.

Список используемой литературы:

1. Аронов Д.М., Бубнова М.Г., Никитин Ю.П. и др. Эффективность и безопасность применения симло и больных коронарной болезнью с гиперхолестеринемией.
2. Марцевич С.Ю., Кутишенко Н.П.. Первичная профилактика сердечно-сосудистых осложнений.

3. Драпкина О.М. Заболевания сердца и возможности статинов.

4. Сергиенко И.В., Семёнова А.Е., Масенко В.П. Терапия статинами у больных ИБС.

ТҮЖЫРЫМ

Статиннің әсері көп қырлы болатынын дәл қазір дәлелдеген. Қандағы липид құрамдарын оңтайландыру дығана емес, эндотелия функцияларға оң ықпал етеді, қабынудың факторларының деңгейлерін төмендетеді. Статиндар жаңа түзілімдердің өсулеріне, процесстің дамытуна ингибитор жасай оған ықпал етеді, дәл осылай атап өтеді.

SUMMARY

В настоящее время доказано, что эффекты статинов многогранны. Они не только оптимизируют липидный состав в крови, но и положительно влияют на функцию эндотелия, снижают уровень факторов воспаления. Отмечается так же, что статины положительно влияют на рост новообразований, ингибируя развитие данного процесса.

ПРИМЕНЕНИЕ БЕРЛИТИОНА В ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕЙРОПАТИИ

Левчик Т.Б.

Городская поликлиника № 1, г.Уральск

Диабетическая нейропатия — одно из наиболее частых осложнений сахарного диабета (СД). Распространенность ее, по данным разных авторов составляет 15,5–47,6%, однако, в зависимости от методик обследования больных частота выявления диабетической нейропатии варьирует от 10 до 100%. Среди всех поражений периферической нервной системы, встречающихся в клинической практике, диабетическая нейропатия занимает ведущее место. Частота развития этого осложнения повышается с возрастом больных, а также по мере увеличения длительности существования СД. Клинически значимые проявления диабетической нейропатии выявляются у более чем 50% пациентов при длительности заболевания

10–15 лет, у 7% больных с инсулиннезависимым СД — при установлении диагноза.

На конференции по проблемам диабетической нейропатии (Сан-Антонио, 1988) дано такое определение этого заболевания: диабетическая нейропатия — это описательный термин, обозначающий какое-либо нарушение со стороны нервной системы, проявляющееся клинически или субклинически, вызванное СД при отсутствии других причин развития периферической нейропатии. Нейропатическое нарушение включает симптомы со стороны соматических и/или вегетативных отделов периферической нервной системы.

Периферическая полинейропатия подразделяется на соматическую с преимущест-

венным поражением сенсорных или двигательных нервных волокон и автономную. Клиническая картина складывается из компонентов положительной симптоматики: моторной (ночные судороги в мышцах) и сенсорной (покалывание, напряженность, ползание мурашек, боль, жжение, онемение); отрицательной симптоматики: моторной (слабость, атрофия) и сенсорной (снижение тактильной, болевой, температурной видов чувствительности и суставного чувства). Симптомами автономной нейропатии являются головокружение при изменении положения тела, сердцебиение в покое, сухость кожи, чувство переполненного желудка, тошнота, рвота, диарея, импотенция, дизурия. Активная клиническая симптоматика диабетической полинейропатии с развитием выраженного болевого синдрома часто приводит к значительному ухудшению качества жизни больных; к прогрессирующей амиотрофии, формированию синдрома диабетической стопы с последующей ампутацией, риску ранней смерти.

Основным направлением в профилактике и лечении диабетической нейропатии является коррекция углеводного обмена. Но строгий контроль уровня гликемии и гликированного гемоглобина ($HbA_{1c} < 7,0\%$) у большинства пациентов трудно достижим, что вызывает дополнительное использование лекарственных препаратов. В связи с этим является актуальным поиск и исследование эффективности применения средств, способных предотвратить развитие и прогрессирование неврологических осложнений как с медицинской, так и социальной точек зрения.

В последнее время появилось немало сведений об эффективности альфа-липоевой (тиоктовой) кислоты в лечении диабетической полинейропатии. Берлитион действует как коэнзим комплекса ферментов, принимающих участие в окислительном декарбоксилировании альфа-кетокислот; усиливает транспорт глюкозы и положительно влияет на энергетический обмен клетки, активируя ферменты митохондрий, тормозит процессы глюконеогенеза и кетогенеза, что способствует нормализации обменных процессов и компенсации заболевания,

ингибирует процессы избыточного неферментативного гликирования.

Проведен анализ эффективности лечения Берлитионом диабетической нейропатии у 43 больных сахарным диабетом. Из них 31 женщина и 12 мужчин, в возрасте от 18 до 57 лет, длительность заболевания от 5 до 15 лет. Пациенты получали в течение 10 дней берлитион 600 мг в 250 мл физиологического раствора внутривенно капельно, затем в течение 30 дней берлитион 600 мг 1 раз в день перорально.

Оценка неврологических симптомов проводилась индивидуально по отдельным симптомам. Клиническое неврологическое исследование проводилось для объективной оценки выраженности сенсомоторных расстройств. При этом проводилась оценка порога чувствительности:

1. тактильной с помощью монофиламента массой до 10 г;
2. болевой при помощи тупой иглы;
3. температурной при помощи термического наконечника (Thip-term);

Результаты лечения

На протяжении лечения побочных эффектов, гипогликемических состояний отмечено не было, также не было значительных изменений в дозах сахароснижающих препаратов.

Снижение активности и интенсивности неврологической симптоматики (боли, жжение, онемение, парестезии нижних конечностей) было отмечено уже на 6-7 инфузиях. Рассматривая в отдельности различные основные симптомы периферической сенсорной нейропатии (боль, жжение, парестезии, онемение), можно отметить, что после применения Берлитиона по всем симптомам был достигнут значительный терапевтический эффект по сравнению с исходным состоянием.

Выводы

1. Лечение дистальной диабетической полинейропатии Берлитионом приводит к значительному уменьшению симптомов нейропатии (боли, жжения, онемения, парестезии).

2. Снижение симптомов дистальной диабетической полинейропатии сопровожда-

ется улучшением неврологического статуса: температурной, тактильной, болевой чувствительности.

3. Таким образом, препараты а-липоевой кислоты (препарат Берлитион) являются безопасными и эффективными средствами лечения различных клинических форм диабетической нейропатии.

Список использованной литературы:

1. Дедов И.И., Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю., Удовиченко О.В. Синдром диабетической стопы // Пособие для врачей. – Москва, 2003.
2. Гурьева И.В., Комелягина Е.Ю., Кузина И.В. Диабетическая периферическая сенсомоторная нейропатия. Патогенез, клиника и диагностика // Методические рекомендации. – Москва, 2000.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Султамуратова А.Ж.,
КГКП Поликлиника №1, г.Павлодар

В течение нескольких десятилетий одной из актуальных проблем в кардиологии является АГ - как самое распространенное заболевание среди сердечно-сосудистых болезней. Особую тревогу вызывают широкое распространение АГ среди трудоспособного населения, ранний выход на инвалидность и снижение продолжительности жизни.

АГ - один из первейших факторов риска развития коронарных болезней сердца, сердечной недостаточности, нарушения ритма сердца, мозговых кровоизлияний. В настоящее время уровни как систолического, так и диастолического АД независимо связаны с риском развития мозгового инсульта и ИБС [1-2].

С возрастом риск возникновения АГ увеличивается. Для лиц 40-70 лет при увеличении АД на каждые 20/10 мм рт. ст. удваивается риск сердечно-сосудистых заболеваний в диапазоне АД от 115/75 до 180/115 мм рт. ст., поэтому необходимо отметить важность ранней диагностики и лечения [3]. У больных АГ риск развития сердечно-сосудистых заболеваний определяется не только уровнем АД, но также наличием и степенью выраженности факторов риска: гиперхолестеринемия, алиментарное ожирение II-IV ст., курение, алкоголь [4].

Обследование больных с АГ имеет три основные цели:

- Определить уровни АД
- Установить вторичные причины АГ
- Определить общий сердечно-сосудистый риск путем выявления других факторов помимо АГ, поражения органов мишеней и сопутствующих заболеваний или клинических состояний.

Наряду со сбором анамнеза и измерением АД важное место в обследовании больных с АГ принадлежит физикальному исследованию, а также инструментальным и лабораторным методам исследования: состояние глазного дна, ЭКГ, ЭХОКГ, УЗИ брюшной полости и почек, холестерин, сахар крови, мочевины крови, осмотр гинеколога, анализ мочи, липопротеиды высокой плотности, триглицериды, калия, мочевой кислоты.

Артериальная гипертензия — распространенное заболевание среди заболеваний, требующих постоянного лечения. Главная опасность в том, что больные часто не ощущают повышения АД и не обращаются к врачу. Раннее выявление и лечение заболевания АГ увеличивает продолжительность жизни пациента и уменьшает риск осложнений данного заболевания.

Список использованной литературы:

1. Гипертоническая болезнь / Методические рекомендации. Под ред. проф. Миррахимова Э.М.-

Бишкек: Кыргызская государственная медицинская академия, 2000. - 26 с.

2. Бритов А.Н., Быстрова И.М. Новые рекомендации Объединенного национального комитета по предупреждению, диагностике и лечению артериальной гипертензии // Кардиология. - №11. - 2003 - С. 93-97.

3. Методические аспекты клинической дифференциации симптоматических артериальных гипертензий / Методические рекомендации. - Алматы, 2004. - 44 с.

4. Хайдарова Т.С., Акимбаева А.А. Влияние образа жизни населения на состояние здоровья // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни,

профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - №4. - 2008 - С.42-44.

ТҮЖЫРЫМ

Тамыр патологиясының шын көңілімен өлім-жітімнің көрсеткішінің тамыр азайт гипертензиясының диагностика және емдеуі.

SUMMARY

Ranyaya diagnosis and treatment of hypertension reduces mortality from cardiovascular disease.

ОБУЧЕНИЕ В ШКОЛЕ ДИАБЕТА

Левчик Т.Б.

Городская поликлиника № 1, г.Уральск

Одной из основных задач современной диабетологии является оптимизация терапевтических подходов, которые позволили бы повысить как медицинскую, так и экономическую эффективность лечения пациентов, больных сахарным диабетом. В настоящее время неотъемлемой и важной частью решения этого вопроса стало повышение качества жизни пациентов больных сахарным диабетом и членов их семей путем обучения больных.

Современная концепция ведения больных трактует данное заболевание как «образ жизни». Такой подход диктует, в первую очередь, необходимость снабдить людей, больных сахарным диабетом, и членов их семей теми знаниями и навыками, которые облегчили бы процесс адаптации и всей дальнейшей жизни в новых для них условиях.

В городской поликлинике № 1г. Уральска работает школа диабета. В основе обучения лежит групповой принцип. Групповое обучение больных имеет ряд ощутимых преимуществ перед индивидуальным. Обучение и лечение в группе создает определенную атмосферу, помогающую больным воспринять болезнь в нужном свете, уменьшает чувство одиночества. Боль-

ные имеют возможность обмениваться опытом, получить поддержку не только обучающего, но и друг друга, наблюдать положительную динамику в течении заболевания на примере других больных. В группе усиливается эмоциональный компонент обучения, наряду с фактическим, что улучшает восприятие и повышает согласие больных с лечением. Однако, групповое обучение не исключает индивидуальной работы с больными.

В отдельных случаях проводится индивидуальное обучение.

При формировании группы учитываются следующие моменты:

- состав группы должен быть однородным по типу заболевания и методам лечения, то есть отдельно проводятся занятия для пациентов 1 и 2 типом сахарного диабета; создаются разные группы и для людей с диабетом 2-го типа, получающих таблетированную терапию и инсулин.
- важно разделить пациентов по возрастам: подростки и пожилые люди, женщины, планирующие беременность и т.п.
- в группе обычно есть и обученные пациенты, и пациенты с низким уровнем знаний о сахарном диабете; впервые заболевшие пациенты должны заниматься в отдельной группе.

• для введения полноценных занятий группа не должна превышать 6-7 человек. При таком количестве слушателей возможен оптимальный контроль за знаниями каждого пациента.

Важную роль в обучении выполняют наглядные пособия; плакаты, рисунки, таблицы, карточки по питанию, фильмы, презентации. На наших занятиях информация подается через все возможные органы чувств: слух, зрение, осязание. На занятиях мы используем плакаты, наборы таблиц, рисунки; презентации, фильмы, активно используется доска, на которой обучающиеся пишут, рисуют, раскладывают муляжи «разрешенных» и «запрещенных» продуктов. Использование игровых элементов значительно облегчает задачу преподнесения материала.

Программа должна быть структурированной, т.е. материал излагается последовательно от простого к сложному, от теоретического к практическому. Каждый новый блок информации предоставляется пациенту только при полном усвоении им предыдущих знаний. Длительность курса обучения состоит из 5 занятий продолжительностью 1-1,5 часа. Программа

обучения включает следующие темы:

- Что такое сахарный диабет.
- Питание при сахарном диабете 1 типа, роль физических нагрузок.
- Питание при сахарном диабете 2 типа, роль физических нагрузок.
- Диета при сахарном диабете.
- Необычные ситуации в жизни больных сахарным диабетом.
- Осложнения сахарного диабета, самоконтроль.

Важной составной частью лечения-обучения является формирование у больного устойчивой мотивации на применение полученных знаний в дальнейшем, в домашних условиях, полностью самостоятельно без участия врача. Мотивация – это то, что заставляет людей учиться, а затем стремиться к тому, чтобы изменить свой стиль жизни, адаптируя его к болезни, но не позволяя диабету управлять собой.

В конце цикла обучения проводится анкетирование пациентов по всем темам «школы самоконтроля», что позволяет проконтролировать уровень теоретических и практических навыков, полученных на занятиях. В конце обучения слушателям выдается сертификат.

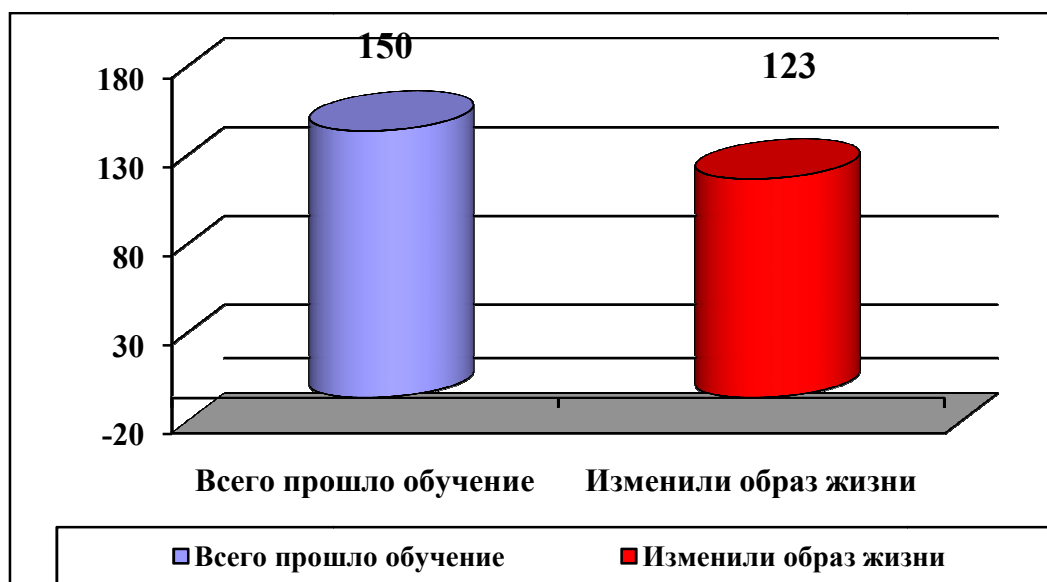


Рисунок 1. Школа самоконтроля при диабете.

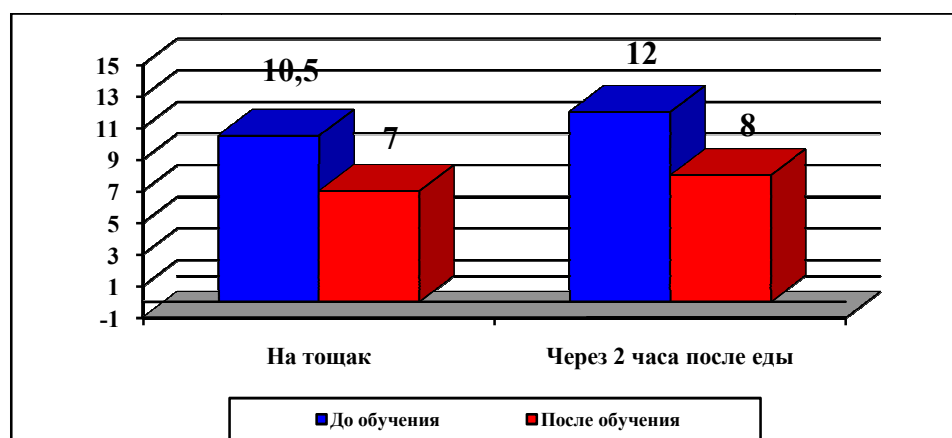


Рисунок 2. Уровень гликемии.

Из 150 пациентов прошедших обучение 123 изменили образ жизни (см. рисунок 1). Уровень глюкозы в крови натощак (см. рисунок 2) у 71 пациента в течение года не превышал 7,0 ммоль/л (до обучения - был выше 10,5 ммоль/л), через 2 часа после еды не превышал 8,0 ммоль/л (до обучения - 12,0 ммоль/л). В данной группе больных не было прогрессирования сосудистых осложнений (ретинопатии, ангиопатии нижних конечностей, нейропатии).

Список использованной литературы:

1. И. И. Дедов, Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова, Л.Н. Щербачева, «Сахарный диабет у детей и подростков». Москва, 2002 г.
2. И.И. Дедов, М.Б. Анциферов, Г.Р. Галстян, А.Ю. Майоров, Е.В. Суркова, «Обучение больных сахарным диабетом». Москва, 1999 г.
3. И.И. Дедов, О.М.Смирнова, Т.В. Никонова «Лечение сахарного диабета 1 типа». Москва, 2003 г.
4. И.И. Дедов, «Сахарный диабет в пожилом возрасте». Москва, 2003 г.

ЗНАЧЕНИЕ ДИЕТОТЕРАПИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Наурзова З.К.,

Детская городская больница №1, г.Костанай

Большое распространение и непрерывное учащение аллергических болезней у детей, регистрируемые по всему миру, привлекают пристальное внимание педиатров, особенно это связано с тем, что аллергические заболевания занимают одно из ведущих мест в структуре общей заболеваемости детей раннего возраста. Их распространенность в Казахстане, как и во всем мире, постоянно увеличивается. Среди причин возникновения аллергических реакций основными являются наследственная предрасположенность, загрязнение окружающей среды, использование в пищевой

промышленности консервантов и красителей, интенсивное применение лекарственных средств, особенно антибиотиков, табакокурение и др.

Особого внимания заслуживает тот факт, что большинство случаев аллергических болезней у детей первого года жизни приходится на атопический дерматит. В связи с чем, одним из актуальных вопросов в работе педиатра является профилактика пищевой аллергии. Для детей на первом году жизни ведущими факторами сенсibilизации являются пищевые аллергены, в первую очередь на коровье молоко и смеси на его ос-

нове, затем белок и желток куриного яйца, манная каша, цитрусовые и др. Распространенность пищевой аллергии у детей раннего возраста составляет около 10 %, аллергия к белкам коровьего молока выявляется приблизительно у 3 % детей, и как правило, чаще эти дети находятся на смешанном или искусственном вскармливании.

Особенно рано аллергические болезни развиваются у детей с наследственной предрасположенностью. Исследование семейного анамнеза на сегодняшний день – это основной, наиболее достоверный метод выявления риска развития аллергии. Зачастую риск возникновения различных атопических реакций повышен у детей, у которых хотя бы один из родителей или ближайших родственников (брат, сестра) страдают аллергическими заболеваниями (атопический дерматит, бронхиальная астма, аллергический ринит). В случаях, когда оба родителя страдают аллергией, риск развития атопии у малыша повышен и может быть крайне высоким. Однако не следует забывать, что даже если аллергический анамнез ребенка не отягощен, риск развития пищевой аллергии у детей на белки коровьего молока также вероятен.

Профилактика пищевой аллергии включает в себя первичные и вторичные мероприятия. Целью первичной профилактики аллергии является исключение развития сенсибилизации организма, то есть предотвращение контакта с аллергеном. Наилучшим способом профилактики атопии в раннем возрасте является грудное вскармливание. Вскармливание грудным молоком в течение первых 6 месяцев доказано снижает риск сенсибилизации к белку коровьего молока, а также частоту развития атопического дерматита, аллергического ринита, бронхиальной астмы. Если же ребенок в первые месяцы жизни находится на искусственном вскармливании, самыми частыми пищевыми аллергенами являются белки молочной смеси. В отличие от грудного молока, смеси для искусственного вскармливания содержат потенциальные аллергены в количествах, превышающих концентрацию таковых в грудном молоке более чем в 100 раз.

Наиболее эффективный метод предупреждения развития аллергии у таких детей – это коррекция диеты с использованием специальных гипоаллергенных смесей. Хороший эффект диетопрофилактики развития аллергических болезней наблюдается у детей с риском развития атопий при применении профилактической смеси на основе частично гидролизованного белка «Нутрилон Гипоаллергенный 1 и Нутрилон гипоаллергенный 2», Нутриция, Голландия. Доказано, что белки аллергены имеют молекулярный вес от 10 до 60 кДа. Снижение антигенной нагрузки в этих смесях достигается при помощи частичного гидролиза их белкового компонента, представленного 100% сывороточными белками. В результате комбинации таких методов, как ферментативный гидролиз, тепловая обработка, ультрафильтрация значительно уменьшается содержание белков с длинной цепью, способных вызвать аллергические реакции. Таким образом, количество β -лактоглобулина, являющегося основным аллергеном белка коровьего молока в смесях «Нутрилон Гипоаллергенный 1 и Нутрилон гипоаллергенный 2» (Нутриция, Голландия) в 360 раз меньше по сравнению с его количеством в цельном коровьем молоке.

На сегодняшний день доказано, что немаловажным фактором, предупреждающим развитие пищевой аллергии у ребенка на первом году жизни, является отсутствие нарушений в составе микрофлоры кишечника, так как бифидо и лактобактерии играют значительную роль в формировании местного иммунитета. Состав обеих смесей обогащен пребиотиками IMMUNOFORTIS – запатентованной формулой пищевых волокон, которые имеют клинически доказанное укрепление иммунитета аналогичное пребиотикам грудного молока. Добавление в смеси «Нутрилон Гипоаллергенный 1 и Нутрилон гипоаллергенный 2», Нутриция, Голландия пребиотиков – галакто- и фрукто-олигосахаридов способствует увеличению роста и активности бифидобактерий, формированию микробиоценоза кишечника и это положительное влияние на формирование кишечной микрофлоры, а также оральной толерантности доказано в ряде научных

исследований. В своих исследованиях Е. Bruzzese и соавторы (2009) отметили в ходе проведенного ими исследования снижение, как общего числа кишечных инфекций, так и инфекций верхних дыхательных путей, у детей, получавших смеси, обогащенные комплексом пребиотиков IMMUNOFORTIS. В исследовании G Мого доказано, что Нутрилон Гипоаллергенный с пребиотиками Иммунофортис в 2 раза эффективней снижает риск развития аллергии по сравнению с другими стандартными гипоаллергенными смесями (без пребиотиков Иммунофортис) в первые 6 месяцев жизни во время питания смесью. Исследованиями S Arslanoglu доказано, что пребиотики IMMUNOFORTIS играют активную роль в предотвращении проявлений симптомов аллергии. Их присутствие в смесях позволяет, более чем в 2 раза снизить аллергическую заболеваемость различными атопиями у детей в течение последующих 2 лет, при сравнении с другими стандартными гипоаллергенными смесями, при условии как можно раннего введения данной смеси.

Уже к концу первой недели использования данного продукта у детей отмечается положительная динамика. Во время повторных визитов родители сообщают, что у детей нормализуется деятельность кишечника, наблюдается самостоятельный ежедневный стул, кашицеобразной консистенции, 1-2 раза в день. Также отмечается хорошее усвоение смеси. Несмотря на своеобразное горьковатое послевкусие смеси, практически все дети легко адаптировались на нее, случаи отказа

от приема смеси детьми наблюдались крайне редко. К концу второй недели наблюдения практически у 80% детей полностью купировались диатезные явления, родители отмечали отсутствие сухости и шелушения кожных покровов у малышей, реже появлялась гиперемия щек, которая беспокоила их малюток во время кормления стандартной базовой смесью. В дальнейшем данные дети не нуждались в проведении дополнительного лечения антигистаминными препаратами, родители оставались довольными подобранной диетотерапией.

Таким образом, подводя итоги вышеперечисленных наблюдений у детей, находящихся на искусственном или смешанном вскармливании с риском развития аллергических заболеваний, с уверенностью можно сказать, что своевременное выявление отягощенного семейного анамнеза, применение диетотерапии значительно снижает заболеваемость различными атопиями у детей раннего возраста. Применение профилактических смесей «Нутрилон Гипоаллергенный 1 и Нутрилон гипоаллергенный 2» (Нутриция, Голландия) эффективно предотвращает возникновение атопического дерматита у малышей. Перечисленные выше свойства смесей способствуют активации иммунитета, повышают переносимость пищевых аллергенов, и это позволяет в значительной мере избежать возможных нежелательных последствий искусственного вскармливания и способствует формированию у детей оральной толерантности, что снижает риск развития у них аллергических заболеваний.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА**ОЦЕНКА РИСКА ПАДЕНИЙ И ОБРАЗОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ СРЕДИ
ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ г.АЛМАТЫ****Койков В.В., Зейтын М.К., Ермаханова Г.А.*****Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Астана***

Разработка протоколов для оценки безопасности пациентов в медицинских организациях преследовала цель выявления рисков возникновения нежелательных факторов для пациентов в медицинских организациях и информационную направленность, предусматривающее под собой предоставление того минимального уровня полезной информации как для пациентов, так и для медицинских работников. А именно, каково текущее положение по риску падений пациентов в стационарах, риску образования пролежней у больных, а также степень восприятия информационных памяток (по безопасному приему лекарственных средств и обращения с ними и безопасной вакцинации) больными и медицинскими работниками.

Падения, вне зависимости от причины, их вызвавшей, сами по себе могут приводить к тяжелой дезадаптации больных в повседневной жизни. Примерно в 1 из 10 случаев они сопровождаются тяжелыми повреждениями, включая переломы (наиболее часто – проксимальных отделов бедренной и плечевой кости, дистальных отделов рук, костей таза, позвонков), субдуральную гематому, тяжелые повреждения мягких тканей и головы. Риск переломов вследствие падений особенно значителен у пациентов, у которых имеются нарушения двигательных функций (парезы, атаксия) после перенесенного инсульта [1].

Острое нарушение мозгового кровообращения еще в большей степени способствует усилению двигательного дефекта у больных дисциркуляторной энцефалопатией, что лежит в основе ограничения повседневной активности и дезадаптации пациентов. Внезапно возникший вследствие ин-

сульта гемипарез приводит к нарушениям ходьбы, которые часто тяжело переносятся больными. Причины этого вполне очевидны — зависимость от помощи окружающих при попытке выполнения даже минимальных действий, связанных с ходьбой. Неустойчивость вертикального положения тела может спровоцировать падение больного, в дальнейшем появляется страх перед самостоятельной ходьбой. При этом у пациентов, перенесших инсульт, высок риск возникновения переломов при падении [2], что связано с наличием остеопороза и дефицитом витамина D. Переломы чаще возникают в течение первого года после инсульта и у большинства больных локализованы на стороне гемипареза.

Риск падений возрастает в 3—8 раз у пациентов с парезами нижних конечностей, в 4—5 раз — с нарушениями равновесия и в 2—3 раза — с нарушениями ходьбы различного генеза. При инсультах (наиболее частой причине двигательных – пирамидных, атактических — расстройств у пожилых) в остром периоде падения отмечаются у 14 % больных, в периоде реабилитации — у 39 %, в течение 6 месяцев после выписки из стационара — у 73 %. Наличие деменции увеличивает риск падений в 2 раза.

Падениям чаще всего подвержены люди пожилого и старческого возраста по вполне понятным причинам. Одной из особенностей больных пожилого и старческого возраста полиморбидность, т.е. наличие у большинства из них нескольких заболеваний. Вследствие чего происходит сложное переплетение многих симптомов, что требует от врача и среднего медицинского персонала максимальной осведомленности и постоянного контроля за этими

больными [3].

Причем, вероятность падений возрастает с увеличением количества факторов риска (нарушения равновесия, гемипарез и др.): у лиц без факторов риска падения встречаются в 8 % случаев, у имеющих 4 фактора риска и более — в 78 %. К сожалению, у большинства пожилых больных имеется несколько предрасполагающих к падениям факторов, в комплексе усиливающих неблагоприятное влияние каждого из них. Следует подчеркнуть, что риск падений существенно возрастает при остром развитии или обострении хронически протекающих соматических и неврологических заболеваний [4].

При опросе можно получить крайне важную для диагностики причин падений информацию. Например, нарушения равновесия, усиливающиеся в темное время суток, могут указывать на нарушения глубокой чувствительности, жалобы на головокружения нередко отмечаются у больных с кардиальными, цереброваскулярными или первичными вестибулярными расстройствами. Причиной патологической мышечной утомляемости может быть миастения, частота встречаемости которой у лиц пожилого и старческого возраста нередко недооценивается [5].

В тех случаях, когда больной находится в бессознательном состоянии или вследствие тяжести своего заболевания занимает пассивное положение, высок риск падения больного с кровати. Это особенно часто происходит, если болезнь сопровождается периодическим возбуждением больного, неосознанным повышением двигательной активности.

К внешним факторам, которые могут приводить к падениям, относят плохую освещенность помещений, неровную или скользкую поверхность пола, неудобную обувь и пр. Падения чаще происходят при спуске по лестнице, а также при вставании с кресла или постели. Способствуют падениям недостаточно внимательный уход за больными, особенно имеющими мнестико-интеллектуальные нарушения. Риск падений возрастает в первые дни после госпитализа-

ции или сразу после отмены постельного режима.

Существует множество различных оценочных шкал по риску развития пролежней (шкала Ватерлоу, шкала оценки Norton, шкала Gosnell, Шкала Braden (1987), Шкала Spinal Cord Injury Pressure Ulcer Scale (SCI-PUS) и др.) Все они направлены на профилактику развития пролежней, а также включают в себя алгоритм ведения больных при уже развившихся пролежнях.

Согласно исследованию в Ставропольской краевой клинической больнице, рассчитанной на 810 коек, имеющей 16 стационарных отделений, за 1994-1998 гг. зарегистрировано 163 случая пролежней (0,23%). Все они осложнились инфекцией, что в общей структуре внутрибольничных инфекций составило 7,5%.

По данным английских авторов, в медико-профилактических учреждениях по уходу пролежни образуются у 15-20% пациентов. По результатам исследования, проведенного в США, около 17% всех госпитализированных пациентов находятся в группе риска по развитию пролежней или уже имеют их.

Оценочная стоимость по лечению пролежней у одного пациента составляет от 5000 до 40000 долларов США. По данным Д. Ватерлоу, в Великобритании стоимость ухода за пациентами, имеющими пролежни, оценивается в 200 млн. фунтов стерлингов и ежегодно возрастает на 11% в результате затрат на лечение и увеличения продолжительности госпитализации.

Помимо экономических (прямых медицинских и немедицинских) затрат, связанных с лечением пролежней, нужно учитывать и нематериальные затраты: тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые пациентом. Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более чем в 80% случаев [6].

Лекарственная безопасность является одним из приоритетных направлений современной медицины и фармации. Её актуальность определяется динамическим ростом фарминдустрии, обеспечивающим создание

и продвижение на рынок огромного количества новых медикаментов; мощными биологическими эффектами лекарственных средств, способных существенно модифицировать структурно-функциональные взаимоотношения органов и систем человеческого организма; повышением сенсibilизации пациентов к химическим и биологическим веществам в результате полипрагмазии, применения недоброкачественных медикаментов (нарушение правил их хранения, использование подделок, которые содержат плохо очищенные субстанции, токсичные наполнители и т.п.); ростом числа случаев развития у пациентов тяжелых осложнений фармакотерапии, требующих не только экстренных госпитализаций, но и являющихся причиной летальных исходов [7].

Существующий в Республике Казахстан Республиканский Лекарственный формуляр является Модельным формуляром для оказания медицинской помощи в условиях стационара, амбулаторно-поликлинических условиях и рекомендованы к использованию для составления стандартов/протоколов лечения, формуляров больниц, для решения вопросов преемственности в лечении на этапе перевода больного со стационарного на амбулаторное лечение и обратно. Данный формуляр содержит перечень лекарственных средств по международным непатентованным названиям, принятыми ВОЗ для идентификации, а также с учетом международного опыта доказательной медицины. Существование данного формуляра позволяет обеспечивать контроль учета лекарственных средств, в котором качество, безопасность и эффективность препарата рассматривается как обязательная составляющая, определяющая выдачу разрешения для использования в клинической практике, а доказанность применения их в международной практике гарантирует защиту от кустарства.

Другой вопрос, насколько сами пациенты осознают степень риска для здоровья при неправильном приеме лекарственных препаратов или обращении с ними. Учитывая этот немаловажный фактор была разработана памятка безопасного приема лекарственных средств и правил обращения с

ними, который представляет собой информационный бюллетень для ознакомления пациентов перед приемом какого-либо лекарства. Ознакомившись с ним, больной для себя имеет возможность решить и оценить степень риска и более ответственно отнестись к своему здоровью.

Аналогичная ситуация с протоколом по безопасной вакцинации, в котором представлена информация о прививках, не включенных в обязательный паспорт прививок. Но так как они существуют и разрешены к использованию, особенно учитывая повышенно гипертрофированную деятельность многочисленных фармацевтических компаний, то каждый пациент имеет право знать, вообще о существовании данных вакцин, в каких случаях они применимы, о побочных действиях и нежелательных последствиях. Данная информация также предполагает под собой осознанность согласия, либо отказа применения данной вакцины пациентом.

Всего в г. Алматы апробированы 204 протоколов, из них: 40 протоколов оценки безопасности пациентов в стационаре (риск падений); 46 протоколов оценки безопасности пациентов в стационаре (пролежни); 48 протоколов безопасного применения лекарственных средств и обращения с ними; 70 протоколов безопасного проведения специфической вакцинации и профилактических прививок (1,2).

Для оценки риска падений в стационаре проведено обследование 40 пациентов г.Алматы (ЦГКБ) в течении 5 дней. Из всего количества респондентов 65% составляют мужчины и 35% следовательно женщины. Возрастная структура имеют следующую характеристику: 37,5% респондентов (как муж, так и жен) в возрасте 20-39 лет. Более 65% обследованных являются пациентами отделения травматологии и 35% хирургического. Падения в анамнезе имели 17,5% и 47,5% переломы. Из всего количества обследуемых 25% используют ходунки, костыли и 30% имеют неустойчивую походку. Для 65% характерно ослабление силы конечностей и 42,5% имеют головокружение. Из всего перечня сопутствующих заболеваний 55% имеют заболевания опорно-двигательного аппарата. По итогам проведенной оценки

степень риска у 65% пациентов имеют среднее значение, и всего 25% низкий показатель

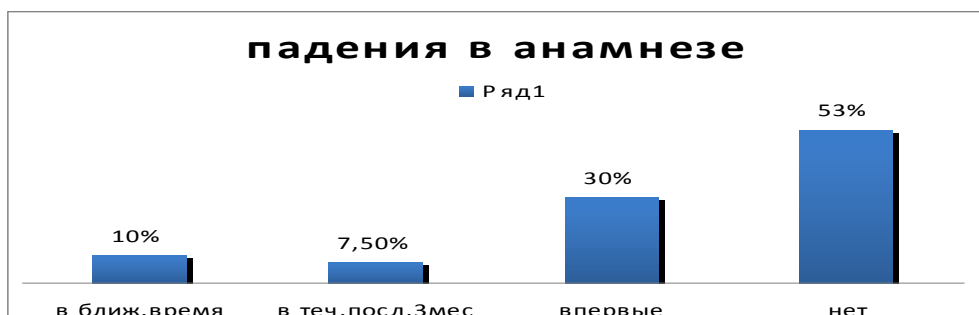


Рисунок 1 - Распределение пациентов по наличию падения в анамнезе



Рисунок 2 - Распределение пациентов по признаку использования ими ходунков, костылей, тростей и предметов интерьера

ПОХОДКА

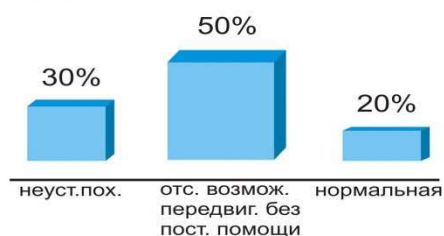


Рисунок 3 - Распределение пациентов по степени устойчивости походки

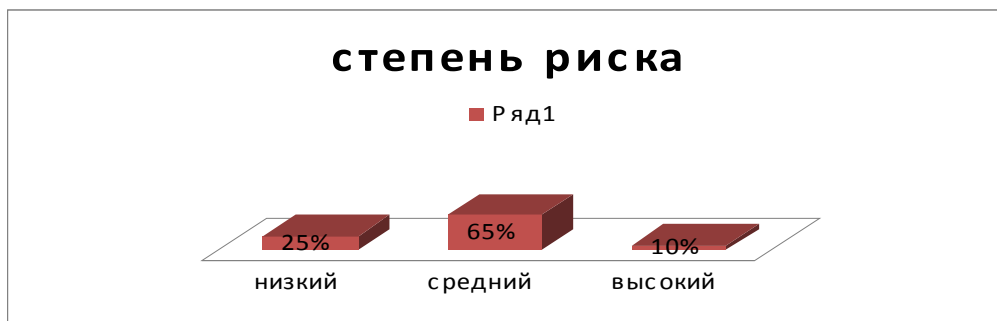


Рисунок 4 - Распределение пациентов по степени риска падений

Оценка риска развития пролежней у пациентов в г. Алматы проводилась в Центре паллиативной помощи (хоспис). В результате 30,4% составляют мужчины, 69,6% - женщины. Большая часть пациентов (50,8%) в возрасте от 70 и выше. Физическое состояние у 82% оценивается как стабильно тяжелое или просто тяжелое. Для 93,5% пациентов двигательная активность затруднена и

56% ходят с помощью подручных средств. Тем не менее уровень влажности имеет низкий показатель, по большей части в связи с применением подгузников для таких больных.. По итогам проведенной оценки степень риска образования пролежней для 48% является средней и имеет низкий риск возникновения пролежней (Рисунок 5).

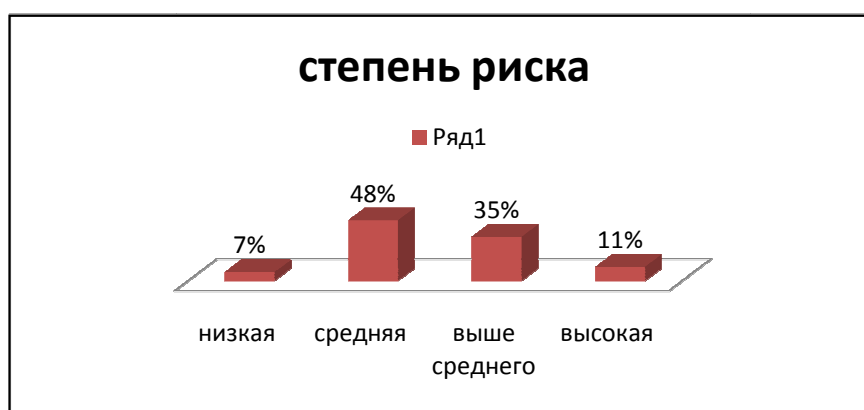


Рисунок 5 - Распределение пациентов по степени риска образования пролежней

Таким образом, по итогам проведенной оценки можно выявить, что степень риска падения пациентов в г.Алматы составляет более 50%, что говорит о том, что более у более половины пациентов травматологического, хирургического и неврологического отделений подверженность падениям достаточно высока. Причем, это обусловлено, в частности такими факторами, как неустойчивая походка больного, невозможность передвигаться без посторонней помощи, наличия у больных головокружения и ослабления сил конечности. Причем у неврологических больных наличие гемипарезов, вследствие чего самостоятельно передвигаться они не могут и используют в повседневной жизни ходунки и костыли, что значительно увеличивает риск падений.

Список использованной литературы:

1. Падения в пожилом и старческом возрасте. И.В.Дамулин. Кафедра нервных болезней Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова
2. [Дамулин И.В. // Consilium medicum. — 2002. — Т. 5, № 2. — С. 64–70., Jorgensen L., Jacobsen B.K.,

Wilsgaard T. et al. // Osteoporosis Intern. — 2000. — Vol. 11. — Р. 381—387.

3. Л. И. Дворецкий, ММА им. И. М. Сеченова, Пожилой больной в практике терапевта. РМЖ-Русский медицинский журнал. www.rmj.ru

4. И.В. Дамулин, Е.В. Кононенко, Л.М. Антоненко, Н.Н. Коберская. Постинсультные двигательные и когнитивные нарушения: некоторые патогенетические и терапевтические аспекты. Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова. www.mednovosti.by/journal

5. Падения в пожилом и старческом возрасте. И.В.Дамулин. Кафедра нервных болезней Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова

6. Приложение к приказу №123 от 17.04.2002г Минздрава. России. Отраслевой стандарт. Протокол ведения больных. Пролежни.(L-89)

7. Лекарственная безопасность. С.Панчук, Н.Яблучанский. Редакция Medicus Amicus.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада емделушілер қаіпсіздігі саласында зерттеулер бойынша Алматы қаласында ауруханаларда құлау және жуыржаралар пайда болу қаупін бағалау нәтижелері көрсетілген.

SUMMARY

The article describes the main results of the research to assess the risk of falling and occurrence of bedsores among patients in hospitals in Almaty.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ

Койков В.В., Граф М.А., Ермаханова Г.А., Зейтын М.К.
Институт развития здравоохранения МЗ РК, г.Астана

Управление рисками причинения вреда здоровью пациентов при оказании медицинской помощи (risk management) - одно из наиболее перспективных и динамично развивающихся направлений в сфере организационных технологий управления качеством медицинской помощи. Главная цель управления рисками состоит в выявлении, уменьшении и предотвращении медицинских ошибок и неблагоприятный событий, для чего решается ряд задач, среди которых не последнее место занимает анализ рисков и угроз безопасности пациентов, существующих как на уровне отдельных организаций, так и на уровне национальных систем здравоохранения [1].

Согласно концепции ВОЗ, обеспечение безопасности пациентов должно проводиться по нескольким направлениям: профилактика медицинских ошибок и нежелательных событий, их выявление, а также уменьшение их последствий. Мероприятия вышеуказанных составляющих концепции должны быть направлены на те аспекты безопасности, которые требуют безотлагательных вмешательств. Чтобы определить приоритетные цели, выявить наиболее острые проблемы, проводить мониторинг изменений и оценку эффективности мероприятий, необходимо использовать методики, обладающие способностью измерять определенные характеристики ошибок, обеспечить получения достоверных и своевременных результатов [2].

Международные эксперты, работающие в сфере безопасности пациентов, определили, что для выявления и оценки ошибок и неблагоприятных событий в медицине наиболее оптимально применение ниже перечисленных методов [3]. Каждый метод имеет свои специфические, характерные особенности, решение об использовании какого-

либо из них принимается с учетом следующих критериев: эффективность выявления определенных видов медицинских; степень достоверности и объективности получаемых сведений; приемлемость для использования и способность результатов исследований влиять на принятие решений, направленных на укрепление безопасности пациентов.

Анализ (оценка) качества медицинской помощи. Оценка качества уровня оказываемой медицинской помощи в РК проводится при организации внешней и внутренней экспертизы качества медицинских услуг, согласно приказу МЗ РК №677 от 10 ноября 2009 года. Основными инструментами оценки качества законодательно в системе здравоохранения Республики Казахстан утверждены индикаторы оценки качества медицинских услуг, - показатели эффективности, полноты и соответствия медицинских услуг стандартам в области здравоохранения, включающие: индикаторы структуры, процесса и результата медицинских услуг. Индикаторы результата медицинских услуг являются показателями оценки последствий для здоровья в результате оказания или не оказания медицинской помощи субъектами здравоохранения, в то время как индикаторы процесса - показатели оценки выполнения технологий профилактики, диагностики, лечения и реабилитации.

В 2004 г. Международная организация по экономическому сотрудничеству и развитию (OECD) предложила перечень индикаторов, которые рекомендованы к использованию во всех странах для оценки безопасности пациентов в процессе оказания медицинской помощи [4].

Профиль индикаторов для оценки безопасности медицинской помощи OECD состоит из 5 групп, содержащие по 3-6 показателей:

I. Внутрибольничные инфекции	1. Частота внутрибольничной пневмонии 2. Частота раневой инфекции 3. Частота возникновения инфекции, связанной с дефектами ухода 4. Частота возникновения пролежней
II. Осложнения, подлежащие особому контролю	5. Частота трансфузионных реакций 6. Частота ошибок при определении группы крови 7. Частота ошибок в выборе места операции (лево-право) 8. Частота случаев обнаружения в ране оставленного во время операции постороннего материала 9. Частота осложнений, связанных с отказом оборудования во время процедуры или операции 10. Частота осложнений медикаментозной терапии
III. Интра- и послеоперационные осложнения	11. Частота осложнений анестезии 12. Частота послеоперационных переломов бедра 13. Частота ТЭЛА или тромбоза глубоких вен после операции 14. Частота послеоперационного сепсиса 15. Частота возникновения технических затруднений при выполнении процедуры
IV. Осложнения при оказании акушерской помощи	16. Частота травматизма новорожденных 17. Частота травм при родах через естественные родовые пути 18. Частота травм при операции кесарева сечения 19. Частота других осложнений у новорожденных
V. Травмы	20. Частота падений пациента в МО 21. Частота переломов бедра, связанных с падением пациента в МО

Предполагается, что унифицированный подход к применению индикаторов позволит стандартизировать данные о частоте и структуре побочных эффектов, объективно выявлять проблемы и, соответственно, предлагать пути их решения.

При проведении внутренней экспертизы качества медицинских услуг в организациях, оказывающих стационарную помощь в республике, анализируются все случаи: летальных исходов; факторов возникновения внутрибольничных инфекций; осложнений, в том числе послеоперационных; повторной госпитализации по одному и тому же заболеванию в течение одного месяца вследствие некачественного предыдущего лечения; удлинение и укорочение сроков лечения и расхождение диагнозов.

Для организаций амбулаторно - поли

клинической помощи анализу подлежат все случаи: материнской смертности; смерти на дому детей от 0 до 5 лет включительно; смерти на дому лиц трудоспособного возраста от заболеваний; осложнений беременности; первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста; наблюдений за гражданами после выписки из стационара по заболеваниям, по которым медицинская помощь является приоритетной; запущенных форм онкологических заболеваний и туберкулеза; удлинения или укорочения сроков лечения и расхождение диагнозов.

При проведении экспертизы в целом по организации скорой медицинской помощи экспертизе подлежат случаи повторных вызовов по тому же заболеванию в течение суток; летальность при вызовах (смерть до прибытия бригады и смерть в присутст

вии бригады) и расхождение диагнозов бригады скорой помощи и стационара в случае госпитализации больных.

Проведение указанной оценки позволяет выявить наиболее слабые места системы управления качества медицинской помощи в организации, с целью дальнейшего выстраивания стратегического процесса улучшения качества услуг и повышения уровня культуры безопасности пациентов.

Ретроспективный анализ медицинской документации. Согласно приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан №677 от 10 ноября 2009 года «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг» анализ медицинской документации пациентов, получающих медицинскую помощь в текущий период является одним из этапов экспертизы качества медицинской деятельности и встроен в локальную систему управления качеством медицинской помощи РК.

Среди всех современных методов выявления и оценки неблагоприятных событий в медицине, анализ документации считается одним из самых эффективных, надежных и показательных для изучения проблем, связанных с безопасностью пациентов [5]. Медицинская документация является ценным источником информации о характере и распространенности неблагоприятных событий, возникающих при оказании медицинской помощи. Обычно изучаются медицинские карты госпитализированных пациентов, так как в них содержится более полная и подробная информация, чем в картах амбулаторного наблюдения. Путем случайной выборки проводится проверка всех медицинских карт на предмет обнаружения в записях условных индикаторов, которые могут указывать на неблагоприятные события и медицинские ошибки, имевшие место при оказании медицинской помощи. Наиболее часто индикаторами выступают случаи смертельных исходов оказания медицинской помощи, повторное оперативное вмешательство, определенные изменения в лабораторных анализах крови и т.д. [1]. Только методом исследования медицинской документации можно получить данные о частоте встре-

чаемости и распространенности неблагоприятных событий на различных уровнях и при различных видах оказания медицинской помощи, выявить демографические и социальные характеристики пациентов, а также учесть категории медицинских работников, принимающих участие в оказании помощи.

Интервьюирование медицинского персонала и пациентов. Медицинские ошибки встречаются и на уровне первичной медицинской помощи, поэтому ретроспективный анализ медицинской документации является не информативным в силу отсутствия полной информации в динамике лечения пациента. Существует необходимость в обращении к другим методам выявления и анализа ошибок и неблагоприятных событий, одним из них является опрос (интервьюирование) медицинского персонала и пациентов. Систематический анализ мнения пациентов о качестве предоставляемых медицинских услуг является обязательным разделом работы администрации медицинской организации в системе управления качеством лечебно-диагностического процесса. Такой подход обусловлен двумя причинами: во-первых, это одна из основных задач всей системы здравоохранения, а во-вторых, она является одним из индикаторов качества работы медицинского персонала, в частности, соблюдения этико-деонтологических принципов. Этот метод является актуальным для реализации направлений по вовлечению пациентов в механизмы улучшения качества медицинской помощи. Он носит и обучающий характер, поскольку участвующие в опросе медицинские работники обдумывают и анализируют произошедший случай, приобретают настороженность к подобным ситуациям и учатся распознавать их.

Указанный метод больше подходит для проведения локальных исследований (в медицинской организации), чем для широкомасштабных проектов.

Выкопировка данных экспертных заключений нежелательных последствий медицинских вмешательств. Одним из источников получения информации о дефектах являются пациенты, перенесенные

неблагоприятные последствия и ошибки при получении медицинской помощи. Анализ сообщений помогает определить причину возникновения аналогичных ошибок, объективно проанализировать проблему, выявить дефекты в организационном и управленческом аспекте лечебного процесса, и улучшить оказание медицинской помощи. Сбор информации проводится по актам экспертизы (согласно Правил осуществления контроля за качеством предоставляемых медицинских услуг в Республике Казахстан) [6]. Объектом исследования являются жалобы пациентов, получавших некачественную стационарную или амбулаторную медицинскую помощь.

Данный метод позволяет более четко сформулировать представление о серьезности проблемы: определить наиболее подверженные «ошибочным действиям» медицинские профили, основные причины обращения и процент обоснованности случаев поступающих жалоб. Он включает в себя мониторинг, анализ и оценку полученных данных, изучение удовлетворенности граждан качеством медицинской помощи, меры административного воздействия.

Экспертная карта, основанная на стандартах аккредитации. Программы по безопасности пациентов во всем мире создаются для обеспечения безопасной окружающей обстановки для пациентов. Ни одна программа мер безопасности не сможет обеспечить полной гарантии того, что пациенты никогда не получат травму от несчастного случая. Должным образом управляемая программа безопасности может повысить экономическую эффективность услуг, снизить количество и объем жалоб и претензий, компенсационных выплат персоналу в результате производственных несчастных случаев. В национальных программах по вопросам безопасности показатели внешних факторов, способствующие и препятствующие безопасной медицинской помощи, осуществляется посредством аккредитационной деятельности, но, к сожалению, носит единовременный характер и не имеет постоянной основы осуществления. В карту включены внешние факторы обеспечения безопасности пациентов, показатели которых

отбирались по принципу «вход в здание – медицинская организация – выход из здания». Это позволит определить основные проблемные участки МО, которые в той или иной мере могут привести к риску пациента. Данная карта может служить механизмом для систематического контроля за окружающей обстановкой, анализом и оценкой безопасности пациентов и создаваемых угроз для безопасности, а также необходимости принятия последующих действий.

Отчетность сотрудников организаций здравоохранения об ошибках и неблагоприятных событиях. Основная цель отчетности - получение информации не только о фактах неблагоприятных событий, но и о сопутствующих обстоятельствах, факторах и условиях, влияющих на причины их возникновения. Данный метод тесно сопряжен с методом анализа, и порой являются взаимодополняющими друг друга. Согласно приказа №677 от 10 ноября 2009 года медицинской организацией РК используется анонимная регистрация дефектов, с последующим анализом и разработкой путей их предупреждения.

Современные системы отчетности о медицинских ошибках преследуют несколько целей: с одной стороны, сбор информации необходим для извлечения уроков из ошибок, выработки и распространения решений по предотвращению неблагоприятных событий, а с другой стороны, с помощью отчетности осуществляется ведомственный контроль соблюдения принципов безопасной медицинской практики. Как правило, системы отчетности предполагают добровольное участие персонала и анонимное предоставление информации, а системы контроля работают на основе обязательного предоставления конфиденциальных данных.

Патологоанатомическое исследование проводится с целью определения причины смерти, уточнения или изменения диагноза, выставленного при жизни пациента. Заключение патологоанатомического исследования является важным источником доказательной информации в процессе выяснения причин, обусловивших установление неправильного или неполного клинического диагноза, повлекших назначе-

ние неадекватного лечения. Хотя основные причины расхождения диагнозов - объективные трудности диагностики, около 25% всех случаев несоответствия посмертного и прижизненного диагнозов указывают на имевшую место медицинскую ошибку [7]. Метод имеет более высокую достоверность результатов по сравнению с изучением медицинской документации и системами добровольной отчетности.

Ценным свойством рассматриваемых методов является то, что они не являются взаимоисключающими, а дополняют друг друга. Поэтому полную и объективную характеристику ситуации, связанную с ошибками и неблагоприятными событиями в медицине, может дать сочетание нескольких методов, оптимально дополняющих друг друга в рамках задач мероприятия.

Изучение эффективности той или иной методики в национальной системе здравоохранения заключается в апробировании ее на практике, с последующим внедрением при положительном ее результате.

Все выше описанные методики в той или иной мере применяются в национальной системе здравоохранения Казахстана. Указывается на то, что для повышения качества медицинской помощи необходимо решать конкретные методологические проблемы. Проблемы безопасности пациентов рассматриваются неотрывно от качества оказания медицинской помощи. Для решения этих задач недостаточно простого обсуждения индивидуальных врачебных ошибок, необходимо совершенствовать систему в целом, делать ее более безопасной путем ведения мониторинга осложнений, обучения персонала, внедрения стандартов безопасности, а также повышения открытости и контролируемости здравоохранения.

Список использованной литературы:

1. Методы выявления, анализа и оценки ошибок и неблагоприятных событий, возникающих при оказании медицинской помощи. А.Г. Фоменко

2. Восьмой форум по вопросам будущего Управления безопасностью пациентов 2006, 3с.
3. Patient safety: rapid assessment methods for assessing hazards: report of the WHO working group meeting, Geneva, Switzerland, 17-19 December 2002. - Geneva: World Health Organization, 2003.
4. McLoughlin V et al. Selecting indicators for patient safety at the health system level in OECD countries. *International Journal of Quality in Health Care*, 2006, 18(Suppl. 1):14-20.
5. Wolff A.M., Bourke J. Detecting and reducing adverse events in an Australian rural base hospital emergency department using medical record screening and review // *Emergency Medicine Journal*, 2002, 19(1): 35-40.
6. Правила осуществления контроля за качеством предоставляемых медицинских услуг в Республике Казахстан, утвержденные приказом и.о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 декабря 2004 года, № 898
7. Cullen D.J. et al. The incident reporting system does not detect adverse drug events: a problem for quality improvement // *Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 1995.
8. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан №677 от 10 ноября 2009 года «Об утверждении Правил организации и проведения внутренней и внешней экспертизы качества медицинских услуг».

ТҰЖЫРЫМ

Пациенттер қауіпсіздігі мәселелері көрсетілген медициналық көмек сапалығынан көз алмай қарастырылады. Бұл міндеттірді шешу үшін жекешелендірілген дәрігерлік қателіктерді жай ғана талдау жеткіліксіз, ол үшін жүйені жалпы жетілдіру, оны асқынулар мониторингін жүргізу жолымен қауіпсіз ету, қызметкерлерді оқыту, қауіпсіздік стандарттарын енгізу, сонымен қатар денсаулық сақтауды бақылау және жайдарылығын жоғарылату қажет. Берілген мақалада пациенттер қауіпсіздігін бағалауға арналған негізгі әдістемелік ұсыныстар берілген.

SUMMARY

Problems of patient's safety are considered together with quality of rendering of medical aid. For the solving of these problems are not enough simple discussion of individual medical errors, it is necessary to improve system as a whole, to do it more safe by conducting monitoring of complications, training of the personnel, introduction of standards of safety, and also increase of an openness and controllability of public health services. In given article is described the basic methodical approaches to an estimation of patient safety.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ВАСКУЛОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Хамзин А.А.

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

Одной из актуальных проблем гармоничного развития человечества является сексуальное здоровье. Большой интерес к проблеме нарушения эрекции объясняется увеличением числа мужчин страдающих подобным недугом, которых в мире насчитывается около 150 миллионов по данным Массачусетского университета и эта цифра имеет тенденцию к росту, когда в ближайшие годы около полумиллиарда социально активного населения будет иметь проблемы с эректильной функцией. Все это указывает на очевидную необходимость широкого внедрения в клиническую практику малоинвазивных методов диагностики васкулогенных форм эректильной дисфункции.

Нами было обследовано 56 больных с различными видами васкулогенной эректильной дисфункции в возрасте от 21 до 68 лет. Мы придерживались общеизвестной классификации сосудистых расстройств эректильных функции включающую в себя: венокорпоральную, артериальную и артериовенозные формы. Венокорпоральная форма эректильной дисфункции имела место – у $39,3 \pm 6,5\%$ больных, артериовенозная форма – у $32,1 \pm 6,2\%$ и артериальная – у $25 \pm 5,8\%$ пациентов. В $3,6 \pm 2,5\%$ случаях у пациентов была психогенная форма эректильной дисфункции.

Для визуализации дорсальных сосудов датчик устанавливают на дорсальной поверхности полового члена, осмотр проводился от основания полового члена до венечной борозды. Оцениваются геометрия сосудов, толщина стенок, внутренний диаметр, эхоструктура периваскулярных тканей. При изучении венозных сосудов полового члена в первую очередь оценивалось состояние глубокой дорсальной вены, циркулярных, поверхностной дорсальной вены, глубоких пенильных вен с пробой Вальсальвы (максимальный подъем экспираторного давления у

пациента в течение 0,5 сек и удерживание его в течение 10 секунд) и без нее. Ультразвуковое исследование дорсальных вен проводилось при расположении датчика по средней линии на дорсальной поверхности полового члена. Визуализацию циркулярных вен проводили из ультразвукового окна, используемого для кавернозных артерий. Глубокие пенильные вены лоцируются через надлобковую и промежностную зону. Оценку глубоких пенильных вен проводили с учетом наличия или отсутствия рефлюкса при нагрузочной пробе Вальсальвы. А также больным определяли толщину белочной оболочки в спокойном состоянии полового члена и в эрегированном состоянии. Качество эрекции определяли следующим образом: ER0 – отсутствие эрекции, ER1 – незначительная туменесценция, ER2 – неполная туменесценция, ER3 – полная туменесценция, ER4 – полуэрегированная эрекция, ER5 – полноценная эрекция.

Выполняя многочисленные ультразвуковые исследования пенильной гемодинамики с применением интракавернозного фармакотеста, мы предприняли попытку приблизиться к наиболее физиологическому моделированию эрекции, с применением силденафила натрия в дозе 100 мг и одновременное использование вакуумного эректора позволившего быстро (за 3-6 минут) и безболезненно добиться эрекции, достаточной для оценки состояния полового члена. Это дало возможность оставить за этим данным не инвазивным диагностическим методом его неоспоримое преимущество, которое обосновано противопоказаниями и осложнениями при интракавернозном способе индукции эрекции. К ним относятся страх перед инъекцией, который вызывает высокий симпатический тонус, сопровождающийся вазоконстрикцией пенильных сосудов, что приводит к получению ложноположительных результа-

тов; боль в половом члене, гематомы и кровоизлияния; пролонгированная эрекция; фиброз кавернозных тел. Помимо этого, существуют противопоказания, связанные с заболеванием крови и нарушением её свертывающей системы. Ультразвуковое исследование кровотока полового члена, включало в себя определение пиковой систолической скорости кровотока – V_{max} , R1- индексов резистентности, пульсации Р. Основным признаком артериогенной эректильной дисфункции являлась пиковая систолическая скорость < 25 см/сек. Разница скоростей кровотока в обеих кавернозных артериях больше 10 см/сек также является признаком артериальной недостаточности. Для венозных и корпорвенозных нарушений характерна конечная диастолическая скорость больше 5 см/сек. При венозной форме эректильной дисфункции средняя скорость кровотока > 5 см/с, индекс резистентности $< 0,80$, пульсационный индекс < 3 . Отсутствие диастолического компонента (нулевая конечная диастолическая скорость) или появление ретроградного кровотока на фоне нормальной пиковой систолической скорости гово-

рит об отсутствии венозных и корпорвенозных нарушений.

Таким образом, создание наиболее физиологической модели эрекции наименее инвазивным способом с помощью пероральных индукторов и использованием вакуумного эректора – является наиболее перспективным диагностическим направлением. Градиенты функциональных параметров пенильного кровотока в значимых стадиях эрекции являются одними из диагностических достоверных признаков сосудистой патологии полового члена.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада эректильді дисфункцияның васкулогенді формасының диагностикасының алдыңғы қатарлы әдістерін клиникалық тәжірибеге кеңінен енгізудің қажеттігі негізделген.

SUMMARY

In article necessity of wide introduction for clinical practice perspective methods of diagnostics vasculogenic forms of erectile dysfunctions is proved.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ БОЛЬНОГО С РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ К ВАРФАРИНУ

Безбородова Т.В.

Областной кардиологический центр, г.Уральск

Протезирование сердечных клапанов занимает значительное место в лечении клапанных пороков сердца. Оно проводится в тех случаях, когда пластическую реконструкцию пораженных клапанов невозможно осуществить по тем или иным причинам. Главным показанием к протезированию служат грубые изменения клапана (часто с выраженным кальцинозом и фиброзом створок), обуславливающие нарушение системной гемодинамики. Необходимость и целесообразность протезирования клапанов определяется локализацией и выраженностью порока, а также рядом сопутствующих

факторов. На сегодняшний день протезирование митральных клапанов выполняется примерно так же часто, как их пластика; для аортальных клапанов соотношение смещено в сторону превалирования операций по протезированию, в то время как протезирование трикуспидального клапана или клапана легочной артерии – достаточно редкая ситуация.

Пациенты с имплантированными протезами сердечных клапанов относятся к разряду больных с очень высоким риском тромбозомболических осложнений. Борьба с

тромбозами и эмболиями стоит во главе стратегии ведения таких пациентов, и именно ее успешность во многом определяет прогноз для больного. Поэтому к наиболее актуальным аспектам ведения пациента, перенесшего такое вмешательство, на сегодняшний день относятся контроль свертываемости крови и активная профилактика тромбоэмболических осложнений с помощью антитромботиков (антикоагулянтов, антиагрегантов). Опыт эффективной антитромботической терапии лиц с протезами сердечных клапанов также насчитывает несколько десятилетий, поскольку ключевые антитромботики – гепарин, варфарин и ацетилсалициловая кислота (АСК) – уже достаточно давно используются в арсенале кардиологов и кардиохирургов.

Профилактика тромбоэмболических осложнений у больных с искусственными клапанами сердца требует пожизненной антитромботической терапии.

В раннем послеоперационном периоде после протезирования сердечных клапанов в качестве антикоагулянта используется гепарин. Как правило, в большинстве случаев введение гепарина начинают в конце первых или на вторые сутки после операции, при этом необходим контроль активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) с удержанием его в рамках 55–70 с.

В дальнейшем пациенту показан пероральный непрямой антикоагулянт (варфарин), который начинают применять с 3–5-х суток параллельно с гепарином; гепарин отменяют после достижения целевого уровня международного нормализованного отношения (МНО).

Интенсивность терапии варфарином зависит от локализации протеза и его разновидности. Согласно рекомендациям АСС/АНА (2008) механический протез аортального клапана требует удержания МНО в рамках 2,0–3,0 в случае использования двухлепестковых (двустворчатых) протезов, а также клапана Medtronic Hall (самый популярный в мире одностворчатый искусственный клапан) или в рамках 2,5–3,5 для всех остальных дисковых клапанов, а также для

шарового клапана Starr–Edwards. Механический протез митрального клапана требует удержания МНО в рамках 2,5–3,5 для всех типов клапанов.

Кроме того, американские эксперты считают, что всем пациентам с искусственными протезами клапанов при отсутствии противопоказаний рекомендован регулярный прием АСК (в комбинации с варфарином). Добавление низких доз АСК (75–100 мг/сутки) к варфарину не только дополнительно снижает риск тромбоэмболических осложнений, но и способствует уменьшению летальности пациентов по кардиоваскулярным причинам. Особенно показано применение комбинации АСК и варфарина у пациентов с тромбоэмболиями в анамнезе (на фоне монотерапии варфарином), при известной склонности к гиперкоагуляции, при диагностированных заболеваниях сосудов. Небольшое увеличение риска геморрагических осложнений при такой двойной антитромботической терапии необходимо учитывать, однако в большинстве случаев совокупная польза от такой стратегии гораздо выше, считают эксперты АСС/АНА. Существенное возрастание риска геморрагий и желудочно-кишечных осложнений (при отсутствии значимого увеличения антитромбоцитарного эффекта) отмечается только при использовании доз АСК выше 100 мг/сутки, и особенно – выше 500 мг/сутки. К тому же в настоящее время нет убедительных доказательных данных по возможностям использования АСК у пациентов с искусственными клапанами сердца в дозах выше 100 мг/сутки. Однако, если больному противопоказан варфарин, для профилактики тромбоэмболий рекомендуется назначать АСК в дозах 75–325 мг/сутки.

Если пациент высокого риска не может принимать АСК, возможно либо назначение клопидогреля (75 мг/сутки) в комбинации со стандартной терапией варфарином, либо увеличение дозы варфарина до достижения МНО 3,5–4,5.

Даже на фоне рекомендованной антитромботической терапии риск тромбоэмболических осложнений у пациентов, перенесших протезирование клапанов

сердца, остается на уровне 1-2% (но без антитромботиков он значительно возрастает).

Но существует и проблема резистентности к варфарину, причины которой изучены мало, что связано с редкой встречаемостью данной патологии.

Анализ величин средних поддерживающих доз варфарина, проведенный Вегу D в 2007 году показал, что наряду с больными, принимающими средние дозы (2,5-7,5 мг/сутки) варфарина, нередко встречаются пациенты, которым для поддержания терапевтического диапазона МНО достаточно 1,0-2,0 мг варфарина. Кроме того, существуют и больные, у которых поддерживающая доза варфарина значительно превышает 2,5-7,5 мг.

От чего зависит величина поддерживающей дозы варфарина? Индивидуальные особенности организма человека, определяющие его чувствительность к действию антивитаминов К.

Информация о действии в организме человека антивитаминов К, которая была детально изложена в данных рекомендациях, позволяет понять, что эффект этих лекарств существенным образом определяется двумя моментами. Первым из них следует считать способность антивитаминов К вмешиваться в процесс карбоксилирования белков, а вторым важным моментом является выведение антикоагулянта из организма пациента. На сегодня известно, что оба этих момента определяются особенностями организма, которые регулируются его генетическим аппаратом. Обнаружены факты существования полиморфизма гена, который обеспечивает нарушение карбоксилирования белков-прокоагулянтов путем регуляции витамин К-эпоксидредуктазного комплекса (VKORC), а также найден полиморфизм гена, ответственного за деятельность цитохрома P450 2C9, отвечающего за инактивацию антикоагулянтного действия кумаринов. Особенности генов, отвечающих за VKORC, влияют на эффект гипокоагуляции. Особенности генов, отвечающих за особенности CYP2C9 и ему подобных, могут существенно влиять на способность орга-

низма к развитию геморрагических осложнений лечения антивитаминами К.

Полиморфизм CYP450 2C9 характеризуется наличием в организме различных его аллелей. Идентифицированы аллельные варианты гена CYP2C9 - CYP2C9*2 (Arg144Cys) и CYP2C9*3 (Ile359Leu), которые снижают каталитическую активность фермента по сравнению с его наиболее частой формой - CYP2C9*1 (Arg144/Ile359). В российской популяции полиморфизм гена CYP2C9 выявлен у 32% больных, получавших варфарин. Повышенную чувствительность к варфарину следует предполагать в тех случаях, когда при приеме 2 мг варфарина уже можно выявить его влияние на значение показателя МНО.

Необходимая ежедневная доза варфарина у носителей аллелей CYP2C9*2 и CYP2C9*3 бывает существенно ниже, а терапевтический эффект достигается значительно быстрее, по сравнению с пациентами, не несущими данных аллельных вариантов. Определенно, что для проведения эффективной и безопасной терапии варфарином у больных с генотипом CYP2C9*1/*1 начальная суточная доза препарата должна составлять 5,0 мг, с генотипом CYP2C9*1/*2 – 3,75 мг, у больных с генотипом CYP2C9*1/*3 – 2,5 мг. Для аценокумарола аналогичные режимы дозирования к настоящему времени еще не разработаны. Исследование полиморфизмов гена CYP2C9 может дать информацию о чувствительности пациента к лекарственному препарату ОАК. При этом возможно выявление кандидатов как для низкой дозы варфарина, так и более высокой его дозы. Данная информация позволит уже с самого начала лечения определить оптимальную дозировку лекарства и тактику лабораторного контроля.

Это возраст больного, соматическое состояние (заболевание печени, почек, содержание белка в крови, хроническая сердечная недостаточность), пищевой рацион, лекарственные взаимодействия. Кроме того, это может быть генетическая особенность в виде полиморфизма генов цитохрома P450 CYP2C9, участвующего в метаболизме варфарина и молекулы мишени АВК - вита-

мин-К-эпоксиредуктазы. Хочу привести пример наблюдения больного с резистентностью к варфарину.

Больной Б., 67 лет, поступил в отделение с жалобами на одышку при ходьбе, слабость. С детства состоит на диспансерном учете по поводу ХРБС с формированием комбинированного порока сердца. В январе 2008 году проведена операция протезирования аортального клапана. Постоянно принимает варфарин, энап, тромбо АСС. Данное ухудшение самочувствия в течение двух недель в виде появления слабости, одышки при привычной физической нагрузке. Больной постоянно в течение 8 месяцев принимает варфарин 5 таблеток в сутки. МНО на уровне 0,86. Поступил по направлению кардиолога. Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Телосложение правильное. Питания нормостенического (вес 62 кг). Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Костно-мышечная система без видимой патологии. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая по правому краю грудины, левая - по левой

среднеключичной линии в 5 межреберье. Тоны сердца ритмичные, приглушены, шум работы искусственного клапана. АД 130/80 мм, рт.ст., ЧСС - в 1 минуту. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрично участвует в дыхании. При перкуссии - ясный легочный звук. Аускультативно - везикулярное дыхание.

ЧДД - 20 в 1 минуту. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. На ЭКГ за 3 августа 2009 год. Синусовый ритм с ЧСС-90 в 1 мин. Отклонение ЭОС влево.

Обращает на себя внимание тот факт, что больной в течение 8 месяцев принимает варфарин в достаточно большой дозе 12,5 мг. Несмотря на это МНО при поступлении - 1,2. Нарушений в диете и других факторов, влияющих на свертываемость крови, выявлено не было. Больному назначен фраксипарин в дозе 0,6 мг подкожно в сочетании с варфарином в дозе 5 мг/сутки.

День	МНО	Доза варфарина
2-й	1,1	7,5
3-й	1,4	10
4-й	1,4	10
5-й	2,0	10
6-й	3,2	10, отмена фраксипарина
7-й	2,2	10

После отмены фраксипарина, больной получал варфарин в дозе 10 мг/сутки в сочетании с тромбо АССом 100 мг. МНО на уровне 2,2-2,4. В дальнейшем больному рекомендовано перейти на фенилин.

Таким образом, при назначении больным варфарина, следует помнить о проблеме резистентности, что требует иногда назначения более высоких доз варфарина.

Список использованной литературы:

1. Лечение оральными коагулянтами. Методические рекомендации. Министерство здравоохранения и социального развития РФ. Российская

ассоциация тромбозов и геморрагий имени А.А.Шмидта-Б.А.Кудряшова.- 2007.

2. Национальные клинические рекомендации по лечению заболеваний ССС. - РФ, 2009.

ТҰЖЫРЫМ

Ауруларға варфаринды тағайындағанда, кейде варфаринның дозаларын биігірек тағайындауы талап ететін төзімділіктің мәселесі туралы еске сақтау керек.

SUMMARY

When assigning patients warfarin should be aware of the problem of resistance that sometimes requires use of higher doses of warfarin.

СОМАТИЧЕСКИЕ ДЕПРЕССИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Алдиярова Г.К.

*Государственное коммунальное казенное предприятие
«Центр психического здоровья», г.Алматы*

Сложности выявления депрессии в общей медицинской практике определяются значительным сходством ее клинических проявлений с симптомами различных соматических заболеваний, так как первыми признаками, как соматического расстройства, так и депрессии являются изменчивое общее самочувствие, трудно объяснимые неприятные телесные ощущения. Ряд авторов связывают это явление с тем, что в последнее время особенно увеличилось количество стертых депрессий, в симптоматологии которых наблюдаются изменения с резкой тенденцией к соматизации, так называемых «соматических масок» депрессий [3]. Специально проведенные исследования позволили установить, что доля больных, у которых своевременно диагностируется депрессия, не превышает 10%. Но даже в тех случаях, когда депрессии правильно квалифицируются, лишь 13% больных получают адекватное лечение [4]. Поэтому предпосылкой успешного лечения депрессии у пациентов в общей медицинской практике является ее адекватная диагностика, феноменологическая и нозологическая квалификация, определяющие подбор терапии.

Первые попытки отграничить соматизированную (маскированную) депрессию, как самостоятельный тип, характеризующийся доминированием соматовегетативной симптоматики, осуществили В.Цимбал и Д.Д.Плетнов в 1927 году. В этом плане представляет интерес работа Д.Д.Плетнова «К вопросу о соматической циклотимии» [5], в которой впервые был поставлен вопрос о соматических расстройствах как о симптомокомплексе, составляющем единственное проявление этого заболевания. В Европе маскированную депрессию впервые описал в 1928 году Ланге.

В 1973 году состоялся международ-

ный симпозиум по маскированным депрессиям, на котором было выработано следующее определение: «Маскированными депрессиями называются депрессивные состояния независимо от их причин, при которых соматические симптомы настолько преобладают в клинической картине, что полностью скрывают депрессию». В дальнейшем это определение было принято ВОЗ и стало, таким образом, общепринятым.

А.М.Понизовский [6], описывая клинику маскированной депрессии, указывает на то, что жалобы больных носят исключительно соматический или вегетативный характер, что может направить врача по ложному диагностическому пути. Наиболее часты жалобы на болевой синдром различной локализации и интенсивности. Это могут быть головная, зубная боль, боль в области шеи, спины или поясницы, в горле, приступообразная острая боль в животе и т.п.

Т.Г.Вознесенская также считает, что одной из наиболее распространенных масок тревожно-депрессивного состояния являются стойкие (хронические) боли (алгии), которые могут локализоваться практически в любой части тела [7]. К алгическим маскам депрессии относят атипичные или идиопатические лицевые боли [8]-пульсирующие, сверлящие. Ноющие ощущения, одно- или двусторонние, диффузные, локализующиеся в области верхней и нижней челюсти, лба, щек, вокруг рта. Как правило, распространение болевых ощущений не соответствует зонам иннервации. Боли мигрируют по всей поверхности лица, отличаются значительной продолжительностью (недели, месяцы и даже годы), упорным течением. Разновидностями лицевых болевых ощущений являются глоссалгия и стоматалгия, локализующиеся в соответствующих участках ротовой полости (язык, десны, слизистая оболочка рта и

глотки). По характеру они могут быть саднящими, жгучими, распирающими или покалывающими.

Поскольку соматические маски депрессий могут охватывать довольно широкий спектр вегетативных расстройств и органофункциональных симптомов, они способны «стимулировать» симптоматику практически любого известного заболевания, включая стоматологическую патологию [9, 10].

Лечение этого контингента больных у врачей-стоматологов, которые применяют симптоматические средства, не влияющие на базисную симптоматику, может способствовать затяжному течению указанных состояний. В связи с этим, вопросы диагностики и дифференцированного лечения соматизированных депрессивных расстройств в стоматологической практике представляют собой одну из важных проблем как психиатрии, так и стоматологии.

Таким образом, при изучении современных отечественных и зарубежных литературных данных становится очевидным, что критерии диагностики депрессий и подходы к их лечению, разработанные на основе изучения больных психиатрических стационаров, оказываются недостаточно эффективными для оценки этих расстройств в общемедицинской практике. Вместе с тем, число заболеваний и синдромов, включаемых в спектр депрессивных проявлений, все более расширяется как за счет некоторых заболеваний традиционно психосоматического круга, так и включения других, преимущественно соматизированных депрессивных расстройств. До настоящего времени многие вопросы феноменологической типологии и терапии тревожных и депрессивных расстройств, выявляемых у пациентов стоматологической практики, остаются спорными, недостаточно изученными и требуют дальнейших исследований.

Данное сообщение посвящено анализу наблюдений из практики оказания стоматологической помощи лицам с психическими расстройствами, находившихся на обследовании и лечении в Государственном коммунальном казенном

предприятие «Центр психического здоровья».

Практика показывает, что среди больных, поступающих в психиатрический стационар, число лиц, нуждающихся в стоматологической помощи и санации полости рта, составляет до 85-90%. Это связано с тем, что больные, находясь в психическом состоянии, или в силу выраженности дефекта личности не способны выполнять элементарные профилактические процедуры. Отсутствие гигиенических навыков по уходу за полостью рта или их утрата в связи с психическими расстройствами нередко приводит к развитию стоматита, гингивита, парадонтита, кариеса и его осложнений.

При выборе тактики лечения каждого конкретного больного врач-стоматолог должен строго следовать принципу индивидуального подхода, учитывая основной диагноз психического расстройства пациента и динамику его психического состояния, отраженную в истории болезни лечащим врачом.

Анализ многолетней практической деятельности врача-стоматолога в условиях психиатрического стационара показал, что тревожно-депрессивные состояния могут носить скрытый, соматизированный характер и проявляться стомалгиями. Следует отметить, что стомалгия, как моносимптом скрытой депрессии, наблюдается крайне редко. Чаще стомалгия у депрессивных больных сочеталась с другими болевыми ощущениями в области лица и шеи, которые носили несколько вычурный характер. На приеме у стоматолога эти больные предъявляли жалобы на «нестерпимые боли» в области челюсти, ассоциируя их с больным зубом. Характеризуя болевые ощущения, они заявляли, что «боль от зуба стреляет в ухо», «от зуба раскалывается вся половина головы», «немеет половина лица», «от боли появляется напряжение и спазм жевательной мускулатуры» и т.п. Причем, болевые ощущения не меняли локализацию и не теряли своей интенсивности даже после полной санации полости рта.

Анализ практических наблюдений больных с депрессивными расстройствами,

сопровождающимися стомалгией, позволил выделить некоторые диагностические признаки, позволяющие провести дифференциальную диагностику данных расстройств с истинной стоматологической патологией:

-связь во времени появления стомалгии с предшествующей психотравмой;

-зависимость выраженности субъективных болевых ощущений от дополнительных психотравмирующих ситуаций;

-своеобразие болевых ощущений и их иррадиации, их нетипичность для клинических проявлений стоматологической патологии;

-отсутствие объективных клинических и параклинических признаков стоматологического заболевания;

-положительная динамика при применении психотропных средств и психотерапии;

А.Б.Смулевич [1], описывая сложности выявления депрессий у соматических больных, говорит о высокой «цене» любой диагностической ошибки. Современная клиника располагает огромными возможностями, чтобы правильно (за исключением казуистических случаев) диагностировать соматические заболевания. Однако на практике (по различным причинам) диагностические возможности врача могут быть ограничены или не использованы в должной мере. Вероятна также ошибочная интерпретация полученных данных, в особенности результатов инструментальных исследований. Соответственно, возможны как гипердиагностика, так и гиподиагностика соматической патологии.

Разумеется, чем выше квалификация врача и чем шире спектр доступных ему диагностических методов, тем менее вероятны «полярные» ситуации: ошибочная диагностика соматического заболевания у больных с депрессией или, наоборот, психиатрический диагноз при нераспознанной соматической патологии. Частыми могут быть случаи неверного понимания врачом вклада психической и соматической составляющих в картину болезни конкретного пациента.

При обнаружении «органических» изменений со стороны соматической сферы

возникает естественная тенденция объяснить весь комплекс жалоб и объективных симптомов в рамках одной болезни, что ведет к недооценке функциональных расстройств и психопатологической составляющей страдания. Наоборот, при недооценке соматической патологии все «списывается» на психическое расстройство. На практическом опыте [1] установлено, что вследствие гиподиагностики только 1 из 10 пациентов получает необходимую специализированную помощь. Большинство подвергаются недостаточно обоснованным повторным обследованиям, а лечение становится неадекватным, эклектичным и неэффективным.

Таким образом, анализ стоматологической практики в психиатрическом стационаре показал, что скрытые (соматические) депрессивные расстройства могут проявляться стомалгиями и являться причиной многократных, необоснованных обращений к стоматологу. Лечение таких пациентов должно проводиться в тесном сотрудничестве с врачом-психиатром методами адекватной психофармакотерапии и психотерапии.

Список использованной литературы:

1. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М., 2003.- 429с.
2. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2002.- №1.- С.118-124.
3. Ромасенко Л.В. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике // Терапевтический архив. М., 2006. - Е.78. - №10. - С.5-8.
4. Costa-e-Silva J A.Facingdepression // Editorial.WPA Teaching BuffDep.- 1993.
5. Плентев Д.Д. К вопросу о соматической циклотимии. Русская клиника. 1927.- Т.7. - с.495-500.
6. Понизовский А.М. Маскированная депрессия // Фельдшер и акушерка. М., 1988. -№12. -С.36-40.
7. Вознесенская Г.Т. Депрессии в неврологической практике. М., 1998.- с.56-70.
8. Zakrzewska JM. Facial pain: Neurological and non-neurological. J Neurol Neurosurg Psychiat - 2002.
9. Арцадьев К.Н., Ерышев О.Ф. Скрытые депрессии в общесоматической практике \ Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике. Ленинград, 1994.- 25с.
10. Kielholz P.Psechosomatique des maladies depressives. Depressions masquées et equivalents somatiques. In:La depression masquee. Berne, Stuttgart, Vienna. - 1973. - p.11-13.

ТҰЖЫРЫМ

Осы хабарлау ҚР ДМ Мемлекеттік ғылыми-практикалық психиатрия, психотерапия және наркология орталығында тексеруде және емделуде болған, психикалық бұзылыстағы тұлғаға тіс емдеу көмегін көрсету тәжірибесін бақылау талдауына арналған. Депрессивтік бұзылыстармен, стомалгия бірге жүретін науқастарды тәжірибелік бақылау талдауы, кейбір диагностикалық белгілерді атап көрсетуге мүмкін болды, осы бұзылыстағы шын стоматологиялық патологиясына дифференциалдық диагностика жүргізуге мүмкіндік берді.

SUMMARY

The given message is devoted the analysis of supervision from practice of rendering of the stomatologic help to persons with the mental frustration, were on inspection and treatment in the Republican scientifically-practical center of psychiatry, psychotherapy and narcology of Ministry of Health of Republic Kazakhstan. The analysis of practical supervision of patients with the depressive frustration accompanied by stomalgia, has allowed to allocate some diagnostic signs, allowing to carry out differential diagnostics of the given frustration with a true stomatologic pathology.

**К ВОПРОСУ О ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ ПРИ ОКАЗАНИИ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМ**

Алдиярова Г.К.

*Государственное коммунальное казенное предприятие
«Центр психического здоровья», г.Алматы*

Работа врача-стоматолога в условиях психического стационара имеет определенные сложности, связанные с особенностями психического состояния пациентов.

Практика показывает, что среди больных, поступающих в психиатрический стационар, число лиц, нуждающихся в стоматологической помощи и санации полости рта составляет до 85-90%. Это связано с тем, что больные, находясь в психотическом состоянии, или в силу выраженности дефекта личности не способны выполнять элементарные профилактические процедуры. Отсутствие гигиенических навыков по уходу за полостью рта или их утрата в связи с психическим расстройством нередко приводит к развитию стоматита, гингивита, парадонтита, кариеса и его осложнений.

Данное сообщение посвящено анализу наблюдений из практики оказания стоматологической помощи лицам с психическими расстройствами, находившихся на обследовании и лечении в Государственном коммунальном казенном предприятии «Центре психического здоровья» в 2008 году.

Прежде всего, следует отметить, что психически больные осматриваются в стационаре стоматологом только по направлению лечащего врача-психиатра, который, оценивая психическое состояние пациента, решает вопрос о возможности проведения такого обследования. Больным, поступающим в стационар в остром психотическом состоянии, рекомендуется отложить посещение стоматолога до купирования психомоторного возбуждения и острых психических расстройств. В экстренных случаях стоматологический осмотр или вмешательство проводятся у постели больного после парентерального введения пациенту седативных средств.

При выборе тактики лечения каждого конкретного больного врач-стоматолог должен строго следовать принципу индивидуального подхода, учитывая основную диагноз психического расстройства пациента и динамику его психического состояния, отраженную в истории болезни лечащим врачом.

Анализ многолетней практической деятельности врача-стоматолога в условиях

психиатрического стационара позволяет выделить некоторые особенности стоматологического обследования больных с отдельными нозологическими формами психических расстройств и рекомендовать соответствующие методы лечения.

С особой осторожностью следует проводить стоматологическое вмешательство больным, страдающим эпилепсией или органическими психическими расстройствами с эпилептиформным синдромом. Анализ 50 наблюдений больных с данной формой психической патологии показал, что под влиянием эмоционального напряжения или болевого фактора у этих больных может внезапно развиваться судорожный приступ, поэтому необходимо стремиться к максимально безболезненному вмешательству. В частности, перед проведением инфилтракционной или проводниковой анестезии следует сделать аппликацию с лидокаином 10% или анестезином. Ампутацию, пульпы проводить под интралигаментарной или внутривульпарной анестезией. Следует помнить, что у этих больных при применении анестетиков исключается раствор адреналина. Чтобы ограничить время эмоционального напряжения больного, опасного в плане провокации судорожного приступа, в некоторых случаях лечение следует проводить в два и более этапов.

Особого внимания врача-стоматолога также требуют больные с депрессивно-тревожными состояниями, часто встречающимися у больных с невротическими расстройствами (32 наблюдения). У этих больных процедура стоматологического обследования и лечения часто усиливала тревожный компонент психических расстройств, что приводило к ухудшению их общего психического состояния. Хорошие результаты наблюдались при применении премедикации, когда перед стоматологическим осмотром этим больным рекомендовалось усиление седативной терапии: парентеральное введение транквилизаторов накануне вечером и непосредственно перед лечением (реланиум, седксен и др.).

Больные шизофренией (68 наблюдений) в отдельных случаях обнаруживали

склонность к бредовой интерпретации происходящих событий и, расценивая действия врача-стоматолога по-бредовому, вели себя неадекватно: были беспокойны, подозрительны, отказывались от осмотра и лечения, при настойчивых уговорах легко раздражались, озлоблялись, проявляли агрессивность. Иногда такие состояния удавалось сгладить некоторыми психотерапевтическими приемами: стараться спокойно объяснить больному, что врач будет делать, успокоить, снять чувство страха, постоянно комментируя свои действия разъяснениями. В отдельных случаях при стойкой бредовой настроенности больного, сопровождавшейся психомоторным возбуждением, стоматологические процедуры приходилось прерывать и отложить дальнейшее лечение до выхода больного из острого психотического состояния.

Важное значение для стоматолога имеют сведения из истории болезни пациента о наличии у него зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), в частности, алкогольной и наркотической (115 наблюдений). При проведении процедур таким больным следует избегать применения препаратов содержащих этанол. Такую предосторожность целесообразно демонстрировать больному, чтобы поддерживать психотерапевтический эффект противоалкогольного лечения. Следует помнить, что зависимость от ПАВ, как правило, сопровождается широким спектром соматических расстройств, которые необходимо учитывать при индивидуальном подборе применяемых препаратов. Анализ случаев оказания стоматологической помощи этим больным показал, что применявшаяся при вмешательствах местная анестезия оказывалась малоэффективной, что подтверждает ранее проводившиеся в этой области исследования [1]. Для достижения достаточного анестезирующего эффекта этим больным дозу анестетика приходилось значительно увеличивать, но даже при этом, продолжительность обезболивания существенно сокращалась. Это объясняется наличием у лиц с зависимостью от ПАВ высокой толерантности ко многим лекарственным препаратам, включая местные анестезирующие

щие средства. Хороший анестезирующий эффект при удалении зубов этим больным удавалось достигнуть лишь путем введения Sol.Lidocaini 2%-6,0мл.

Таким образом, проведенный анализ стоматологической практики показал, что при обслуживании лиц с психиатрическими расстройствами необходимо учитывать особенности имеющих у них психических расстройств, что определяет выбор врачом-стоматологом терапевтической тактики и позволяет повысить качество проводимых в психиатрическом стационаре лечебных мероприятий в целом.

Список использованной литературы:

1. Петрикас А.Ж.. Стоматологические аспекты проблем алкоголизма // Стоматология М. – 1981. - №4. - С.77-80.

ТҮЖЫРЫМ

Психиатриялық стационар жағдайда тіс емдеу дәрежесінің тәжірибесінде, психикалық бұзылыстағы тұлғаға қызмет көрсетуде олардағы бар психиатриялық бұзылыстардың ерекшелігін еске алу қажеттігін көрсетті. Науқастың психиатриялық жағдайын есепке алып дәрігер-тіс емдеуші дұрыс терапевтикалық тактиканы тандағанда психиатриялық стационарда жүргізілетін емдеу шараларының барлығының сапасын жоғарлатуға болады.

SUMMARY

The analysis of stomatologic practice in the conditions of a psychiatric hospital has shown that at service of persons with mental frustration it is necessary to consider features of mental frustration available for them. The correct choice the doctor-stomatologist of therapeutic tactics taking into account a mental condition of the patient allows to raise quality of medical actions spent in a psychiatric hospital as a whole.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭБРАНТИЛА (УРОПИДИЛА) В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ КРИЗОВ В УСЛОВИЯХ КАРДИОРЕАНИМАЦИИ

Безбородова Т.В.

Областной кардиологический центр, г.Уральск

Гипертензивный криз (ГК.) определяют как внезапное (острое) повышение АД, сопровождающееся клинической симптоматикой. Клиническая симптоматика определяется поражением различных органов мишеней и не имеет прямого отношения к хронически протекающей артериальной гипертензии.

В настоящее время отсутствует общепринятая, узаконенная классификация ГК по причине разнообразия проявлений и осложнений, которые могут сопровождать ГК. Существует несколько классификаций ГК.

Одна из них предлагает подразделять гипертонические кризы в зависимости от величин периферического сосудистого сопротивления и ударного объема сердца, на:

- гиперкинетический тип, при котором повышение уровня артериального давления происходит за счет увеличения ударного объема;
- гипокINETический тип, при котором повышение уровня артериального давления происходит за счет резкого увеличения периферического сосудистого сопротивления;
- эукинетический тип, при котором повышение уровня артериального давления происходит на фоне нормального или несколько увеличенного ударного объема и умеренно повышенного периферического сосудистого сопротивления.

Но наиболее используемой в руководствах многих стран является деление кризов на осложненные и неосложненные.

Неосложненные кризы соответствуют

кризам I порядка с внезапным началом и, как правило, хорошо купируются применением таблетированных препаратов в сочетании с седативными средствами.

Основную опасность представляют осложненные кризы, в зарубежной литературе это неотложная гипертензия. В зависимости от поражения органа мишени кризы делятся на ГК с развитием острой энцефалопатии, острым нарушением мозгового кровообращения (как геморрагическим, так и ишемическим), острым коронарным синдромом, острой левожелудочковой недостаточностью, расслоением аневризмы аорты, острой почечной недостаточностью, острым аритмическим синдромом, эклампсией, отеком зрительного нерва с геморрагиями.

Неотложные сердечнососудистые осложнения ГК

Расслоение аорты. Рекомендации по тактике лечения: систолическое АД < 110 мм рт.ст., при отсутствии данных относительно гипоперфузии органов предпочтительно комбинированное лечение с применением наркотических анальгетиков (морфин), бета-блокаторов (лабеталол, эсмолол) и вазодилататоров (никардипин, нитроглицерин, нитропруссид). В качестве альтернативы бетаблокаторам могут выступать антагонисты кальция (верапамил, дилтиазем).

Острый коронарный синдром. Рекомендации по тактике лечения: антигипертензивная терапия проводится при систолическом артериальном давлении, превышающем 160 мм рт.ст., и диастолическом > 100 мм рт.ст. Снижение АД на 20–30 % от исходного. Проведение фибринолитической терапии не показано при уровне АД > 185/100 мм рт.ст., противопоказание относительное.

Острая сердечная недостаточность. Рекомендации по тактике лечения: антигипертензивная терапия вазодилататорами проводится всегда в комбинации с диуретиками (фуросемид, торасемид) при систолическом артериальном давлении > 140 мм рт.ст. Предпочтительны внутривенное введение нитроглицерина или прием под язык.

В нашем отделении при купировании осложненных гипертонических кризов использовался препарат эбрантил (урапидил), который показал свою высокую эффективность.

Эбрантил относится к препаратам, блокирующим постсинаптические альфа₁-адренорецепторы, благодаря чему снижается периферическое сопротивление. Кроме того, Эбрантил регулирует центральный механизм поддержания сосудистого тонуса и обладает слабым бета-адреноблокирующим действием. ЧСС, сердечный выброс при его введении не меняются. Низкий сердечный выброс может повышаться за счет снижения сосудистого сопротивления. Ортостатических явлений, как правило, Эбрантил не вызывает. Эбрантил блокирует вазоконстрикцию, вызываемую альфа₂-адренорецепторами, и не вызывает рефлекторной тахикардии, обусловленной вазодилатацией. Эбрантил сбалансировано снижает систолическое и диастолическое АД, уменьшая периферическое сопротивление. Урапидил снижает пред- и постнагрузку на сердце, повышает эффективность сердечного сокращения, тем самым, при отсутствии аритмии, препарат увеличивает сниженный минутный объем сердца.

Механизм действия

Эбрантил имеет центральный и периферический механизмы действия. Преимущественно блокирует периферические постсинаптические альфа₁-адренорецепторы, таким образом, препарат блокирует сосудосуживающее действие катехоламинов. В ЦНС урапидил влияет на активность сосудодвигательного центра, что проявляется в предотвращении рефлекторного изменения тонуса симпатической нервной системы.

Урапидил не влияет на показатели углеводного обмена, обмен мочевины и не вызывает задержки жидкости в организме.

В нашем отделении наблюдали 16 больных. 14 с отеком легких на фоне повышения АД свыше 180 мм рт.ст. 2-е с ОНМК по ишемическому типу. При поступлении 11-ти больным проводилось болюсное введение эбрантила 10-25 мг. Пя-

теро больных получали инфузионную терапию эбрантилом 50-75 мг на 200 мл физиологического раствора, под контролем АД. Лечение эбрантилом проводилось в сочетании с обычной терапией. У всех больных наблюдалось эффективное снижение АД. В 75%(12 больных), АД снижалось через 2-10 мин. У больных с отеком легких наблюдалось увеличение насыщения периферической крови кислородом (с 86-87% до 95-97%). Причем, при острой левожелудочковой недостаточности, обычно достаточно было болюсного введения препарата для эффективного снижения АД. У части больных ввиду недостаточного снижения АД потребовалось введение препарата внутривенно.

Таким образом, эбрантил эффективен в лечении осложненных гипертонических кризов. Он не вызывает рефлекторной тахикардии. Быстро снижает АД при болюсном введении. Имеет удобную форму введе-

ния, возможно внутривенное болюсное и капельное введение препарата.

Список использованной литературы:

1. Иркин О.И., Пархоменко А.Н. Современная тактика лечения больных с гипертоническими кризами. *ННЦ «Институт кардиологии имени академика Н.Д. Стражеско»*, отдел реанимации и интенсивной терапии. Киев.
2. Ройтберг Г.Е., Струтынский А.В. Внутренние болезни.

ТҰЖЫРЫМ

Эбрантил шиеленістіріп алған гипертония катты ауруларының емдеуінде тиімді. Ол рефлекторлық тахикардия шақырмайды. Тозақ болюс кіріспесінде жылдам төмендетеді. Енгізудің ыңғайлы формасы болады, көк тамырда болюс және тамшы препаратты енгізуі мүмкін.

SUMMARY

Ebrantil effective in the treatment of hypertensive crises. He is not appealed reflex tachycardia. Quickly lowers blood pressure by bolus. Has a convenient form of administration, possibly intravenous bolus and drip infusion.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СЛУЖБЫ КРОВИ. БЕЗОПАСНОСТЬ КРОВИ И ЕЕ КОМПОНЕНТОВ

Иосипенко Е.С.

ГККП «Областной Центр крови», г.Костанай

В Послании Президента страны к народу Казахстана «Казахстан – 2030» одним из ведущих приоритетов определено здоровье и благополучие граждан.

Служба крови – одна из важнейших составных частей здравоохранения, целью деятельности которой является обеспечение качества трансфузионной терапии в мирное время, при ЧС и стихийных бедствиях.

Производимые службой крови компоненты и препараты на сегодняшний день незаменимы – они важнейший фактор национальной безопасности и независимости страны.

Общие расходы на службу крови в республике составляют 0,91% от бюджета

здравоохранения (в нашей области – 0,87%), что явно недостаточно для развития этой отрасли (для примера, в США – 2% бюджета государственного здравоохранения расходуется на службу крови, обеспечивающую потребности всего 50% медицинских организаций в национальном масштабе).

В РК только развивается автоматизированная заготовка клеточных компонентов крови и технологии их длительного хранения. Не все этапы технологического процесса производства компонентов крови обеспечены необходимым оборудованием. Существующая нормативная правовая база не охватывает всех аспектов деятельности службы крови,

противоречива, сдерживает ее развитие и требует совершенствования. С целью совершенствования работы службы крови требуют дальнейшего развития мероприятия по стандартизации, лицензированию, сертификации, аккредитации организаций службы крови.

Одной из важных проблем службы крови и всего государства является проблема донорства крови и ее компонентов.

От ее решения зависит сама возможность и качество оказания высокотехнологичной медицинской помощи в мирное время и при ЧС. Донорская кровь, ее компоненты и препараты являются национальным достоянием. Основное условие участия в донорстве – соответствие уровня здоровья донора требуемым медицинским критериям. Добровольное безвозмездное донорство, признанное ВОЗ и другими международными организациями как наиболее безопасное, является базисом службы крови. В РК, начиная с 90-х годов прошлого века, донорство сократилось более чем в 2 раза, в Костанайской области за последние 20 лет – в 2,7 раза. Сегодня необходимы разработка и принятие мер по развитию добровольного безвозмездного донорства, поиск моральных стимулов к донорству, привлечение НПО и общественных организаций (рекрутирование в доноры), социальная реклама донорства.

До настоящего времени в Республике не создан Национальный регистр доноров крови и ее компонентов, нет единого информационного пространства в службе крови, что не позволяет эффективно управлять запасами компонентов крови.

Современное развитие трансфузиологии предопределяет постепенный переход в оказании трансфузионной помощи от компонентной терапии к преимущественному использованию препаратов крови. Имеющиеся в РК производства препаратов крови организованы в 70-80-х годах прошлого века, технологии значительно отстают от зарубежных и не отвечают требованиям GMP. Выпускаемые препараты крови не удовлетворяют потребности здравоохранения ни по номенклатуре, ни по объему, ни по качеству.

Появление отечественного завода или решение вопроса контрактного фракционирования позволит радикально решить проблему обеспечения больных гемофилией и другими заболеваниями, современными и безопасными препаратами крови.

Как и во всех отраслях здравоохранения в РК имеют место проблемы кадрового обеспечения службы крови. Недостаточное финансирование и специфика отрасли, низкая заработная плата, отсутствие реальных механизмов материального стимулирования сотрудников привели к оттоку высококвалифицированных специалистов, обусловили дефицит молодых специалистов, текучесть кадров и, как следствие, нарушилась преемственность поколений.

В системе среднего и высшего медицинского образования Казахстана до сих пор не предусмотрен курс трансфузиологии. Не имеет республика и собственной научной базы.

Программа по службе крови 2008-2010 годов принципиально изменила направление в работе службы крови, но объективная реальность тормозит дальнейшее ее развитие. От грамотного и скорейшего решения проблем зависит дальнейшая судьба службы крови.

Список использованной литературы:

1. «Вестник службы крови России». Журнал, 2007 г., № 4, с.13-15
2. «Гематология и трансфузиология Казахстана». Журнал, 2007 г., № 3, с.21-25.
3. Е.Б.Жибурт «Бенчмаркинг заготовки и переливания крови», 2009 г.
4. «Централизация службы крови – ключ к гарантии качества и экономической эффективности». Журнал «Здравоохранение и медицинская техника», 2005 г., № 4, с.6-7

ТҮЖЫРЫМ

ҚР қан қызметінің мемлекеттік стратегиялық мінездемесі бар, ол елдегі ұлттық қауіпсіздік мәселесін қозғайды. Соңғы 5 жыл ішінде қан қызметі күрт өзгерді. Бірақ ол бүкіл мәселені шешпеді. Олардың көбін шешу, көбіне, қан препараттарын өндіру, кадрлық және қаржылық қамтамасыз ету және басқаларын шешу республикадағы қан қызметін дамыту және келешек өмірге байланысты.

SUMMARY

Blood service in RK has the state strategic character, as connects with questions of national safety of

country. Over the last 5 years there was a radical revolution in blood service. But he hasn't solved all problems. From the decision of the majority of them, in particular from

manufacture of preparations of blood, personnel and financial maintenance and others, the further life and development of service of blood depends in Republic.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРИВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Юлдашева И.Э.

Городская детская больница №1, г.Тараз

Перивентрикулярные кровоизлияния (ПВК) являются одним из видов внутричерепных кровоизлияний периода новорожденности. ПВК часто встречающаяся патология в лечебных учреждениях родовспоможения, перинатальных центров, детских больницах с отделениями патологии новорожденных, приводящих к тяжелому течению раннего постнатального периода, более сложному периоду адаптации новорожденного к внеутробной жизни и исходами, требующими в дальнейшем лечения в неврологических отделениях.

ПВК в большем проценте случаев (25 - 40%) встречается у недоношенных детей, причем с массой тела 1500 гр. и сроком гестации 30 - 32 недели частота ПВК возрастает до 56% [1-2].

ПВК развивается в незрелой ткани герминативной выстилки боковых желудочков, которая редуцируется к 30 неделям гестации. До 36-39 недель она сохраняется островками между зрительными буграми и хвостатыми ядрами. Сосуды в матричной ткани состоят из одного слоя эпителия, не имеют каркаса из эластина и коллагена, в связи с чем часто повреждаются при повышении артериального и венозного давления в сосудах мозга и биохимических сдвигов в крови. Поэтому ПВК по частоте и локализации напрямую зависит от сроков гестации. ПВК часто возникают в первые 3-е суток жизни, реже в течение 1 недели; при ИВЛ – на протяжении всего периода вентилиации.

Ультразвуковое исследование является достаточно точным и чувствительным методом для диагностики ПВК. В клинической УЗД используется классификация ПВК по L.A.Papille [3]:

ПВК_I – субэпендимальное кровоизлияние;

ПВК_{II} – внутрижелудочковое кровоизлияние без расширения желудочковой системы;

ПВК_{III} – внутрижелудочковое кровоизлияние с расширением желудочковой системы;

ПВК_{IV} – распространение внутрижелудочкового кровоизлияния на паренхиму мозга.

ПВК_I обычно локализуется под эпендимой наружной стенки бокового желудочка, между головкой и телом хвостатого ядра и зрительным бугром. На УЗИ при ПВК_I лоцируется наличие круглого гиперэхогенного участка на уровне хвостатого ядра или таламо-каудальной вырезки, чаще двухстороннее. При этом возможно преходящее расширение боковых желудочков.

При массивном субэпендимальном кровоизлиянии 80-90% случаев происходит прорыв эпендимы и излитие крови в просвет бокового желудочка с развитием внутрижелудочкового кровоизлияния и образования ПВК_{II}. При ПВК_{II} на УЗИ в нерасширенном боковом желудочке можно увидеть гиперэхогенную, иногда неоднород-

ную с нечетким контуром структуру. При соединении и наслаивании сгустков крови на сосудистые сплетения последние будут неоднородными.

При излитии крови в желудочки, смешении её с ликвором и сгустками может произойти их плотное тампонирование с развитием дилатации желудочковой системы - ПВК_{III}. На УЗИ при ПВК_{III} лоцируется расширение желудочков разной степени выраженности. В полостях, чаще боковых желудочков (реже в III и IV), наблюдается гиперэхогенные структуры, неоднородные с неровным четким контуром (сгустки крови), которые иногда занимают весь просвет желудочка [4].

В тяжелых случаях происходит разрыв субэпендимального или внутрижелудочного кровоизлияния в близлежащие перивентрикулярные ткани - ПВК_{IV}. В результате геморрагического пропитывания образуется крупный очаг в белом веществе головного мозга, чаще в височной и затылочной областях. Реже субэпендимальные кровоизлияния распространяются на базальные ядра, область зрительного бугра, вызывая при этом его склерозирование и расширение бокового желудочка на пораженной стороне. Другой механизм кровоизлияния в белом веществе головного мозга – разрыв стенки сгустком крови.

На УЗИ пораженная мозговая ткань выглядит неоднородной. Контуров желудочка в области патологического процесса обычно не определяют. В ряде случаев ПВК сочетаются с перивентрикулярной лейкомаляцией, паренхиматозными кровоизлияниями, перивентрикулярными геморрагическими инфарктами, возникающими в результате обструкции перивентрикулярных вен [4].

Исходы ПВК во многом зависят от обширности распространения, массивности, сочетанности с другими геморрагическими и негеморрагическими поражениями центральной нервной системы.

ПВК_I может редуцироваться бесследно, иногда на месте гематомы образуется субэпендимальные кисты (СК), одна или несколько, которые визуализируются как анэхогенные округлые участки с ровным

гиперэхогенным контуром. СК в 1-5% случаев наблюдаются сразу после рождения у доношенных детей и рассматриваются как ишемия, внутриутробные кровоизлияния, а иногда как небольшие сосудистые инсульты.

Локализация СК типично в области головки и тела хвостатого ядра. Исчезают они к 8-12 месяцам жизни.

Атипичные СК располагаются субэпендимально в других местах, для УЗИ недоступных, по данным КТ исчезают к 12-15 месяцам. В большинстве случаев СК не проявляются клинически и не имеют тенденции к увеличению.

Последствием внутрижелудочковых кровоизлияний почти всегда является утолщение эпендимы желудочков, что на УЗИ характеризуется утолщением, гиперэхогенностью, неровностью стенок желудочков. При ПВК_{II} и ПВК_{III} рассасывание сгустков происходит в течение 1 – 1,5 месяцев жизни ребенка. При ПВК_{II} может впоследствии произойти расширение желудочков и определить постфактум степень ПВК при рождении затруднительно.

При ПВК_{III} расширения желудочковой системы носит стойкий характер, возможно развитие декомпенсированной гидроцефалии. При ПВК_{IV} исход обычно в порэнцефалическую кисту, разные степени гидроцефалии.

В сомнительных и трудных в диагностическом отношении клинических случаях существенную помощь для определения локализации, обширности патологического процесса у новорожденных оказывают результаты УЗИ головного мозга, которые в каждом конкретном случае необходимо сопоставить с анамнезом, результатами клинических и лабораторных исследований.

Список используемой литературы:

1. Пыков М.И., Ватолин К.В. «Детская ультразвуковая диагностика», 2006г.
2. Улезко Е.А., Недзведь М.К. «Ультразвуковая диагностика у новорожденных», 2004г.
3. Зубарева Е.А., Неижко Л.Ю. «Клиническая нейросонография новорожденных и детей раннего возраста», 1997г.
4. Ватолин К.В. «Ультразвуковая диагностика заболеваний головного мозга», 2001г.

5. Пыков М.И., Ватолин К.В. «Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике в педиатрии», 1998г.

ТҰЖЫРЫМ

Тап осы мақалада этиология, қан құйылулардың перивентрикулярных эпидемиологиясы жазылып жатыр (ПВК) мезгілдің тәуелділікте жаңа туған балаларында жаңа туған жас гестационного және оның анатомосы - физиологиялық ерекшеліктердің; ПВК клиникалық ультрадыбыс таптастыруы; ПВК анатомиялық жайылтпаушылық және оның дәрежесінің тәуелділікте олардың ультрадыбыс суреті; ПВК үйлестірулері бас мисы басқа патологиялық

процестерімен; әр түрлі дәреже қан құйылуларының нәтижелері және олардың көзбен шолушылығы нейросонографии жанында.

SUMMARY

In given article is described aetiology, epidemiology periventriculation haemorrhages (PVK) beside newborn childrens depending on period gestating age newborn and his anatomist-physiological particularities; the clinical ultrasonic categorization PVK; the anatomical localization PVK and their ultrasonic picture depending on his degree; the combinations PVK with other pathological process of the cerebrum; the upshots of the haemorrhages to miscellaneous degree and their visualization under neurosonography.

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Колегова В.И.

Городская поликлиника №2, г.Тараз

Рак поджелудочной железы обнаруживают в 5-8% случаев всех злокачественных опухолей и 50-60% всех случаев гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Данные литературы показывают, что ультразвуковые признаки опухолей головки поджелудочной железы делятся на две группы. Первая группа включает основные или постоянно встречающиеся признаки, к которым относится выявление самой опухоли, что связано с локальной перестройкой паренхимы железы, и если при этом имеется увеличение органа – появление неровности контура органа над опухолью или на границе с ней.

Ко второй группе относятся косвенные или дополнительные признаки. При больших и распространенных опухолях поджелудочной железы удается обнаружить поражение крупных сосудов в виде сдавления их опухолевой тканью или прорастание опухоли в их стенку, поражение региональных лимфатических узлов, а также метастатическое поражение печени. При анализе прямого признака выделяют три типа акустического строения опухолей: 1-й тип (47%) – не имеет отраженных

эхосигналов или имеет единичные, низкой интенсивности эхосигналы по периферии;

2-й тип (29%) – характеризуется наличием диффузно разбросанных эхосигналов низкой и средней интенсивности;

3-й тип (24%) – отличается тем, что в центре опухоли определяются отраженные эхосигналы высокой интенсивности, на периферии низкой. Локальное увеличение головки поджелудочной железы, пораженной опухолевым процессом, обнаруживают в 94-97% случаев. Данный признак отнесен к косвенным признакам и может иметь диагностическое значение только в совокупности с прямыми признаками, потому что часто наблюдается у больного с псевдотуморозным панкреатитом.

При локализации опухоли в головке поджелудочной железы у 80% больных уже на ранних стадиях заболевания выявляются признаки билиарной гипертензии, проявляющиеся расширением вне и внутрипеченочных желчных протоков и увеличением желчного пузыря.

Достаточно значимым ультразвуковым косвенным признаком, позволяющим

с высокой долей вероятности заподозрить наличие опухоли в головке поджелудочной железы, является укорочение печеночного желчного протока. Длина укороченной непорожденной, но расширенной части желчного протока колебалась от 40 до 80 мм.

Весьма характерным для рака поджелудочной железы ультразвуковым косвенным признаком являются панкреатикозктазия (95%) и повышение эхогенности ткани поджелудочной железы вследствие сопутствующего панкреатита (92%).

Косвенные ультразвуковые признаки позволяют говорить о наличии злокачественного процесса в головке поджелудочной железы только при их сочетании. Если опухоль в ткани головки поджелудочной железы не видна, то чем больше этих признаков, тем выше вероятность поражения её опухолевым процессом.

Тем не менее информативность ультразвуковой диагностики опухолей под-

желудочной железы, по данным литературы, варьирует в пределах 55-95%.

Таким образом, прямые и косвенные признаки опухоли головки поджелудочной железы составляют семиотический комплекс, использование которого обеспечивает высокий уровень достоверности диагностики опухолей данной локализации.

Список использованной литературы:

1. Иванов В.А., Малярчук В.И., «Ультразвуковая диагностика заболеваний органов билиопанкреатодуоденальной зоны». Москва, 2004г.
2. Митьков В.В. «Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике». Москва, 1996г.

ТҮЖЫРЫМ

Мақалада ұйқыбезінің ісік ультрадыбысты диагностикалық әдістері сипатталған.

SUMMARY

Questions of ultrasonic diagnostics of pancreas tumor are stated in the article.

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СУБХОРИОНИЧЕСКОЙ ГЕМАТОМЫ НА РАННЕЙ СТРАДИИ БЕРЕМЕННОСТИ

Нем Л.П.

Городская поликлиника №2, г.Тараз

Субхорионическая гематома – специфическое паталогическое состояние, возникающее на ранней стадии беременности (обычно в I триместре), которая развивается в результате частичной отслойки хориальной пластинки от подлежащей децидуальной оболочки при генетически нормальном плодном яйце и проявляется в виде кровоизлияния и скопления крови(гематомы) в субхориальном пространстве. Важно отметить, что субхорионическая гематома составляет около 18% всех случаев кровотечения в первом триместре беременности.

Субхорионическая гематома может быть диагностирована только на основании сопоставления данных клинического обследования (т.е. признаков кровотечения) с результатами УЗИ. Картина УЗИ весьма специфична – на границе нормального плодного яйца выявляется гипозохогенный участок между хорионом и децидуальной оболочкой. Этот участок занимает часть окружности плодного яйца и имеет характерный вид полулуния или ракеты. В ряде случаев гематома возникает на противоположных полюсах плодного яйца, вследствие чего она получила название биполярной субхорионической гематомы. Когда

исследование проводится при помощи высокоразрешающей ультразвуковой системы, в анэхогенной области могут обнаруживаться слабые сигналы, указывающие на образование сгустка крови.

При получении ультразвукового изображения в первую очередь необходимо определить состояние эмбриона. Например, если частота сокращений сердца у эмбриона составляет менее 85 уд/мин, это указывает на неблагоприятный прогноз. Другие значимые прогностические признаки включают локализацию, размеры и объем субхорионической гематомы. Локализация гематомы на участке имплантации свидетельствует о плохом прогнозе, поскольку при этом нарушается или прекращается обмен между эмбрионом и матерью. Гематома больших размеров может практически отделить плодное яйцо от полости матки, что приводит к спонтанному аборту. Как правило, прогноз благоприятен, если размеры гематомы не превышают $\frac{1}{4}$ площади поверхности гестационного мешка. По данным одного из исследований крупные субхорионические гематомы (с площадью поверхности более $\frac{2}{3}$ окружности плодного яйца) увеличивают частоту спонтанных абортов до 49%. Дальнейшая эволюция субхорионической гематомы может происходить двумя путями: либо она постепенно полностью рассасывается и беременность развивается нормально, либо ее объем увеличивается и постепенно отделяет плодное яйцо от децидуальной оболочки, что приводит к гибели эмбриона.

Считается, что причиной субхорионической гематомы является иммунологический конфликт матери и плода, связанный с активацией иммуномодулирующих механизмов, которые опосредуются прогестероном. Данная гипотеза подтверждается тем фактом, что субхорионическая гематома значительно чаще встречается при беременностях, которые развиваются с использованием медицинских процедур, таких как стимуляция овуляции и экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), и обычно часто сопровождаются лютеиновой недостаточностью различной степени. Очень сложно определить истинную частоту

спонтанных абортов, вследствие субхорионической гематомы, поскольку диагноз может быть поставлен только при помощи УЗИ и во многих случаях устанавливается на той стадии, когда эмбрион уже погиб. В ряде исследований была продемонстрирована зависимость на децидуальном уровне между повышением коагуляции в децидуальных сосудах и отторжением эмбриона с нормальными хромосомами. Этот патогенетический механизм субхорионической гематомы регулируется цитокинами Т-хелперов 1-го типа (Th-1), тогда как механизм защищающий от внутрисосудистой коагуляции регулируется Th-2. В связи с тем, что субхорионическое кровотечение обусловлено иммунным васкулитом, в лечении этого состояния применяют **дидрогестерон (Дюфастон)**. Дидрогестерон влияет на иммунные процессы в децидуальной оболочке путем стимуляции иммунных механизмов, регулируемых Th-2. В открытом исследовании участвовали 100 беременных женщин (срок от 7 до 11 недель) с кровотечением и ультразвуковыми признаками субхорионической гематомы. Им был назначен «Дюфастон» 40 мг в сутки до 16-й недели беременности. Динамическое наблюдение включало УЗИ (трансвагинальное). Во всех случаях с сохраненной беременностью признаки благоприятной эволюции были получены при динамическом УЗИ и заключались в прекращении роста гематомы. Эти положительные изменения отмечались уже на первой неделе терапии «Дюфастоном». Клинический симптом - кровотечение, также уменьшался и имел различную длительность. Важное прогностическое значение имеет факт обнаружение цветового доплеровского сигнала в области гематомы, который указывает на восстановление кровотока по сосудам децидуальной оболочки, т.е. реваскуляризацию. В основе этого благоприятного изменения лежат два основных механизма, которые контролируются прогестероном:

1. прерывание иммунного процесса, связанного с ампутацией децидуальных сосудов.

2. восстанавливающее действие прогестерона на сосуды.

При ультразвуковом исследовании характерная картина сосудистой сети в виде «сосудистых озер» сменяется регулярной сосудистой сетью с ровными цветовыми доплеровскими пятнами. После того, как хорион воссоединяется с децидуальной оболочкой матки, процесс восстановления полностью завершается.

Выводы:

1. «Дюфастон» обладает иммуномоделирующими свойствами и эффективен при лечении субхорионической гематомы.

2. Ультразвуковое исследование необходимо для оценки эффективности лечения субхорионической гематомы.

Список использованной литературы:

1. Материалы клиники акушерства и гинекологии, Бухарест, Румыния
2. Хачкурузов С.Г. «Ультразвуковое исследование в гинекологии» 2001г.
3. Митьков В.В., Медведев М.В, «Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике» 1997г.

ТҰЖЫРЫМ

Дидрогестерон дәрі дәрлігімен емдеу барысында субхорионалды гематоманың инволюциялық (кере-қайтау) процессын ультрадыбыстық мониторингпен қауағалады әбден болады. Субхорионалды қан кетуді дидрогестерон дәрісімен емдеу патогенездік бағытна негіздемен.

SUMMARY

Ultrasonic monitoring allows to control the process of involution of sub chorionic haematoma on application of dydrogesterone. Prescription of didrogestosterone «duphaston» in case of sub chorionic bleeding is pathogeneticly well-grouded.

**ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВИЧ/СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗА,
АЛКОГОЛИЗМА, НАРКОМАНИИ****ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «СИНОМАРИН» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ
НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ У ДЕТЕЙ****Акшалова А.К., Агажанова Г.Е.*****Областной медицинский центр. г.Караганда***

Заболевания носа и околоносовых пазух являются одной из самых распространенных видов патологии у детей. На возникновение и течение этих заболеваний влияют такие факторы, как переохлаждение, резкие колебания температуры, загрязненный воздух, снижение иммунного статуса, аллергический фон, гипертрофия аденоидов у детей.

Нос является начальным отделом дыхательных путей. В полости носа воздух очищается от пылевых частиц, микроорганизмов, вирусов, а также увлажняется и согревается. Слизистая оболочка носа покрыта мерцательным эпителием, реснички которого, двигаясь в одном направлении, обеспечивают движение слизи в сторону носоглотки. Мукоидный секрет предохраняет полость носа от высыхания, транспортирует осевшие частицы, осуществляет иммунную защиту благодаря наличию в нем лизоцима и антител.

Нарушение функции реснитчатого эпителия происходит при вирусной или бактериальной инфекции, искривлении носовой перегородки, аденоидных вегетациях у детей, полипах.

Анатомические особенности носовых ходов у грудных детей: их узость, прилегание нижних носовых раковин ко дну полости носа, широкая слуховая труба, приводят к резкому затруднению дыхания даже при незначительном набухании слизистой.

Часто у детей воспалительный процесс распространяется на глотку и нижние дыхательные пути с развитием осложнений в виде острого среднего отита, трахеобронхита, пневмонии.

Острый ринит у маленьких детей, особенно у грудных, является тяжелым заболеванием с преобладанием общих

симптомов и частым развитием осложнений. В связи с резким затруднением носового дыхания становится невозможным сосание, нарушается сон, ребенок становится беспокойным, теряет в весе, повышается температура тела. Ротовое дыхание приводит к аэрофагии и метеоризму.

Поэтому важнейшим фактором лечения острого ринита, синусита у детей является восстановление носового дыхания.

В составе комплексного лечения детей был использован назальный спрей «Синомарин» детский для промывания полости носа.

Цель исследования: Оценка эффективности препарата Синомарин при лечении некоторых заболеваний носа и околоносовых пазух.

Материал и методы исследования: Препарат назначался по 1-2 впрыскивания в каждый носовой ход 3 раза в день в течение 7-10 дней.

Наблюдалось 60 детей в возрасте от 2-х до 15 лет в период с марта по май 2010г. Из них 25 детей с диагнозом гнойный гайморит. 18 детей с диагнозом аденоидит, 17 детей с острым ринитом.

Дети с гайморитом предъявляли жалобы на заложенность носа, боли в области пазух, головные боли. При риноскопии отмечалась отечность и гиперемия носовых раковин, наличие гнойного отделяемого в среднем носовом ходу.

У детей с аденоидитом – затруднение носового дыхания, храп во время сна. При передней риноскопии в носовых ходах отделяемое скудное, при фарингоскопии – обильное затекание слизи из носоглотки по задней стенке, гипертрофия небных миндалин.

Больные с ринитом жаловались на затруднение носового дыхания, насморк, при

риноскопии: отек и гиперемия слизистой носа, выделения слизистого или гнойного характера в носовых ходах.

Детям с диагнозом гайморит проводилась антибактериальная терапия, муколитики, физиолечение. Больным с аллергическим фоном дополнительно назначались антигистаминные препараты.

Дети с острым ринитом получали только местное лечение: Синомарин спрей и протаргол 2% 3 раза в день в течение 7 дней. Ни в одном случае не назначались сосудосуживающие капли.

Результаты исследования:

На 3-4 день применения спрея Синомарин у 60% больных отмечалось улучшение носового дыхания за счет уменьшения отека слизистой, сокращения отделяемого из носа.

При использовании Синомарина укорачивались сроки выздоровления. Отмечена хорошая переносимость Синомарина.

Выводы:

Назальный спрей Синомарин может применяться в лечении заболеваний носа и

околоносовых пазух у детей как монопрепарат, так и в составе комплексного лечения. Синомарин эффективно промывает и очищает полость носа, уменьшает отечность слизистой носа, оказывает противовоспалительное действие. Синомарин повышает местный иммунитет и сопротивляемость слизистой полости носа к болезнетворным вирусам и бактериям.

Список использованной литературы:

1. И.Б. Солдатов «Лекции по оториноларингологии». Москва, 1990г
2. Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов «Клиническая ринология». Москва, 2000г. с.390
3. С.В. Рязанцев. Морская вода в ринологии «Новости оториноларингологии и логопатологии» 2002г. С. 34-36

ТҰЖЫРЫМ

Мәтінде бала ринологиясындағы қуыстың ирригациясы үшін теңіз суының гипертониялық ерітіндісін қолдануды өзінің тәжірибесін келтіреді.

SUMMARY

In the article have carry out of own experience of the use hypertonic sea water solution in nasal irrigation in pediatric rhinology.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «БИОМУН» В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Агажанова Г. Е., Акшалова А. К., Чернова Н. В.
ОМЦ, ТОО МСЧ «Шахтер «Испат-Кармет», г.Караганда

Проблемы респираторных инфекций до настоящего времени остаются актуальными во всем мире. Среди этиологических факторов ОРИ ведущую роль играют вирусные инфекции. Острые формы респираторных заболеваний приводят к структурным изменениям слизистой оболочки дыхательных путей, срыву адаптационных механизмов защиты и формированию ранней хронической патологии лор-органов,

бронхолегочной системы, а также другим соматическим заболеваниям.

Инфекции верхних дыхательных путей являются главной причиной самых различных заболеваний лор-органов. Эффективное их лечение повышает качество жизни пациентов и снижает количество осложнений.

Примером использования иммуномодулирующего препарата для профилак-

тики и лечения острых инфекций верхних дыхательных путей у взрослых является «Биомун». Это комбинированный препарат, в состав которого входит:

Эхинацея – растительный иммуномодулятор, эффективное средство профилактики бактериальных и вирусных инфекций. Оказывает иммуностимулирующее, антивирусное и противовоспалительное действие.

Кошачий коготь – растительный иммуномодулятор, обладающий противовоспалительным, противоаллергическим и противовирусным эффектом.

Микроэлемент цинк – обладает антисептическим, противовоспалительным и антиоксидантным свойствами.

Витамин С – активно участвует в механизме ответной иммунной реакции и в выработке антител.

Лакто- и бифидобактерии – восстанавливают естественное микробное равновесие в кишечнике, регулируют работу желудочно-кишечного тракта, нормализуют синтез витамина Е и К, **поддерживают естественную защиту организма от вирусов и бактерий, создают благоприятные условия для роста и размножения «полезных» микроорганизмов, от работы которых зависит 70% иммунной защиты.**

Выбор 6-ти штаммов основывается на обширной международной научной литературе, которая доказывает их максимальную эффективность.

Благодаря специальной технологии производства (GASTRO GUARD) Биомун® содержит гастроустойчивые живые высушенные бактерии, что обеспечивает их поступление в кишечник без разрушения в желудке и быстрое восстановление кишечной микрофлоры. Каждая капсула содержит не менее 2 миллиардов живых молочнокислых бактерий.

Нами обследовано 40 больных в возрасте от 25 до 40 лет с диагнозом ринофарингит, 26 из которых получали «Биомун» с первого дня заболевания по 1 капсуле 1 раз в день, а другие 14 больных использовали другое лечение. Тяжесть и

продолжительность заболеваний верхних дыхательных путей у лечившихся «Биомун» была существенно меньше, чем в контрольной группе.

На 3-й день лечения уменьшился насморк, кашель у 16 (62процента) пациентов, на 5-й день лечения соответствующий результат отмечен у 7 (26,9процентов) пациентов. На 7-й день – 4 (15,3 проценты) пациентов, а у 2 (7,6процентов) пациентов улучшение наступило на 10-й день.

Через месяц с профилактической целью у наблюдаемых больных было назначено профилактическое лечение воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей препаратом «Биомун». В течение 15-ти дневного профилактического курса по 1 капсуле 1 раз в день у наблюдаемой группы в течение 4-х месяцев не отмечали респираторных инфекций у 21 пациента (80,1процентов). А у 5 (19,2процентов) пациентов заболевание протекало в легкой форме с сокращением продолжительности сроков лечения с 7 до 4 дней.

Вывод: применение препарата «Биомун» эффективно не только в профилактике, но и в лечении острых инфекций верхних дыхательных путей, в частности ринофарингитов взрослых, что позволяет рекомендовать его к более широкому использованию в амбулаторных условиях при лечении инфекций верхних дыхательных путей.

Список использованной литературы:

1. Запорожец И.П. «Эффективность применения препарата «Биомун» в профилактике и лечении респираторных инфекций у часто болеющих подростков» - актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья – 2010 год №2 с.133
2. Карпунин Г. И., Карпунина О. Г. Диагностика, профилактика и лечение острых респираторных заболеваний – СПб, 2000 год, с. 179

ТҮЖЫРЫМ

Мәтінде лор ауруларын жан-жақты емдеудегі иммун модуляторлардың қолдануды тиімділігі бойынша авторлардың өздерінің мәліметтері көрсетілген.

SUMMARY

In the article are cited authors personal data about effectiveness of the application of immunomodulators in the complex treatment of ENT diseases.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВИРУСНОМ ГЕПАТИТЕ А В КОСТАНАЙСКОМ РАЙОНЕ, 2006-2008 гг.

Байменова С.А.

*Департамент Комитета Госсанэпиднадзора МЗ РК
по Костанайской области*

Введение

Вирусные гепатиты (ВГ) - это полиэтиологичные, широко распространенные антропонозные инфекционные заболевания, вызываемые различными облигатно гепатотропными вирусами. Заболевание передается фекально-оральным, контактным, вертикальным, артифициальным механизмами передачи [4].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сообщает о приблизительно 1,4 млн. случаев гепатита А, регистрируемых ежегодно [3]. Вирусный гепатит А характеризуется повсеместным распространением, неравномерной интенсивностью на отдельных территориях, цикличностью в многолетней динамике, выраженной осенне-зимней сезонностью, преимущественным поражением детей дошкольного возраста, подростков и лиц молодого возраста [1].

Материалы и методы

В данной работе использованы материалы статистической отчетности по регистрации заболеваемости, карты эпидемиологического обследования очагов, протоколы лабораторных исследований, журнал регистрации профпрививок ф064/у. В работе приняты общепринятые методы эпидемиологического анализа заболеваемости инфекционными заболеваниями. Лабораторные исследования проводились методом ИФА.

Результаты и обсуждение

Несмотря на наметившуюся тенденцию снижения заболеваемости, ВГ все еще регистрируется среди населения ряда населенных областей в относительно высоких цифрах. По официальным статистическим данным, в Казахстане из общей суммы ежегодно регистрируемого заболевания ВГ

до 80–85% составляет ВГА [2].

В связи с этим постоянный контроль за заболеваемостью вирусным гепатитом А является важным компонентом эпидемиологического надзора за этой инфекцией [М.Н. Омарова с соавт., 2010].

Из рисунка 1 следует, что в последние годы в многолетней динамике заболеваемости вирусными гепатитами в Костанайском районе наблюдается синхронность с динамикой заболеваемости ВГ как в Костанайской области, так и в республике, совпадающими периодами роста и спада заболеваемости и регистрацией наименьших показателей заболеваемости в 2008г.

Анализ сравнительных статистических данных заболеваемости ВГ в республике и Костанайской области показал, что показатели заболеваемости по Костанайскому району за последние 10 лет на уровне показателей областных и ниже республиканских.

Вместе с тем до 80% случаев вирусных гепатитов приходится на долю вирусного гепатита А. Так, на рисунке 2 показано, что несмотря на постепенное снижение заболеваемости ВГА в районе, очевидно под влиянием улучшения санитарно-гигиенических условий и вакцинации против ВГА, в многолетней динамике она сохранила цикличность. Заболеваемость вирусным гепатитом А характеризуется постепенным спадом до 2004-2005 году, затем резкий подъем заболеваемости в 2006-2007 годах.

При анализе помесечных данных заболеваемости вирусным гепатитом А в Костанайском районе отсутствует четкая сезонность заболевания, за исключением эпидемиологической ситуации 2007 года, когда повышенная заболеваемость наблюдалась в осенне-зимний период (рисунок 3).

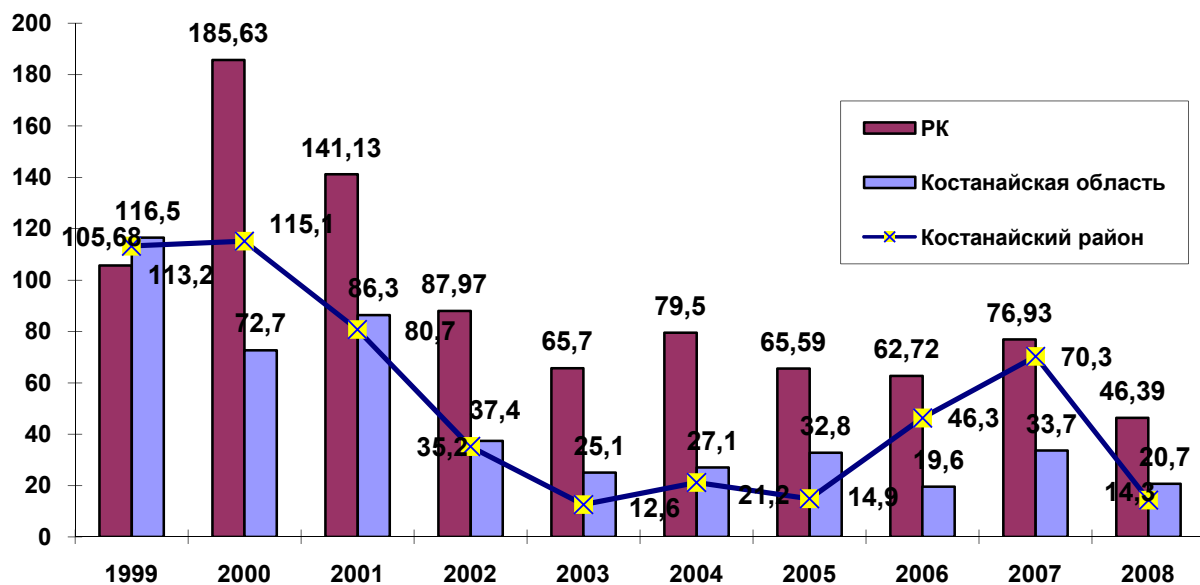


Рисунок 1. Многолетняя динамика заболеваемости ВГ в Костанайском районе в сравнении с заболеваемостью в Костанайской области и в республике, за 1999-2008гг.

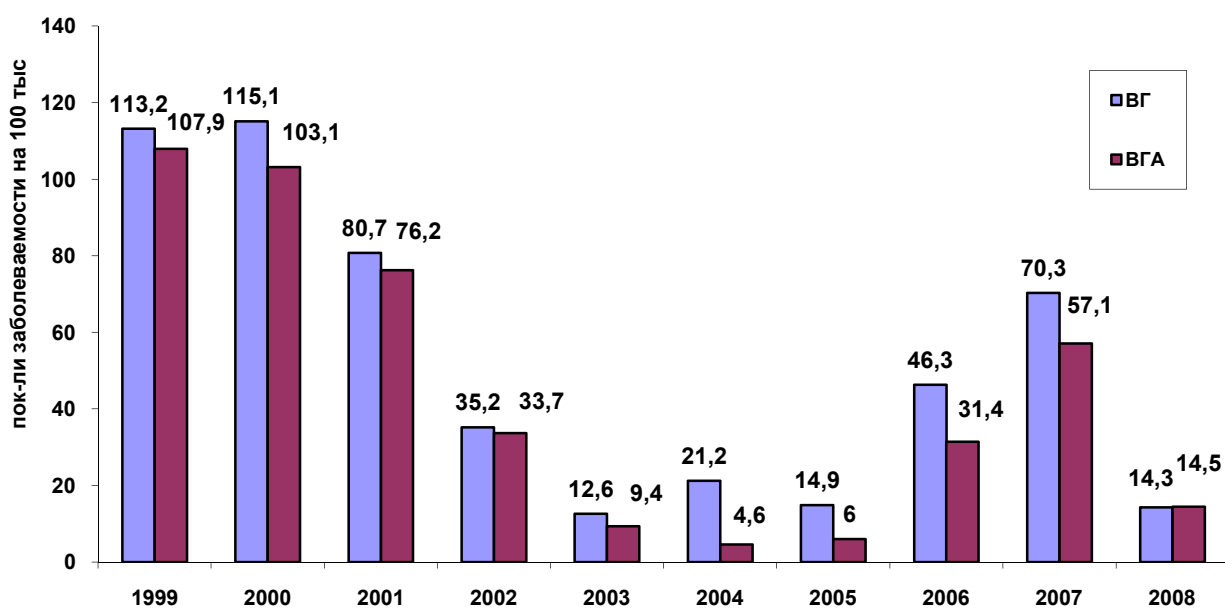


Рисунок 2. Многолетняя динамика заболеваемости ВГ и ВГА в Костанайском районе, Костанайской области за 1999-2008гг.

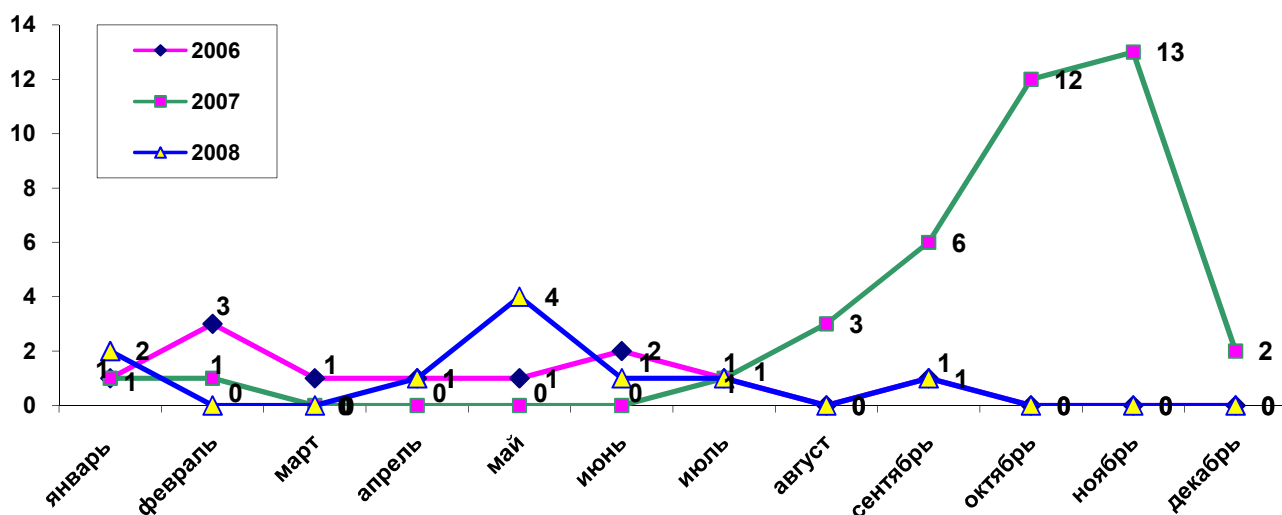


Рисунок 3. Сезонность при вирусном гепатите А в Костанайском районе, 2006-2008гг.

При анализе профессионального состава случаев установлено, что основную массу заболевших вирусным гепатитом А составляют школьники: 2006 году — 66,8% от всех зарегистрированных случаев, в 2007 году — 82%, 2008 году — 30%. За три года не зарегистрированы случаи заболевания среди детей посещающих детские сады.

Наиболее подверженной возрастной группой является возрастная группа детей с 8 до 14 лет. Это обусловлено организованностью детей и подростков в данном возрасте: тесные контакты между детьми, посещение различных кружков и секций; вместе с тем не исключается роль недостаточной санитарной культуры, пренебрежение элементарных правил личной гигиены, использование общей посуды, питье напитков из одной бутылки, обмен жевательными резинками и т.д.

С целью раннего выявления новых случаев в инкубационном периоде или больных с безжелтушной формой проводились лабораторные исследования сывороток крови методом ИФА, диагноз подтверждался на основании результатов обнаружения IgM HAV.

Во всех случаях регистрации случаев вирусного гепатита А в школах, проводятся мероприятия, направленные на локализацию очага: отменяется кабинетная система обучения, запрещаются различные общешкольные мероприятия и участие в

мероприятиях районного, областного масштабов, проводится ежедневный медицинский осмотр всех контактных детей, заключительная и текущая дезинфекция ит.д. Однако, эпидемиологическая эффективность указанных мероприятий низкая, что не позволяет остановить дальнейшее распространение заболевания.

В 2006-2008гг. в связи с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по заболеваемости вирусным гепатитом А в отдельных школах района, характеризующаяся повторными случаями в домашних очагах, отсутствием связи с хозяйственно-питьевым водоснабжением населенных пунктов с целью купирования эпидпроцесса привито 1164 детей, посещающие школы и неорганизованные дети.

Благодаря своевременной вакцинации удалось предотвратить дальнейшее распространение заболеваемости среди детей в организованных коллективах. Из числа привитых заболело 2 детей, ввиду того, что данные дети прививались в инкубационный период.

Выводы

Вирусный гепатит А — широко распространенное острое антропонозное инфекционное заболевание. Преимущественно заболевают дети и подростки. В довакцинальный период фекально-оральный механизм передачи, реализуемый контактно-бытовым путем, часто приводил к вяло

текущим вспышкам заболевания в организованных коллективах. Доказано, что эффективным противоэпидемическим мероприятием среди контактных в очагах является — вакцинопрофилактика по эпидпоказаниям.

Список использованной литературы:

1. Амиреев С.А., Муминов Т.А., Черкасский Б.Л. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных заболеваниях. Алматы, 2007 - 1 том.
2. Лаиков Р.Т., Шуратов И.Х., Амиреев С.А.//Гигиена, эпидемиология, иммунобиология.- 2001.- №1.-С.69-75.
3. Ричард Дикер. Принципы эпидемиологии // Служба общественного здравоохранения СДС // 2008 год.
4. Бектимиров Т.А., Горбунов М.А., Шалунова Н.В., Павлова Л.И. Государственный НИИ стандартизации и контроля медицинских

биологических препаратов имени Л.А.Тарасевича. Москва.

SUMMARY

In this article the long-term incidence of hepatitis A among school district Kostonay, Kostonay region and a comparative assessment of the effectiveness of traditional anti meropriyatay and vaccination of contacts epidpokazaniyam.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада Қостанай ауданындағы халық арасында, оның ішінде оқушылар арасында А вирусты гепатитінің 2006-2008ж.ж. көпжылдық сырқаттанушылығына талдау жасалынып, атқарылып жатқан қарым қатынаста болғандар арасында сырқаттанушылықты болдырмайтындай эпидемияға қарсы шаралардың дәстүрлі түрі мен контактта болғандарға вакцинация жасау әдістерінің тиімділігіне салыстырмалы баға берілген.

ТОНЗИЛЛО- И ФАРИНГОМИКОЗЫ ПРИ ДИСБАКТЕРИОЗЕ И ТАКТИКА ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Агажанова Г.Е.

Областной медицинский центр, г. Караганда

Проблема микотических заболеваний человека приобретает в настоящее время важное социальное значение в связи со значительным увеличением их частоты. Микозы относятся к инфекционным заболеваниям человека. Значение грибов как возбудителей болезней человека резко возросло.

Во многом это обусловлено широким использованием в клинической практике современных средств и методов лечения: антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков, лучевой терапии. Под влиянием такого лечения у некоторых больных снижается естественная резистентность организма, в связи с чем повышается возможность адгезии, инвазии и размножения патогенных и условно-патогенных грибов. Увеличение частоты микозов предопределяется также

развитием дисбактериоза при длительной и нерациональной антибиотикотерапии. Все это приводит к увеличению числа вторичных микозов.

Первое место занимает заболевание, которое вызывает *C.albicans*. Этот вид обнаруживается в полости рта и глотки у 60% здоровых взрослых, чаще у женщин и курящих мужчин. Другие виды *Candida* по числу выделений от здоровых лиц значительно уступают *C.albicans*, составляя от 10 до 20% всех случаев орофарингеального кандидоносительства.

На втором месте после *C.albicans* обычно стоит *C.glabrata*, особенно у пожилых пациентов, реже — *C.tropicalis*, *C.parapsilosis* (в последнем случае — почти у 50% детей-кандидоносителей). При орофарингеальном кандидозе у ВИЧ-

инфицированных в числе возбудителей чаще появляются редкие виды *Candida* — *C.sare*, *C.dubliniensis*, *C.famata*, *C. lipolytica* и *C.guilliermondii*. Сообщалось также о выделении у больных сахарным диабетом — *C.rugosa*, от онкологических больных — *C.inconspicua* и других дрожжевых грибов. При лечении системными антимикотиками и антибиотиками может повышаться доля устойчивых к ним видов, *C.glabrata* и *C.krusei*, а также *C.kefyr*, в том числе выделенных одновременно с устойчивыми штаммами *C.albicans* (M.D.Richardson, D.W. Warnock, 1997).

Значительно реже — в 5-6% случаев — наблюдается микоз глотки, вызванный микроорганизмом бактериальной природы *Leptotrix buccalis* и грибами *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor* и др. В ряде случаев поражение глотки обусловлено двумя и более видами грибов — *Pharyngomycosis mixta*.

Основной локализацией кандидозного поражения глотки являются миндалины. Чаще встречается двусторонний процесс, однако возможно и одностороннее поражение миндалин.

Клиническое течение кандидоза миндалин характеризуется рядом особенностей. Заболевание начинается обычно с возникновения несильных болевых ощущений или дискомфорта в глотке (першение, неловкость при глотании). Иногда основными жалобами больных могут быть ощущения царапания, жжения, инородного тела и зуд в горле. При этом ухудшается самочувствие больных: появляются недомогание, разбитость, нерезко выраженная головная боль, температура тела повышается в пределах субфебрильных цифр.

В клинической картине выявляется ряд особенностей, отличающих воспалительный процесс миндалин микотической этиологии от заболевания бактериального генеза. При микотическом процессе воспалительные явления выражены умеренно, слизистая оболочка миндалин слегка гиперемирована, всегда имеются налеты, которые могут быть различной формы и величины, но чаще наблюдаются множественные налеты небольших размеров белого или серого

цвета. Налеты различны и по виду: часто можно наблюдать у больных творожистые налеты, иногда налет кажется пористым, крошковатым.

Для тонзиллярных микотических воспалений характерно и то, что налеты могут распространяться на язычок, мягкое небо, слизистую оболочку щек. Иногда развивается и микотический глоссит. Если воспалительный процесс сочетается с изменениями на языке, то больные предъявляют жалобы на постоянное жжение а нем. Кандидоз глотки может сочетаться с поражением углов рта — заедами и поражением губ — хейлитом. Клиническая картина у этих больных характеризуется образованием эрозий в углах рта и мацерацией слизистой оболочки переходной складки губ. На поверхности поражения обычно имеется тонкий белый налет. Слизистая оболочка и кожа на пораженных участках инфильтрованы, утолщены. Регионарные лимфатические узлы увеличиваются незначительно и малобользненны.

Роль грибов при хроническом тонзиллите можно рассматривать с двух точек зрения: 1) грибы являются одним из основных этиологических факторов; 2) грибы вторично инфицируют хронически измененные миндалины (в основном на фоне применения антибиотиков) и способствуют поддержанию хронического воспаления.

Лептотрихоз глотки выражается образованием шиповидных, остроконечных, очень плотных выростов (стебельчатых пленок в виде шипов) серого или желтовато-серого цвета на поверхности неизменной слизистой оболочки небных, язычной, глоточной миндалин, боковых валиков и гранул задней стенки глотки, а также на небных дужках. Эти выросты являются следствием ороговения плоского эпителия, отрываются с трудом, по частям и содержат клетки *Leptotrix buccalis*. Заболевание часто бессимптомное и длительное, иногда больные жалуются на ощущение инородного тела в глотке. Воспалительные изменения слизистой оболочки и лихорадка отсутствуют. Течение болезни упорное (В.Я. Кунельская, 1989).

Актиномикоз характеризуется образованием плотных бугристых инфильтратов темно-красного цвета (специфическая инфекционная гранулема), медленно растущих (иногда процесс проявляется в виде острой флегмоны), располагающихся чаще в области полости рта и шеи, реже в области языка, миндалин, носа и гортани. Со временем происходит нагноение опухоли, образуются абсцессы. В процесс вовлекаются окружающие ткани подбородочной области и щеки, затем опухоль может самостоятельно вскрыться с образованием свища. В содержимом можно найти желто-зеленые друзы гриба. Вследствие воспалительного отека жевательных мышц появляется их тризм; регионарная лимфаденопатия нехарактерна (М. Р. Богомилский, В. Р. Чистякова, 2001). Комплексный метод лечения тонзилло- и фарингомикоза включает:

- Диета (с ограничением сахаросодержащих и дрожжевых продуктов).

- Общее и местное использование современных противогрибковых препаратов (при этом отменяют ранее применявшиеся антибиотики).

- Восстановление нарушенного микробиоценоза кишечника.

Антимикотики — полиеновые антибиотики (нистатин, леворин, амфотерицин, натамицин и др.) и имидазольные производные (флуконазол, кетоконазол, клотримазол) — назначают в виде растворов, аэрозолей, капель, обычных и жевательных таблеток. Необходимо объяснить больному, что любой препарат для местного лечения должен как можно дольше оставаться в полости рта. Таблетки нистатина следует разжевывать и долго держать кашицу во рту. При быстром проглатывании они не оказывают никакого действия на микотический процесс в глотке, так как не всасываются через кишечную стенку.

Прием бактериальных препаратов, содержащих живые культуры (бифидумбактерин, ко либактерин, лактобактерин). В связи с этим большой интерес представляет комбинированный синбиотик Ферталь компании ESI s.p.a., Виа дела Индустрия 1, Альбиссола Марина, Италия. Препарат

является уникальной комбинацией полезных бактерий, алое вера и витаминов группы В.

В составе Ферталя содержатся: *Lactobacillus Bulgaricus*, *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus Acidophilus*, *Streptococcus Thermophilus*, *Bifido Bacterium Bifidum*, витамины В1, В2, РР, В12, В5 и алое вера. Алое вера служит питанием для пробиотиков и, кроме того, оказывает противовоспалительное, регенерирующее и ранозаживляющее действие.

Ферталь принимают по 1 капсуле 1 раз в сутки за 40 минут до еды в течение 15 дней — 30 дней или по 1 флакону 1 раз в сутки за 40 минут до еды в течение 10 дней — 20 дней.

Лечение тонзилло- и фарингомикоза следует проводить курсами по 2 — 3 недели с 10-дневным перерывом между ними, что обусловлено возможностью рецидивирования микотического процесса. Если наступает выздоровление, то назначают профилактический курс.

Выводы. Таким образом, в комплексе лечебных мероприятий тонзилло- и фарингомикозов при дисбактериозе, помимо противогрибковых препаратов общего и местного действия, необходимо восстановление нарушенного микробиоценоза кишечника. В связи с этим наиболее оптимальным является комбинированный пробиотик Ферталь, включающий 5 представителей лактобифидобактерий, витамины группы В, концентрированный экстракт Алоэ вера, стимулирующий и активизирующий метаболизм собственной нормофлоры.

Список использованной литературы:

1. Дайняк Л. Б., Кунельская В. Я., Касымов К. Микозы глотки. — Ташкент: Медицина, 1985 - 95с.
2. Кашкин П. Н., Шеклаков Н. Д. Руководство по медицинской микологии. — М.: Медицина, 1978 — 325с.
3. Кунельская В. Я. Микозы в оториноларингологии. — Москва: Медицина, 1989

ТҮЖЫРЫМ

Мәтінде тонзилло және фарингомикоздың жанында ортақ және жергілікті әсердің қосымша ретінде санырауқұлаққа қарсы препараттары ішектердің бұзылған микробиоценоздың қалпына келтіруін қажеттілік туралы мәліметтерді тура келтіреді.

SUMMARY

In the article are cited the data about the need restoring disrupted gut microflora in case of fungous

tonsillitis and pharyngitis besides antifungal preparations of general and local action.

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ: ПРИЧИНЫ И ПРОФИЛАКТИКА

Кованова Н.Н., Великорецкая М.Д., Шарков С.М.
ММА им И.М.Сеченова, НИИ Педиатрии ГУ НЦЗД РАМН

Правильный уход за ребенком первого года жизни играет важную роль в обеспечении гармоничного роста, физического и нервно-психического развития, устойчивости к воздействию инфекционных и других неблагоприятных факторов внешней среды, которые являются условием для формирования здорового поколения. Бесспорно, что одноразовые подгузники значительно облегчают родителям уход за ребенком, помогают сохранить кожу ребенка сухой и здоровой. Однако, следует помнить о правилах гигиены и правилах использования одноразовых подгузников и регулярно напоминать об этом родителям.

Среди бактериальных инфекций у детей, инфекция мочевых путей (ИМП) занимает второе место по частоте после инфекции верхних дыхательных путей.

В структуре заболеваний органов мочевой системы у детей больные с микробно-воспалительным поражением почек и мочевых путей составляют 70-80%. Распространенность инфекции мочевой системы (ИМС) у детей в Российской Федерации в среднем - 22-31 на 1000 детской популяции. В зависимости от региона, частота ИМС колеблется от 5.6 до 36.5, достигая 69 в крупных промышленных центрах.

ИМС – это острое воспаление мочевыводящих путей (мочевой пузырь, почечники, лоханка) без вовлечения почечной паренхимы. Термин правомочен на

первом этапе заболевания, когда при обследовании больного нет данных свидетельствующих о возможном поражении почек, но имеются признаки микробного поражения мочевыводящих путей. Диагноз «ИМП» особенно правомочен у детей грудного и раннего возраста в силу анатомо-физиологических особенностей мочеоттока (длинный и с широким просветом, склонный к перегибам) и иммунологической реактивности организма, следствие которых – легкость распространения инфекции.

Проблема ИМС становится актуальной уже с первых дней жизни ребенка. Среди доношенных новорожденных частота ИМС достигает 1%, недоношенных - 4-25%. Новорожденные, родившиеся с экстремально низкой массой (<1000 г), имеют высокий риск развития ИМС в течение всего первого года жизни. Эпидемиология ИМП различна в разных возрастных группах и зависит от пола ребенка. В период новорожденности и в грудном возрасте инфекции чаще встречаются у мальчиков, в более старшем возрасте – у девочек.

Если рассматривать статистику возникновения этих ИМС у детей в возрасте от 0 до 14 лет, то становится очевидным, что увеличение среднего уровня заболеваемости связано напрямую с увеличением рождаемости, например, в тех регионах, где частота возникновения ИМС достаточно высока.

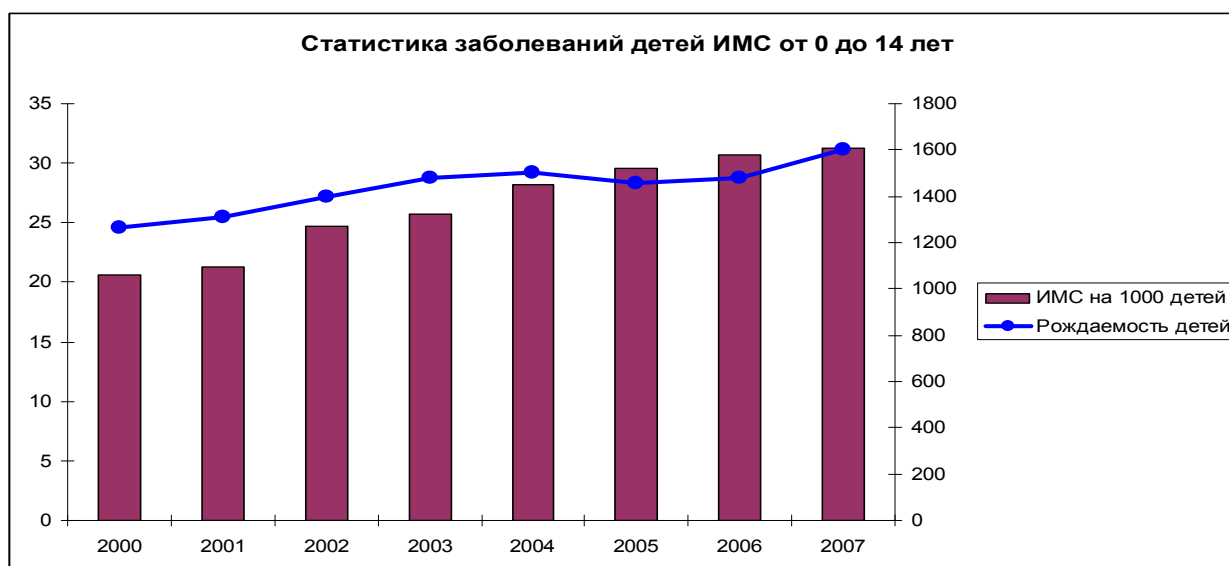


Рисунок 1. Статистика заболеваний ИМС детей от 0 до 14 лет (данный Госкомстата).

Подробный анализ этиологии и путей распространения инфекции показывает, что основной путь распространения – уриногенный. Как правило, это флора из кишечника: кишечная палочка, протей, энтерококк,

сапрофитный стафилококк. Гематогенный путь распространения инфекции у детей с наличием хронических очагов инфекции. При этом чаще высевается золотистый стафилококк и синегнойная палочка.

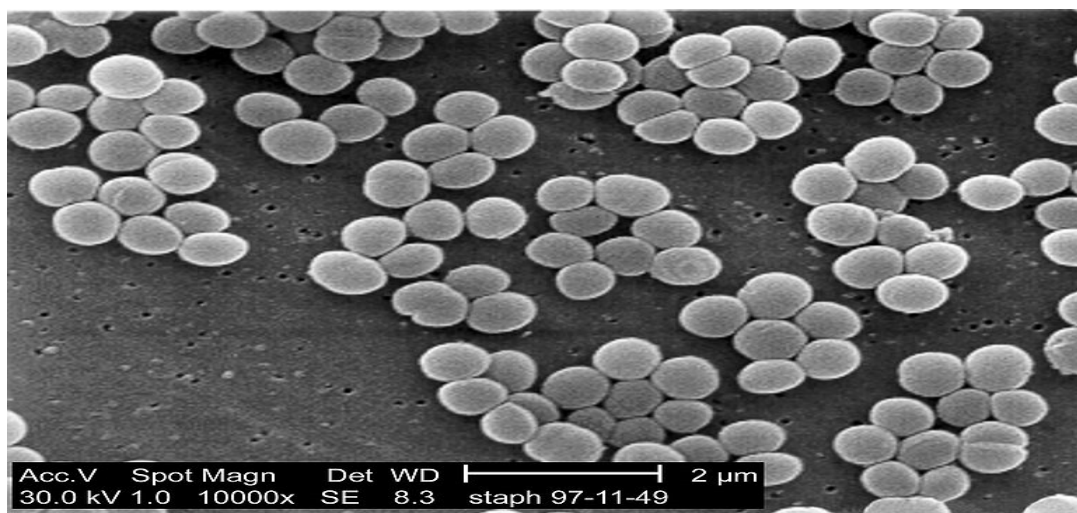


Рисунок 2. Изображение бактерий семейства стафилококков в электронном сканирующем микроскопе.

Наиболее часто ИМС вызывается *E.coli* (до 90% случаев). Частота выделения *E.coli* зависит от возраста детей (в младшей возрастной группе является основной культурой), региона проживания, широты использования антибактериальных средств. Доля *Enterococcus* и *Staphylococcus* значительно меньше (10-20%). Еще реже причиной ИМС становятся *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus*, *Klebsiella*. В общей

структуре уропатогенной микрофлоры их значение невелико, т.к. эти возбудители относятся преимущественно к госпитальной флоре. ИМС у детей, вызванная госпитальной микрофлорой, протекает тяжелее, с более выраженной симптоматикой.

В 2000-2001 годах в 8 лечебно-профилактических учреждениях 7 городов России проведено научное исследование, которое координировали Л.С. Страчунский и Н.А.

Коровина. Согласно полученным данным основными возбудителями внебольничных ИМС в России являются представители семейства Enterobacteriaceae (80,6%), главным образом E.coli, которая обнаруживалась в 53% случаев (с колебаниями от 41,3% до 83,3% в различных центрах). Другие уропатогены выделялись значительно реже. Результаты исследования показали, что ИМС в подавляющем большинстве случаев вызывается одним видом микроорганизма. Определение в образцах нескольких видов бактерий чаще всего объясняется нарушениями техники сбора и транспортировки материала. В то же время микробные ассоциации могут выявляться при хроническом течении ИМС.

Важным общим свойством возбудителей ИМС является их адгезивная способность к уроэпителию, что обеспечивает надежную фиксацию бактерий в мочевой системе и препятствует их гидродинамической элиминации.

Рассмотрим более подробно факторы, влияющие на характер микрофлоры при ИМС:

- Возраст ребенка
- Пол
- Срок гестации к моменту рождения ребенка
- Период заболевания (дебют или рецидив)
- Условия инфицирования (внебольничное или больничное)
- Наличие анатомической обструкции или функциональной незрелости
- Резистентность организма ребенка
- Состояние микробиоценоза кишечника
- Регион проживания
- Материально-бытовое состояние семьи

Интересно отметить, что в норме у девочек от колонизации уропатогенной флорой защищает нормальная вагинальная микрофлора, представленная главным образом лактобактериями, продуцирующими молочную кислоту, снижающую вагинальный pH. Низкий pH кожи также обладает антибактериальным защитным действием.

Проникновение микробов из периуретральной области в уретру в норме затрудняется током мочи, вымывающей их. Соответственно, чем чаще и обильней

мочеиспускания, тем меньше риск инфицирования по восходящему механизму. Более короткая уретра у девочек, явление турбулентности тока мочи в момент мочеиспускания облегчают проникновение бактерий в мочевой пузырь и являются одними из основных причин более высокой частоты ИМС у девочек.

Таким образом, основной причиной появления ИМС являются уропатогенные энтерококки. Следовательно, строгое соблюдение правил гигиены может быть эффективным инструментом профилактики этих неприятных заболеваний.

Очевидным заблуждением является тот факт, что в последнее время рост заболеваний ИМС связывают с влиянием детских одноразовых подгузников.

На сегодняшний день отсутствуют какие-либо подтверждения связи между заболеваниями ИМС и детскими одноразовыми подгузниками. Необходимо помнить, что используемый подгузник – должен быть высокого качества, то есть обеспечивать непревзойденную защиту кожи ребенка такую, как подгузники Pampers®. По результатам клинических исследований, проводимых по всему миру, было доказано, что детские одноразовые подгузники и салфетки Pampers® микробиологически инертны и никак не способствуют размножению микроорганизмов. Гигиеничность и безопасность средств для детей, производимых компанией Procter & Gamble достигается полностью автоматизированным процессом производства, высокой скоростью производства и высокими стандартами GMP (Правильная производственная практика). Более того, зачастую даже превосходят требования безопасности, установленные Европейскими директивами и FDA (Управлению пищевых продуктов и лекарств США). Подгузники и салфетки Pampers® прошли клинические испытания в России, и на основании этих испытаний рекомендованы Союзом педиатров России.

Следовательно, для профилактики возникновения инфекции мочевыводящих путей необходимо следить за регулярным опорожнением кишечника и мочевого пузыря, а у девочек за отсутствием признаков

воспаления вульвы. Правильное использование одноразовых подгузников никак не способствует развитию инфекции мочевыводящих путей. Восходящий путь возникновения такой инфекции возможен лишь при наличии какой-либо органической патологии – врожденных пороках развития мочевой и половой системы, нарушении моторики кишечника и при несоблюдении гигиенических норм ухода за ребенком.

Для того, чтобы подгузник не стал причиной гигиенических погрешностей необходимо строго соблюдать правила его использования, не забывая при этом, что как и любое другое средство личной гигиены менять его надо как можно чаще:

- использовать проверенные одноразовые подгузники;
- выбирать подгузник подходящий по размеру и соответствующий стадии развития ребенка;
- регулярно менять подгузник днем каждые 3 часа;
- очищать кожу ребенка с использованием влажных салфеток;
- проводить воздушные ванны между сменами;
- регулярно подмывать и купать ребенка.

Регулярная и своевременная смена подгузника днем (каждые 3 часа) может производиться в соответствие со следующими действиями:

- перед сном и после пробуждения;
- после каждого испражнения;
- перед и сразу после кормления;
- перед прогулкой и сразу после;

Хотелось бы отметить, что очень полезным продуктом для гигиены кожи ребенка является также использование детских влажных салфеток Pampers®, которые не только бережно очищают самую нежную кожу малыша, но и при этом помогают быстро восстановить pH кожи до естественного уровня 5.5, что является очень важным аспектом для появления естественного защитного антибактериального барьера. Защитная функция кожи ребенка на первых двух годах жизни от неблагоприятных внешних воздействий (механических, химических, инфекционных) выражена недоста-

точно. Слабое развитие рогового слоя и низкая активность местного иммунитета определяют более легкую ранимость кожи. Тонкий роговой слой и хорошо развитая сосудистая система обуславливают повышенную резорбционную функцию кожи. По этим же причинам опасность генерализации инфекций у детей первых лет жизни гораздо больше, чем в более старшем возрасте. Именно поэтому, очень важно, чтобы салфетки не просто механически устраняли загрязнения, но и при этом способствовали восстановлению pH баланса кожи, что в свою очередь является важным для борьбы и профилактики с патогенным бактериальным фоном. В дополнение к этому, салфетки Pampers® Naturals и Sensitive содержат лосьон на основе алоэ и ромашки, соответственно, помогающие естественно заботиться о коже ребенка.

Таким образом, инфекции мочевой системы являются одними из самых распространенных инфекционных заболеваний для детей раннего возраста, профилактика этих болезней и соответствующее информирование родителей об опасностях является неотъемлемой прерогативой каждого педиатра.

Список использованной литературы:

1. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекций мочевой системы внебольничного происхождения (АРМИД) / Под ред. Страчунского Л.С., Коровиной Н. А. / Пособие для врачей, 2002, 22 с.
2. Jacobsson B., Esbjorner E., Hansson S. Minimum incidence and diagnostic rate of first urinary tract infection. *Pediatrics*. 1999 Aug; 104(2 Pt 1): 222-6.
3. Poole C. The use of urinary dipstick in children with high-risk renal tracts. *Br J Nurs*. 1999 Apr 22-Mar 12; 8(8):512-6.
4. Hansson S, Bollgren I., Esbjorner E. et al. Urinary tract infections in children below two years of age: a quality assurance project in Sweden. The Swedish Pediatric Nephrology Association. *Acta Paediatr*. 1999 Mar; 88(3): 270-4.
5. Reddy P.P., Redman J.F. The management of childhood urinary tract infections. *J Ark Med Soc*. 2002 Nov; 99(5):156-8.
6. Baraff L.J. Management of fever without source in infants and children. *Ann Emerg Med*. 2000 Dec; 36(6): 602-14.
7. American Academy of Pediatrics: Practice Parameter: The Diagnosis, Treatment, and Evaluation of the initial Urinary Tract Infection in Febrile Infants and

Young Children. Pediatrics vol. 103 N4 April 1999, pp. 843-852.

8. Abrams P., Knoury S., Wein A. P. Evaluation in children who wet// in Incontinence (1st International

Consultation on Incontinence - June 28 -July 1, 1998 - Monaco) 499-525.

9. Педиатрия / под ред. Сергеевой К.М. / учебное пособие, 2007, 540 с.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННОЙ МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ

Саятова А.А.

Дом ребенка №1, г.Алматы

В настоящее время одним из наиболее дискуссионных вопросов в перинатологии является выяснение истинной этиологической роли генитальных микоплазм в развитии патологии плода. Инфицирование урогенитальными микоплазмами далеко не всегда означает наличие специфической инфекции у ребенка. В случае интранатальной колонизации доношенных новорожденных в дальнейшем происходит элиминация микоплазм без развития клинических проявлений инфекции [1]. В то же время, по данным Цинзерлинга А. В. (2002 г.), внутриутробный микоплазмоз занимает одно из важнейших мест среди внутриутробных инфекций человека [2]. На валовом секционном материале детских стационаров за 1980-2000 гг. было показано, что внутриутробный микоплазмоз составил 34,4% по отношению ко всем другим внутриутробным инфекциям. Противоречивость литературных данных побудило провести данное исследование.

Целью нашего исследования явилось изучение особенности клинической картины врожденной микоплазменной инфекции у детей в неонатальном и постнеонатальном периодах.

Материал и методы исследования.

Под наблюдением находились 28 детей с верифицированной внутриутробной микоплазменной инфекцией. Дети обследовались на базе родильного дома №1, отделении патологии новорожденных и недоношенных

детей Научного центра педиатрии и детской хирургии (НЦП и ДХ), неврологического, реанимационного отделений и отделений инфекции новорожденных, вирусных инфекций детской инфекционной городской клинической больницы, детских поликлиник №1,3,6 г. Алматы в период 2005-2009 г.г. Наблюдение за инфицированными детьми проводилось в динамике на первом году жизни и включало оценку физического, психомоторного развития детей, определение гематологических, биохимических показателей крови, анализов мочи, динамическое определение титра специфических антител и генома вируса в ПЦР, проведение УЗИ головного мозга, брюшной полости и забрюшинного пространства, ЭКГ, ЭхоКГ, консультации узких специалистов (окулист, ортопед, кардиолог, ЛОР и др.). Верификация внутриутробной ЦМВИ проводилась в периоде новорожденности на основании перинатальных факторов риска, клинических проявлений и специфических маркеров ЦМВИ – антимикоплазменных Ig M, IgA, а также выявлении ДНК возбудителя в крови, моче. Для серологической диагностики использовали тест-системы «ЗАО-ИмДи» для определения специфических антител методом ИФА в лабораториях г. Алматы «ТОО- Стэмкорд», «Pharma-LTD», ИФА лаборатории НЦП и ДХ. Молекулярно-биологические исследования проводились в

ПЦР-лаборатории НЦП и ДХ.

Для статистической обработки результатов исследований использовали t-критерий Стьюдента. Разницу сравниваемых величин считали статистически значимой при $p < 0,05$.

Особенностью анамнестических данных у их матерей является высокая частота (78,5%) хронических урогенитальных заболеваний (хронический кольпит, аднексит, псевдоэрозия шейки матки, миома). Течение беременности у каждой второй женщины протекало на фоне непрерывной угрозы невынашивания, хронической фетоплацентарной недостаточности, позднего гестоза. Последнее в сочетании с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты способствовало в 57,1% преждевременным родам путем экстренного оперативного сечения в 1/2 случаев.

Тяжелое состояние при рождении констатировано у 20 новорожденных детей, из них 16 недоношенных со второй и третьей степенью недоношенности. Обращало на себя внимание сочетание недоношенности и задержки внутриутробного развития. Тяжесть состояния определялась внутриутробной пневмонией, дыхательными расстройствами, поражением ЦНС на фоне морфофункциональной незрелости. Состояние еще шести младенцев ухудшилось на 3-5 сутки за счет развития постнатальной пневмонии с тяжелой дыхательной недостаточностью, нарастания гипербилирубинемии, септического состояния. Очагом инфекции последнего был омфалит. Фетальный гепатит с тяжелым течением, сопровождавшимся печеночной недостаточностью и геморрагическим синдромом, диагностирован у одного ребенка. В двух случаях регистрировался полиартрит.

Наиболее часто встречающимся клиническим проявлением внутриутробной микоплазменной инфекции на первом году жизни, как в первом, так и во втором полугодии, являлась пневмония (42,8%). В отличие от хламидийной пневмонии, микоплазменная пневмония протекала тяжелее, носила затяжной подострый характер. Во всех случаях отмечался

бронхообструктивный синдром и развивалась дыхательная недостаточность второй степени. На рентгенограмме грудной клетки выявлялись, наряду с усилением легочного рисунка, двусторонние очаговые тени, местами сливного характера, а также определялись ателектазы, расширение тени сердца (КТИ больше 60,0). У четырех детей пневмонии носили вялотекущее течение, начиная с периода новорожденности и затягиваясь до 10-и месяцев. Характерной ее особенностью являлся повторный характер с рецидивами каждые два месяца, а также ассоциация специфической инфекции с бактериальной флорой - *Staph.aureus*, *Str.pneumonia* в диагностически значимых титрах и рецидивирующей кишечной инфекцией. Микоплазменная пневмония всегда осложнялась миокардитом. Последний характеризовался стойкой синусовой тахикардией, неполной блокадой правой ножки пучка Гисса, признаками гипертрофии правого желудочка. В двух случаях регистрировался экссудативный перикардит, имевший подострое течение. У одного ребенка отмечался рецидивирующий бронхолит.

У 28,5% больных в первые 6 месяцев и от 6 месяцев до 1 года документирован тубулоинтерстициальный нефрит с развитием функциональной почечной недостаточности. При этом фиксировались олигурия, гиперазотемия, протеинурия, гипернатриемия.

Церебральные изменения характеризовались развитием гидроцефального синдрома (35,7%), синдрома двигательных расстройств (21,4%), судорожного синдрома (14,3%). На нейросонографии в трех случаях обнаружены сочетанные внутричерепные кровоизлияния – внутрижелудочковые и субэпендимальные. Грубые нарушения двигательной и психической сферы, декомпенсированная гидроцефалия, атрофия зрительного нерва констатированы на первом году жизни у 35,7% детей.

Поражение желудочно-кишечного тракта проявлялось рецидивирующим кишечным синдромом (28,5%), колистафилококковым дисбактериозом (28,5%), гепатоспленомегалией (21,4%), гепа-

томегалией (14,3%), спленомегалией (14,3%), панкреатитом (14,3%). У одного ребенка наблюдалось тяжелое течение фетального гепатита, протекавшего с синдромом «сладжа».

Врожденные пороки развития выявлены у восьми (28,5%) пациентов. Преобладали пороки ЖКТ, в том числе неполная атрезия желчевыводящих путей. Множественные пороки развития встречались в одном случае. Таким образом, наши наблюдения согласуются с исследованиями Цинзерлинга, Вуду, накопившие все больше данных о роли хламидий и микоплазм в развитии ВПР [15].

У каждого второго ребенка на первом году жизни отмечались признаки рахита, анемии, гипотрофии. Паратрофия имела место у четырех пациентов. Следует отметить, что у них же отмечались признаки атопического дерматита. 28,5% младенцев находились на искусственном вскармливании.

Среднее значение гемоглобина у детей с анемическим синдромом составило 102,2 г/л, лейкоцитов – $8,5 \times 10^9$, СОЭ – 15,3 мм/час. В биохимическом анализе крови определялась гиперферментемия – двух- и трехкратное повышение сывороточной активности α -ГБДГ и ЛДГ (448,4 и 1654,7 соответственно), восьмикратное – МВ КФК (61,2), увеличение активности щелочной фосфатазы в 3,5 раза – 2419,6 ммоль/л. Серологические и молекулярно-биологические исследования показывали прирост титров антимикоплазменных IgG антител с 1,066/0,261 в первом полугодии жизни до 2,180/0,270 во втором полугодии и наличие DNA *Mycoplasma hominis* в моче.

Таким образом, микоплазменная инфекция оказывает влияние на рождение

недоношенных детей, имеет тяжелое рецидивирующее течение с преимущественным поражением органов дыхания. Кроме того, эта инфекция приводит к структурным изменениям в головном мозге. Данное обстоятельство можно объяснить высокой частотой внутричерепных геморрагий, имевших место у всех недоношенных детей, а также последствиями хронической внутриутробной гипоксии плода. Рецидивирующие заболевания органов дыхания у инфицированных детей, особенно у недоношенных, могут стать причиной хронических болезней легких.

Список использованной литературы:

1. Red Book: 2000. Report of the Committee on Infection Diseases. 25rd: American Academy of Pediatrics, 2000, 855p.
2. Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинко-морфологических сопоставлений. Руководство для врачей. – СПб.: Элби-СПб, 2002.-352с.

ТҮЖЫРЫМ

Құрсақ ішіндегі микоплазмоз барлық жатыр ішіндегі инфекциялардан 34,4% құрайды. Микоплазмалық жатыр ішіндегі инфекциясы бар 28 балалардың бақылауы өткізілген. Микоплазмалық инфекция шала туған балалар тууға ықпалы тиетіні көрсетілген, зардабы бас миында, тыныс мүшелерінде табылған, салдары үйреншікті ауруларға және құрылымдық өзгерістерге алып келеді.

SUMMARY

Prenatal mycoplasmosis is 34.4% of intrauterine infection. A monitor 28 children with *Mycoplasma* intrauterine infection. It is shown that *Mycoplasma* infection affects the birth of premature infants, affects the respiratory system, leading to chronic diseases, and structural changes in the human brain, which are the consequence of intracranial hemorrhage.

ПОРАЖЕНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Оналбаева Б.Ж.

КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова, г.Алматы

Частота внутриутробного инфицирования составляет около 10% всех беременностей [1-9]. Так частота ранней неонатальной заболеваемости и смертности при ВУИ колеблется от 5,3 до 27,4%, а мертворождаемость достигает 16,8%. К безусловным антенатальным возбудителям относятся ряд возбудителей TORCH-комплекса. Возможны следующие последствия фетальной инфекции: врожденная патология, антенатальная гибель плода, преждевременные роды, заражение плода во время родов и др. [3,4,5,6,7,8,9,10,11].

При ВУИ у многих больных отмечаются кардиопатии, сопровождающиеся изменениями центральной и периферической гемодинамики. Клинические признаки нарушения сердечной деятельности варьируют от функциональных расстройств до выраженной недостаточности кровообращения. Трудности в диагностике ВУИ возникают при одновременном развитии сердечно-сосудистой недостаточности, обусловленной ВПС или кардиопатией [12,13].

По данным Klein et al. (1995) в США ежегодно рождается 1% новорожденных с клинически выраженным заболеванием. Частота выявления ЦМВ на секционном материале (СПб) в разные годы составляет от 2 до 7% всех умерших детей (Цизерлинг В.А., 2002). Характерные изменения могут выявляться как во многих органах, так и в ССС. В сердце выявляются цитомегаловирусные преобразования кардиомиоцитов, перифокальная очаговая или диффузная, резорбтивная лимфогистиоцитарная инфильтрация. Пораженные клетки в дальнейшем сливаются и позднее формируют очаги склероза [7,8,9,10,14,15,16].

По данным Цизерлинг В.А. (2002), частота неонатального герпеса в мировой статистике остается фактически неясной и колеблется в интервале 1:5000 – 1:7500 рождений. При герпетическом

поражении описывают изменения практически во всех органах, в том числе в ССС (миокардит, ВПС, СН). Установлено, что довольно часто выявляются нарушения ритма сердца, с угнетением симпатического звена регуляции, а также значительное угнетение интервала QT наряду с интервалом PQ, что является маркером высокого риска формирования электрической нестабильности миокарда. Также возможны гигантоклеточный миокардит, некротический васкулит легочной и панкреатической артерий с наличием характерных включений. [7,8,9,10,17,18,19].

К сожалению, в последние годы, анализ достоверных статистических данных внутриутробного микоплазмоза отсутствует. Наиболее характерной чертой внутриутробного микоплазмоза является размножение микоплазм в клетках эпителия органов дыхания. Описаны характерные для микоплазмоза изменения с наличием микоплазм в кардиомиоцитах, эндотелии эндокарда и внутрисердечных сосудов, а также возникновением метамофоза пораженных клеток. Наряду с этим имеются и неспецифические процессы в виде нарушения микроциркуляции и альтернативных изменений кардиомиоцитов. При длительном течении болезни или при ее сочетании с другими инфекционными заболеваниями может развиваться дезорганизация соединительной ткани эндокарда и миокарда в виде мукоидного и фибриноидного набухания, возникают периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты и продуктивный васкулит [7,8,9,10].

Имеются данные, что не менее 6-7% детей уже при рождении могут оказаться инфицированными хламидиями. Обострения процесса может возникать в течение всего первого года жизни. Среди важнейших проявлений генерализованной хламидийной инфекции принято рассматривать кардиомиопатию (Евсюкова И.И. и соавт.,

2000). Морфологические проявления хламидиоза заключаются в своеобразной трансформации клеток в виде значительного увеличения цитоплазмы с мелкой вакуолизацией и зернистыми включениями в ней [7,8,9,10,20,21].

Считается, что внутриутробный токсоплазмоз изучен наиболее полно. Проявления токсоплазмоза на ранних стадиях развития являются генерализованными. В миокарде, также как и в других органах, отмечаются мелкие участки некроза и инфильтрация межклеточной ткани. В дальнейшем некротизированная ткань рассасывается с образованием кист. Возможны кальцификаты и очаговый склероз [7,8,9,10].

Практический при всех острых детских инфекционных болезнях в той или иной степени страдает аппарат кровообращения. Это связано не только с действием микробов или их токсинов на органы кровообращения, но и с ее участием в адаптации организма к быстро изменившимся условиям его функционирования [1,2,22,23,24,28,33].

Ежегодно в мире регистрируется более 1 млрд больных ОРВИ, причем около 70% приходится на детский возраст. ОРВИ могут болеть и дети первых месяцев жизни, если врожденный иммунитет оказался напряженным или полностью отсутствует (Учайкин В.Ф., 2004). Осложнения со стороны ССС могут возникнуть при любом варианте ОРВИ и в любые сроки от начала заболевания. Со стороны сердца в остром периоде могут возникать функциональные расстройства в виде обменно-трофических нарушений в миокарде. Может быть развитие миокардита с соответствующими изменениями, которые возникают в результате циркуляторных расстройств, ведущих к гипоксии миокарда, а также в связи с нарушениями водно-минерального обмена и, возможно, непосредственного токсического действия вируса на мышцу сердца, приводящих к дистрофии мышечных волокон, не исключается и аллергический компонент. В настоящее время многие клиницисты считают, что большинство неревматических кардитов этиопатогенетически связаны с

Коксаки и ЕСНО-вирусами [7,22,23,24,25,34,38].

По данным ВОЗ, в мире ежегодно болеют острой кишечной инфекцией более 1 млрд человек, из которых 65-70% составляют дети в возрасте до 5 лет. Все ОКИ независимо от этиологии клинически проявляются в той или иной степени выраженности общетоксическим синдромом («кишечным токсикозом»). [23,24,25,35,41,42,43,45].

Токсикозы более свойственны детям первого года жизни, в связи с их анатомо-физиологическими особенностями. Изменения функционального состояния ЦНС и сосудистые расстройства в патогенезе токсикоза тесно переплетаются между собой. Трудно определить, что из них первично и что вторично (Белоконь Н.А. и соавт., 1987). В типичных случаях развивается шок. На аутопсии умерших детей обнаруживаются генерализованные изменения сосудов, гемодинамические расстройства (сужение или расширение сосудов, периваскулярный отек, неравномерное кровонаполнение, тромбоз сосудов, кровоизлияния и др.). Поражение сердца при токсикозах дистрофическое, а при длительных и тяжелых – дистрофически-некробиотическое (Папаян А.В. и соавт., 1994). Видимо, все эти изменения трофического плана и обусловлены в основном нейрогенными и коронарогенными факторами. Г.Кишш, Д.Сутрели при гипермотильном токсикозе (резком нарушении венозного притока и сердечного оттока из-за чрезмерного сокращения диастолы при тахикардии) считают основные изменения в сердце результатом острой коронарной недостаточности. Миокардиты встречаются при токсикозах в единичных случаях. Исход токсикоза Кишша при правильной и своевременной терапии благоприятный [1,22,23,27,28,29].

Инфекционно-токсический шок, развивающийся у детей при тяжелых формах многих инфекционных заболеваний (Иванова В.В., 2002), в сущности по степеням тяжести соответствует стадиям нарушения гемодинамики [27,30,31,32,33,34].

Дегидратация у детей первого года жизни может развиваться при любой форме

острой кишечной инфекции и может возникнуть, даже, при длительном тахипноэ (пневмонии, бронхообструкции). Все три степени тяжести дегидратации у детей [36,37,45] в определенной степени коррелируют со стадиями гиповолемического шока.

Сердечно-сосудистая недостаточность у детей первого года жизни на фоне нейроинфекции, нейротоксикоза, токсической энцефалопатии, чаще всего обусловлены отеком головного мозга и связанным с ним нарушением витальных функции организма [28,30,33,35,37,38].

Выделение четырех видов острой дыхательной недостаточности является необходимым для оптимальной патогенетической терапии и имеет немаловажное значение для поддержания адекватной гемодинамики организма в изменившихся условиях [25,26,27,39].

Острый инфекционный токсикоз у детей первого года жизни, как правило, сопровождается сердечной недостаточностью той или иной степени и представляет группу критических состояний [44,45].

Причинами развития острой сердечной недостаточности при инфекционных заболеваниях, в особенности у детей первого года жизни, могут явиться: 1)кардиомиопатии инфекционно-токсического генеза; 2)гипоксия и гиперкапния при ОДН; 3)тяжелый сепсис, ИТШ и СПОН; 4)аритмии в результате электролитных нарушений (гипо- и гиперкалиемия); 5)ятрогенная в результате неадекватно проводимой ИнфТ (перегрузка объемом) [23,24,28,35,40,41].

Поражение ССС при инфекционных заболеваниях у детей, очень часто, является сложным процессом, но это особенно актуально у детей первого года жизни, в связи с физиологическим становлением аппарата кровообращения и их крайней напряженностью. Значит в рамках дифференцированного подхода существует необходимость в продолжении научных исследований в данной области.

Список использованной литературы:

1.Белоконь Н.А., Кубергер М.Б. Анатомо-физиологический очерк.//Болезни сердца и сосудов

у детей: Руководство для врачей: В 2-х томах, Т.2. – М.: Медицина, 1987. – 480с.: ил.

2.Детская кардиология.// Под ред. Белозерова Ю.М. – М., МЕДпресс-информ, 2004. – 600 с. – стр. 9-15.

3.Айламазян Э.К. Современное состояние перинатальных инфекций.// Вестн.Рос. асс. Акуш. Гинекол. – 1995. – №2. – С.3-11.

4.Лозовская Л.С. Хронические вирусные инфекции у беременных женщин, их значение в патологии матери, плода и ребенка.// Матер. Росс. Нац.конгресса «Человек и лекарство». – М. – 1998. – Вып.2. – С.115-125.

5.Гриноу А., Осборн Дж., Сазерленд Ш. Врожденные, перинатальные и неонатальные инфекции.// М.: Медицина. – 2000. – 287 с.

6.Инфекции во время беременности.//Материалы учебного семинара ВОЗ «Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь».– 2002.– Модуль 5.

7.Цинзерлинг В.А., Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции.// Практ.рук-во. – СПб.: Элби СПб. – 2002. – 352 с. илл.

8.Перинатальные инфекции. Практич.пособие.// Под ред. А.Я.Сенчука, З.М.Дубоссаровской. – М.: МИА. – 2005. – 318 с.

9.Орехов К.В. Внутриутробные инфекции и патологии новорожденных.// Г.: Медпрактика. – 2002. – 252 с.

10.Основы перинатологии: Учебник.// Под ред. Н.П.Шабалова т Ю.В. Цвелева. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ. – 2002. – 576 с.

11.Шабалов Н.П. Проблемы классификации внутриутробных инфекций.// Педиатрия. – 2001. – № 1. – С.88-91.

12.Малкова Е.М., Помогаева А.П., Кравец Е.Б., Извекова И.Я. и др. Внутриутробные инфекции у новорожденных: использование генодиагностики, клинические особенности и подходы к лечению.// Педиатрия. – 2002. – № 1. – С.36-40.

13.Фризе К., Кахель В. Инфекционные заболевания беременных и новорожденных.// Перев. с нем. – 2003. – 422 с.

14.Stango S., Pass R.F., Dworski M.L. et al. Maternal Cytomegalovirus Infection and Perinatal Transmission.// Clin. Obstet. A. Gynecol. – 1982. – Vol.2. – P.563-575.

15.Попов С.Д. Патологическая анатомия и молекулярно-биологическая диагностика цитомегаловирусной инфекции.// Автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб. – 1993.

16.Самохин П.А. Цитомегаловирусная инфекция у детей: Клинико-морфологические аспекты.// М.: Медицина. – 1987. – 224 с.

17.Скоромец (Шумилина) А.П. Инфекционные поражения нервной системы у новорожденных.// Автореф. дисс. канд. мед. наук. – СПб. – 2001.

18.Долгих Т.И., Гашина Е.А. Клинико-лабораторные аспекты инфекции, вызванной вирусом простого герпеса 2-го типа, у детей первого года жизни.// Педиатрия. – 2003. – № 3. – С.14-18.

19.Клюшник Т.П., Ларионова А.Л., Школьников М.А. и др. Герпетическая инфекция во время

- беременности как фактор риска развития электрической нестабильности миокарда у новорожденных.// Педиатрия. – 2002. – № 1. – С.9-12.
- 20.Евсюкова И.И., Королева Л.И., Савичева А.М., Фоменко Б.А. Особенности клинического состояния и персистенция *Chlamydia trachomatis* у детей, перенесших внутриутробную хламидийную инфекцию.// Рос. вестн. Перинатологии и педиатрии. – 2000. – №1. – С.14-17.
- 21.Савенкова М.С., Парамонова Л.Ю., Неижко Л.Ю. Врожденный хламидиоз: клиника и катamnестическое наблюдение.// Педиатрия. – 2004. – № 1. – С.42-46.
- 22.Папаян А.В., Цыбульский Э.К. Острые токсикозы в раннем детском возрасте.// Л.: Медицина. – 1994. – 280с.
- 23.Инфекционные болезни у детей. Учебное пособие.// Под ред. Ивановой В.В. – М.: ООО «Мед.информ. агенство». – 2002. – 928с.
- 24.Руководство по инфекционным болезням у детей.// Под ред. Учайкина В.Ф. – М.: ГЭОТАР-Мед. – 2004. – 823с.
- 25.Прохорова М.П., Кузьменко А.Я. Коррекция функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у детей с бронхообструктивным синдромом.// Украина. Педиатрия, акушерство и гинекология. – 2003. – №5. – С.26-28.
- 26.Жидков Ю.Б., Колотилов Л.В. Инфузионно-трансфузионная терапия при инфекционных болезнях у детей и взрослых.//М.:МЕДпресс-информ.– 2005.– 302 с.
- 27.Цыбульский Э.К. Неотложная педиатрия в алгоритмах.// СПб: Изд. Питер Ком. – 1998. – 224с.
- 28.Учайкин В.Ф., Молочный В.П. Инфекционные токсикозы у детей.// Изд-во РАМН. – 2002. – 248с.
- 29.Миронов П.И., Руднов В.А. Проблемы диагностики сепсиса у детей.// Реанимация и интенсивная терапия. – 1999. – №2. – С.1-10.
- 30.Интенсивная терапия гипертоксических форм менингококковой инфекции, гнойных менингитов и менингоэнцефалитов у детей: Метод.рекомендации.// МЗ РСФСР / Сост. Сорокина М.Н., Басс Р.Л., Зинченко А.П. – Л., 1989. – 41 с.
- 31.Перл.Р.Г. Лечение шока – 1998.// Реанимация и интенсивная терапия. – 1999. – №2. – С.20-25.
- 32.Pediatric Advanced Life Support / Ed L.Chameides, M.F.Hazinski. – American Heart Association, American Academy of Pediatrics, 1994.
- 33.Менингококковая инфекция у детей (эпидемиология, клиника, диагностика, терапия и профилактика): Метод.реком.// СПб, 2000. – 56 с.
- 34.Руководство по педиатрии (Неотложная помощь и интенсивная терапия).// Под ред. Роджерса М., Хелфаера М. – СПб: Изд. «Питер», 1999. – 1116с.
- 35.Цыбульский Э.К. Угрожаемые состояния у детей.// СПб: Спец. Литература. – 1999. – 224 с.
- 36.Греси М. Острая диарея у детей.// Росс.вестн. перинатологии и педиатрии. – 1995. – №4. С.40-44.
- 37.Зинченко А.П. Острые нейроинфекции у детей.// Л.: Медицина. – 1986. – 280с.
- 38.Михельсон В.А., Алмазова И.Г., Неудачин Е.В. Коматозные состояния у детей.// Л.: Медицина. – 1988. – 224с.
- 39.Коганов С.Ю., Вельтищев Ю.Е. Пневмонии у детей.// М.: Медицина. – 1995. – 294с.
- 40.Иванова В.В., Радионова О.В., Курбатова Г.П. и др. Лечение дифтерий у детей.// Эпид. и инфек. болезни. – 1998. – №2. – С.35-37.
- 41.Учайкина В.Ф. О мерах по улучшению диагностики и лечения дифтерии у детей.// Педиатрия. – 1995. – №1. – С.58-63.
- 42.Интенсивная терапия.// Пер. с англ. доп.// Под ред.Мартинова А.И. – М.: ГЭОТАР – 1998. – 639с.
- 43.Ранняя диагностика, клиника и методы терапии токсикоза при инфекционных заболеваниях у детей. Метод. реком. МЗ РСФСР.// Сост. Иванова В.В., Камальдинова Э.Г., Косеко Л.М. – 1990. – 32с.
- 44.Вельтищев Ю.Е. Неотложные состояния у детей.// М.: Медицина. – 1994. – 360с.
- 45.Интенсивная терапия в педиатрии. Перев с англ.// Под ред. Моррей Д.П. – М.: Медицина. – 1995. – Т.1. – 464с.

ТҮЖЫРЫМ

Бір жасқа дейінгі балаларда жүрек қантамыр жүйе жағынан асқынулары жұқпалы ауруларының әр мерзімінде туындауы мүмкін. Қан айналу бұзулыстарының клиникалық белгілері функционалды өзгеріс түрінен күрделі жүрек қантамыр жетіспеушілік түрінедейін байқалады.

SUMMARY

Complications of cardiovascular system by infections in children on their first year of life can appear in any terms after onset. Clinical features of the abnormal circulation vary from functional disturbances up to the heavy cardiovascular insufficiency.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА СПАЗМОПРИВ ФОРТЕ
ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА****Кененбаева М.Б.*****ГККП Центр первичной медико-санитарной помощи «Кулагер», г.Алматы***

Синдром Раздраженного Кишечника (СРК) - тяжелая задача для терапевта. Спастические состояния желудочно-кишечной системы - одно из наиболее важных патологических состояний в гастроэнтерологической практике.

Большинство больных с СРК страдают от брюшных болей, вздутия в ассоциации с периодическими запорами, другие страдают от поноса или учащенных дефекаций. У больных с СРК отсутствуют синхронизированные волны давления, которые характерны для физиологической подвижности толстой кишки. Таким образом, терапевтический подход должен превратить десинхронизацию в продуктивную синхронную подвижность.

Спазмолприв Форте - новый оригинальный антиспазматический препарат, с активным веществом Феноверин, который синхронизирует подвижность гладких мышц путем модуляции тока клеточного кальция. Феноверин является не столько блокатором кальциевых каналов, сколько специфическим кальциевым

модулятором. Будучи единственным представителем своего класса, оказывает сильное синхронизирующее действие на асинхронные сокращения, облегчая спазмы и связанные с ними симптомы с ограниченной или отсутствующей ингибцией спонтанных фазных движений. Спазмолприв Форте воздействует непосредственно на мышечную клетку, путем прямой модуляции входа внеклеточного кальция и выхода внутриклеточного кальция.

15 больных с СРК, обратились за помощью. Каждый получил полную дозу лекарства, 400 мг в день. Спазмолприв Форте достаточно хорошо всасывался после орального введения, с достижением пика в крови спустя, примерно, 2 часа после всасывания и, с временем задержки около 20 минут. Биологическая доступность составила примерно 10 часов, соответствуя, таким образом, схеме приема дважды в день. Дозы, подобранные для лечения, оказались подходящими для поддержания эффективных концентраций, в простой схеме дозировки дважды в день.

Таблица 1 – Характеристики больных в исследовании

Количество и пол (М/Ж)	15 (8/7)
Возраст (среднее±СО)	46,9±0,7

Наблюдение проводилось 6 недель, что минимально необходимо для подтверждения результатов.

Результаты: в первые две недели Спазмолприв Форте проявил быстрый и сильный эффект, оказался прогрессивным, производя дальнейшее улучшение в течение всего времени наблюдения. Первым аспектом, который привлек внимание было обнаружение быстрого и продолжительного спазмолитического эффекта, совместно с анальгетическим действием. Интенсивность

метеоризма, на который обычно жалуются больные СРК, также значительно снижалась, начиная со второй недели и далее. Анализ запора и поноса, показал удовлетворительные эффекты, однако эти признаки типичны для индивидуального течения этих расстройств. Все больные ощутили улучшение от лечения к концу шестой недели, лечение можно было завершить.

Выводы: Спазмолприв Форте - препарат первого ряда для лечения раздраженного кишечника, эффективный в отношении глад-

ких мышц желудочно-кишечного тракта, поскольку тормозит асинхронные спазматические сокращения, без заметного препятствования физиологической синхронной подвижности.

Список использованной литературы:

1. Longhstreh G.F. Functional Bowel Disorders. Gastroenterology 2006.
2. Lea R, Whorwell PJ. New insights into the psychosocial aspects of IBS. Cur Gastroenterol Rep 2003.
3. Bignamini A. The general practitioner and the irritable bowel syndrome. A. Challenge GP Congress 1999.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақалада Спазмолприв Форте препараты қолдана отырып, Ішектің Тітіркену Синдромы (ИТС) емдеу әдістерінің тиімділігі туралы мәліметтер келтіріледі. Спазмолприв Форте тиімділігінің, қауіпсіздік әсердің және ерекше тетігі арқасында, асқазан-ішек жолдарының спастикалық бұзылуында қолдана алады.

SUMMARY

The article is about the effectiveness of application of Spasmoprive Forte medication in treatment of an IBS. Due to the efficiency and safety as a result of the special mechanism of action Spasmoprive Forte is capable to operate spasmodic infringements from a gastro enteric path.

ПОЛЛИНОЗ

Абдоллақызы А.

Городская поликлиника № 2, г. Тараз

Поллиноз – аллергическое заболевание, вызываемое пылью растений, проявляющееся клинически в виде сезонного аллергического ринита, конъюнктивита и иногда сопровождающееся развитием бронхиальной астмы и другими симптомами.

Как и многие другие аллергические заболевания, поллиноз становится все более распространенным заболеванием, и одним из ведущих факторов, влияющих на увеличение заболеваемости, является загрязнение окружающей среды, поэтому поллинозом чаще болеют городские жители.

Наиболее часто первые симптомы поллиноза появляются в молодом возрасте (от 8 до 20 лет), но заболевание может возникнуть и у детей раннего возраста, и у людей старших возрастных групп. Начало болезни совпадает с периодом цветения растений, к пыльце которых у больного имеется аллергия, и симптомы заболевания повторяются ежегодно в одно и то же время.

Таким образом, зная календарь цветения отдельных видов растений в каждом регионе, можно сопоставляя начало цветения тех или иных растений с началом

заболевания установить группу аллергенов, на которые больной реагирует.

Следует учитывать, что в зависимости от метеорологических условий сроки цветения растений могут на 7 -14 дней отклоняться от календарных.

Поллиноз относится к аллергическим заболеваниям, в основе патогенеза которых лежит аллергическая реакция немедленного типа. Пыльца растений, на которую больной реагирует, является для него аллергеном. После попадания аллергена на слизистую того или иного органа (носа, глаз, бронхов и т.д.) у больных, страдающих поллинозом, начинают вырабатываться антитела (иммуноглобулины класса E), которые в этом случае не выполняют свою защитную функцию, как другие иммуноглобулины, а наоборот, при соединении с аллергенами (пыльцой растений) вызывают LgE зависимую активацию тучных клеток (базофилов) и из поврежденных клеток высвобождается ряд биологически активных веществ: гистамин, лейкотриены (в основном LTB4 и LTC4), простагландины (PGD2), фактор активации тромбоцитов (PAF), брадикинин. При поллинозе важная роль принадлежит гистамину.

Таблица 1. Примерный календарь цветения деревьев и трав средней полосы

Вид растения	Сроки цветения
ольха, орешник, ива, вяз	15-30 апреля
осина, тополь	15-30 апреля
береза, клен	1-20 мая
сосна	25 мая- 5 июня
одуванчик	5-15 июня
костер, лисохвост	5-26 июня
липа	20 июня – 5 июля
дуб	22-24 мая
овсяница, ежа, пырей	5-25 июля
timoфеевка, мятлик	5-25 июля
полынь, амброзия, лебеда	1-15 сентября

Гистамин – биогенный амин, образующийся от гистидина. Гистамин оказывает сильное местное воздействие на кровеносные сосуды, и обладает значительным общим действием. При местном воздействии расширяются капилляры, замедляется кровоток, повышается проницаемость эндотелия стенок сосудов, начинается транссудация плазмы крови, а затем и форменных элементов.

В результате аллергического воспаления при поллинозе происходит повышение секреции слизистой, угнетается функция мерцательного эпителия дыхательных путей. При воздействии гистамина на кровеносные сосуды происходит расширение кровеносных сосудов, в связи, с чем снижается кровяное давление. Расширение артериол в мозге приводит к повышению давления спинномозговой жидкости и появляются головные боли. При повышении концентрации гистамина в крови на коже может появиться крапивница, может повыситься температура тела, в результате отека слизистой дыхательных путей, спазма гладкой мускулатуры появляется затруднение дыхания. Может также отмечаться тахикардия, повышенное слюноотделение и т.д. Этим неспецифическим действием гистамина объясняется значительная часть общих симптомов поллиноза.

Наиболее частыми клиническими проявлениями поллиноза являются

аллергический ринит, аллергический конъюнктивит и бронхиальная астма.

Большого беспокоит ощущение зуда в носу, чувство жжения, щекотания, появляется многократное приступообразное чихание, сопровождающееся обильными слизистыми выделениями из носа и затруднением носового дыхания, гиперемией и мацерацией кожи преддверия носа. Обычное аллергическое воспаление распространяется на придаточные пазухи носа, носоглотку, слуховые трубы, гортань. Появляется зуд в ушных проходах, в глотке, трахее.

Поражение глаз включают зуд и раздражение слизистых глаз, зуд и покраснение век, отечность, слезотечение, чувство рези, светобоязнь, ощущение инородного тела в глазах. Нередко наслаивается бактериальное воспаление, появляется гнойное отделяемое.

Одним из самых тяжелых клинических проявлений поллиноза является бронхиальная астма, характеризующаяся обострениями, сопровождающимися кашлем, хрипами, тяжестью в грудной клетке и затрудненным дыханием, которые обычно обратимы.

К более редким симптомам поллиноза относятся крапивница, отеки Квинке, атопический дерматит и др.

При поллинозе у больного обычно появляется слабость, утомляемость, снижается трудоспособность и концентрация вни-

мания, повышается раздражительность. Больные жалуются на головную боль, нарушение сна.

Для всех этих симптомов характерна четкая сезонность.

Чаше всего поллинозом заболевают люди у которых в роду уже есть больные аллергическими заболеваниями, так как возможна передача по наследству конкретных генов, ответственных за формирование аллергических реакций.

Не последнюю роль играют такие факторы как загрязнение окружающей среды различными индустриальными поллютантами, табакокурение, вирусные инфекции в раннем возрасте.

Важная роль в диагностике поллиноза принадлежит анамнезу. Тщательно собранный анамнез позволяет определить сезонный характер заболевания, сроки максимального проявления симптомов болезни.

Для того, чтобы точно определить аллерген, на который больной реагирует, врач аллерголог проводит при отсутствии противопоказаний кожное тестирование с набором распространенных в местности, где проживает больной, пыльцевых аллергенов. Постановка кожных проб с набором аллергенов является практически точным, простым и быстрым тестом, позволяющим определить спектр аллергенов у больного. При необходимости осуществляется исследование уровней общего и специфических IgE в сыворотке крови.

Основные методы лечения поллиноза включают в себя:

1. элиминация аллергенов;
2. фармакотерапия;
3. специфическая иммунотерапия;

Чтобы симптомы поллиноза у больного были менее выражены в первую очередь необходимо предпринять меры, направленные на уменьшение контакта с пылью. Можно посоветовать больному выполнять следующие рекомендации.

1. Наибольшая концентрация пыли в воздухе наблюдается рано утром и в сухие жаркие дни, поэтому в этот период времени лучше не гулять по улице.
2. На работе и дома по возможности не открывать окна, особенно в ранние часы и

желательно до раннего вечера, пользоваться очистителями воздуха, улавливающими пыльцу растений в помещении.

3. Избегать выезжать на природу, где в данное время высокая концентрация пыльцевых аллергенов на которые больной реагирует.

4. При выходе на улицу пользоваться затемненными очками.

5. Чаше стоять под душем, смывая пыльцу.

6. Плотно закрывать окна в машине, особенно находясь за городом.

7. Планируя очередной отпуск, необходимо узнать сроки цветения растений в районе выбранного больным курорта. В воздухе на морском побережье и в горах содержание пыли ниже.

Рекомендовать больному изучить список родственных растительных аллергенов, пищевых продуктов и фитопрепаратов. Для лечения обострения поллиноза или для предупреждения его обострения применяются следующие группы препаратов.

1. Антигистаминные препараты.
2. Сосудосуживающие препараты.
3. Комбинированные препараты.
4. Кромогликат натрия.
5. Глюкокортикостероиды.

Основными препаратами для лечения поллиноза являются антигистаминные препараты. Механизм их действия основывается на предупреждении патологических дефектов гистамина, который высвобождается из тучных клеток и из базофилов во время аллергических реакций.

При приеме антигистаминных препаратов внутрь в виде таблеток или сиропа у больных значительно уменьшаются такие симптомы аллергического ринита как зуд носа, чихание, ринорея, уменьшается заложенность носа. Эффективны эти препараты при аллергическом конъюнктивите, крапивнице, отеке Квинке и других симптомах поллиноза.

Седативный эффект, свойственный ранним антигистаминным препаратам, ограничивает их применение, особенно у больных, чья профессиональная деятельность требует сосредоточенности, повышенного внимания, быстрого принятия

решений. Кроме того, эти антигистаминные препараты усиливают воздействие алкоголя на организм. Глюкокортикостероиды (ГКС) обладают высокой противовоспалительной активностью. В зависимости от клинических проявлений поллиноза и выраженности симптомов ГКС назначаются местно в виде глазных капель, спреев, ингаляций, а также внутрь и парентерально. Наиболее часто применяются топические глюкокортикостероиды.

Топические формы глюкокортикостероидов высокоэффективны и обладают минимальными нежелательными эффектами. Их с осторожностью следует назначать больным с иммуносупрессией, тяжелыми бактериальными, грибковыми и вирусными (герпетическими) инфекциями.

Топические глюкокортикостероиды при назначении больным с аллергическим ринитом оказывают выраженный терапевтический эффект, уменьшая как заложенность носа, так и зуд, чихание, риноррею.

Особое место в лечении больных поллинозом занимает специфическая иммунотерапия (СИТ).

Введение больному поллинозом аллергена с постепенным повышением его дозы, вызывает в дальнейшем невосприимчивость слизистых к

воздействию пылевых аллергенов, и у больного возникает длительная ремиссия в течение 3-5 лет и более.

СИТ проводит только врач аллерголог в аллергологическом кабинете. Вводят аллергены подкожно, интраназально, сублингвально, перорально, повышая постепенно дозу лечебного препарата. Известно, что СИТ наиболее эффективно у людей молодого возраста и реагирующих на одну или две группы аллергенов. Лечение проводится ежегодно вне сезона цветения растений и на протяжении 3-5 лет. Для более эффективного лечения СИТ больному необходимо пройти диспансерное обследование и санацию очагов инфекции.

Список использованной литературы:

1. Сидаренко И.В., Осипова Г.Л., Горячкина Л.А. Брошюра серии: «Аллергология для участковых врачей».
2. Адо В.А., Афанасьева Н.Г. Поллинозы.

ТҮЖЫРЫМ

Мақалада полиноздің клиникасы және оның жиынтық емдеу туралы сипаттама көрсетілген, алдынала емделуіне тәжірибелік кеңес берілген.

SUMMARY

In article are shown the etiology and the clinic and the complex treatment of the pollinoz, are given practical advices of the prevention the pollinoz.

ОТОМИКОЗ

Абдоллақызы А.

Городская поликлиника № 2, г.Тараз

Под термином "отомикоз" в настоящее время подразумевают грибковое заболевание наружного слухового прохода, других отделов уха, а также микоз полостей после оперативного вмешательства на ухе.

Наиболее частыми возбудителями отомикоза являются плесневые грибы родов *Penicillium*, *Aspergillus*, *Mucor* и дрожжеподобные *Candida*. Ведущее место в

микотическом поражении наружного и среднего уха у взрослых занимает *Aspergillus*. Они содержатся в любом гниющем органическом материале, почве, сене, испорченной пище, плеснях, домашней пыли. Инфицирование ими среднего уха осуществляется контактным путем через слуховую трубу из носоглотки, куда они попадают при вдохе аэрогенным путем. На

слизистой оболочке носа и носоглотки они находят благоприятную почву в виде застойного секрета.

Микозы, вызванные грибом *Mucor*, называют мукорозами. Это общее системное заболевание, которое морфологически характеризуется некрозом и полиморфно-нуклеарной инфильтрацией с облитерацией артериол, венозных и лимфатических сосудов и образованием тромбозов. При этом в зоне нарушения кровоснабжения развивается ишемический некроз слизистой оболочки и кости. Мукороз развивается при пониженной резистентности. Высокая летальность обусловлена быстрым распространением гриба по артериям, на мозговые оболочки и мозг, что вызывает воспалительные и некротические изменения.

Основополагающими моментами в патогенезе любого микотического заболевания являются: адгезия, колонизация грибов, инвазивный рост с нарушением барьерной функции слизистой оболочки и кожи. В патогенезе отомикоза имеют значение самые разнообразные факторы эндогенной и экзогенной природы.

В ухе имеется ряд благоприятствующих факторов: свободный доступ атмосферного воздуха, то есть необходимое соотношение CO_2 и O_2 , оптимальная температура, отсутствие прямых солнечных лучей, а также механических повреждений для мицелия гриба, благодаря анатомо-физиологическим особенностям наружного слухового прохода.

Механическое повреждение эпителиального покрова наружного слухового прохода и слизистой оболочки барабанной полости открывает путь для внедрения грибов, место нарушает и ослабляет защитные реакции кожи и слизистой, что во многом способствует развитию и размножению грибов, так как выделяющийся при травме серозный экссудат служит для них хорошим питательным материалом.

Мощным фактором, угнетающим иммунную систему и естественную резистентность организма, является частое, порой неоправданное использование антибиотиков широкого спектра действия, такие как цефалоспорины 2-го, 3-го и 4-го

поколения, аминогликозиды и полусинтетические пенициллины, и кортикостероидные препараты.

Стойкая, неподдающаяся консервативной терапии оторрея свидетельствует об активности и выраженности гнойно-воспалительного процесса в среднем ухе, что является основанием для проведения тщательного специального микробиологического исследования.

Для диагностики отомикозов используется комплекс клинических микологических, бактериологических, аллергических и иммунологических методов.

Микологическая диагностика проводится по общепринятой методике на основании данных микроскопии нативного и окрашенного по Романовскому.

Гимза препаратов и культурального исследования при посевах на селективную питательную среду Сабуро для выделения чистой культуры грибов с последующим их пересевом на среду Чапека для проведения видовой идентификации возбудителя микоза. Необходимо иметь в виду, что для проведения микологического исследования необходимо делать соскоб, а не мазок.

Симптоматика и течение отомикозов крайне разнообразны. В основном выявлялись симптомы, характерные для обычных отитов. Течение грибковых процессов в наружном и среднем ухе обычно затяжные, длительные. Периодически возникают обострения процесса, сопровождающиеся гипертермией, явлениями общей интоксикации, выраженной местной воспалительной реакцией.

Основными жалобами были сильнейший зуд и постоянная тупая ноющая боль в области слухового прохода, периодически возникающие выделения из уха, чувство заложенности в ухе, снижение слуха, затяжное течение отита и безуспешность проводимого лечения.

У детей старшего возраста поражение кожи наружного слухового прохода имеет характер сухого кандидозного дерматита: выраженная в разной степени реактивная инфильтрация кожи, множественные папулезные элементы с очагами отслоившегося эпидермиса. Налеты были различной формы

и величины, но чаще множественные белого или серого цвета. Они могут быть очень тонкими и более плотными, точечными и островчатыми, легко снимаются. Отделяемое часто имеет вид творожистых масс или слушенного эпидермиса, сухих корочек, в хрящевом отделе наружного слухового прохода - скудное вязкое слизистое. Барабанная перепонка определяется тусклой, со сглаженными контурами. Характерны повышенная болевая чувствительность слухового прохода и ушной раковины и вовлечение в воспалительный процесс барабанной перепонки.

При наружном отите, вызванном грибами *Aspergillus* клиническая картина несколько отличается. Сужение слухового прохода не столь выражено. Отмечаются наложение серого цвета на стенках слухового прохода, иногда на барабанной перепонке, которые снимаются с трудом, оставляя после себя кровоточащую поверхность. Цвет отделяемого - черный или серый с черными вкраплениями. При тяжелом течении грибкового наружного отита изменения кожи слухового прохода носят деструктивно-язвенный характер.

Язвенная поверхность покрыта серо-белыми или желтоватыми пленчатыми налетами, эрозированная кожа легко кровоточит, поэтому отделяемое из уха с примесью крови.

Средние грибковые отиты протекают как хронически (в форме вялотекущего процесса, осложняющего эпи- и мезотимпаниты, а у детей раннего возраста в виде рецидивирующего среднего отита), так и остро - в форме мастоидита. При острой форме у детей преобладают ярко выраженные реактивные процессы со склонностью к генерализации. Мастоидит протекает бурно с явлениями периостита, у большинства детей сопровождается субпериостальным абсцессом. Воспалительные изменения барабанной перепонки нерезко выражены. Острый процесс возникает в большинстве случаев при поражении уха грибом (чаще *Candida*) в сочетании с условно-патогенной бактериальной флорой. Микотическое инфицирование послеоперационных полостей встречается чаще, чем

диагностируется, и является одной из причин длительного гноетечения и задержки эпидермизации. При грибковом инфицировании послеоперационной полости имеют значение следующие причины:

- снижение общего и местного иммунитета;
- нарушение биоценоза кишечника;
- необоснованно длительное местное применение гормональных и антибактериальных мазей;
- нарушение углеводного обмена;
- излишняя травматизация молодого слоя эпидермиса марлевыми турундами;

Основными жалобами при микозе послеоперационной полости - это систематически возникающие гноетечения, зуд в слуховом проходе, иногда головокружения.

Клиническая картина микотического поражения послеоперационных полостей среднего уха имеет ряд особенностей: задержка эпидермизации; наличие множественных мелких кровоточащих, с трудом удаляющихся грануляций на шпоре и в зашпорной области; мацерацией ушной раковины и слухового прохода с явлениями мокнутия, обсеменения "микидами"; характерное патологическое отделяемое различного вида и цвета в зависимости от вида гриба-возбудителя.

В настоящее время в практике ЛОР-врачей используется ведение послеоперационных полостей после радикальной операции на ухе или антромастоидотомии открытым способом. Данный способ имеет ряд преимуществ: возможность визуального контроля глубоких отделов послеоперационной полости и введение тампонов с двух сторон - со стороны заушной раны и слухового прохода; возможность через широкое заушное отверстие контролировать и наблюдать за процессом эпидермизации и заживлением раны.

При лечении микотических заболеваний ушей следует устранить не только грибковую инфекцию, но и различные факторы, способствующие ее развитию.

Комплексные лечебные мероприятия включают три основополагающих принципа:

1. Общее и местное использование триазольных соединений

2. Восстановление микробиоценоза кишечника.

3. Общая и местная иммунокорригирующая терапия.

Среди противогрибковых препаратов наиболее целесообразно использование нового класса триазольных соединений с противогрибковой активностью кетсконазолового, флюконазолового и итраконазолового ряда. Среди этих препаратов чаще используются дифлюкан (форкан), интраконазол, кетаконазол, низорал, орунгал.

Наиболее высокая противогрибковая активность и выраженное специфическое влияние на грибы отмечены при применении дифлюкана. Он является препаратом выбора при эмпирическом определении антифунгальной терапии. При ряде грибковых заболеваний фунгицидная активность дифлюкана установлена как при в/в введении, так и при приеме внутрь, и в первую очередь при заболеваниях, вызванных грибами рода *Candida*. Биодоступность дифлюкана очень высока. При этом абсорбция препарата из кишечника практически не зависит от приема пищи. При пероральном применении его пиковая концентрация в крови достигается через 0,5 - 1,5 часа после приема натощак. Период полувыведения Дифлюкана из плазмы составляет 30 часов. Это позволяет вводить препарат однократно в течение суток. Считается необоснованным еще достаточно распространенное пероральное применение при отомикозах нистатина и леворина. В комплекс терапии обязательно включение биологически активных препаратов, восстанавливающих микробиоценоз кишечника, изменения системы интерферона (общего и местного действия), а также средств, ускоряющих процессы регенерации.

Местное лечение отомикозов производится самыми различными препаратами противогрибкового действия. Выбор лекарственного средства осуществляется условием эффективности местной терапии является тщательная очистка очага грибкового поражения от микотических масс. Местное лечение отомикоза включает тщательный туалет уха, т.е. даже при

незначительном количестве микотических масс терапия будет неэффективной. При проведении туалета слухового прохода рекомендуется исключить использование перекиси водорода, водных растворов, так как повышенная влажность стимулирует рост и развитие гриба. Для туалета слухового прохода при отомикозах целесообразно использовать вазелиновое масло или другой масляный раствор.

Хирургические вмешательства на ухо при отомикозах проводится преимущественно при лечении грибковых средних отитов

и неподдающихся терапии вторичных микозов послеоперационной полости среднего уха. Показаниями к операции при отомикозах являются: наличие или угроза развития внутричерепных осложнений, деструктивные формы отоантрита и мастоидита, наличие субпериостального абсцесса и сопутствующей грибковой суперинфекции, мукороз среднего уха, хронический холестеатомный процесс в среднем ухе, безуспешность специфического консервативного лечения, неподдающаяся лечению стойкая оторея, задержка эпидермизации послеоперационной полости с избыточным грануляционно - полипозным ростом, локализация грибкового процесса под рубцово - эпидермальным ростом, или лоскутом, рубцы и спайки послеоперационной полости, препятствующие доступу к основному микотическому очагу. Характер хирургического вмешательства определяется степенью и глубиной поражения височной кости микотическим процессом. В связи с тем, что грибковая инфекция (в том числе отомикозы) чаще развивается у иммунокомпрометированных больных, патогенетические обоснованным и необходимым считается включение иммуностимулирующей и заместительной иммунотерапии в комплекс лечения заболевания.

Среди мер профилактики отомикозов имеет значение ограничение бесконтрольного длительного применения, антибиотиков: регулярный отоларингологический контроль за больными,

получающими иммуно-супрессивную терапию (гормона, химио - и лучевую терапию). Рекомендуются детальное и превентивное обследование и лечение больных с декомпенсированным сахарным диабетом, иммунодефицитным состоянием, острым лейкозом, апластической анемией и после пересадки костного мозга.

Список использованной литературы:

1. Чистякова В.Р., Наумова И.В. Отомикозы в детском возрасте.
2. Гете В.А. Опыт лечения больных с грибковыми поражениями наружного и среднего уха.
3. Кунельская В. Микозы в оториноларингологии.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада отомикоздің клиникасы және оның жиынтық емдеу туралы сипаттама көрсетілген, алдынала емделуіне тәжірибелік кеңес берілген.

SUMMARY

In article are shown the etiology and the clinic and the complex treatment of the otomikoz.

ИНСЕКТНАЯ АЛЛЕРГИЯ

Абдоллақызы А.

Городская поликлиника № 2, г.Тараз

Инсектная аллергия – это аллергические реакции, воспаление в разных органах, возникающие при повторных контактах с насекомыми: соприкосновение с ними, вдыхании частиц тела насекомых или продуктов их жизнедеятельности, укусах, ужалениях. Свое название «инсектная» - этот вид аллергии получил от названия класса насекомых Insecta.

По способу сенсibilизации различают следующие пути попадания аллергена в организм: 1) с ядом при ужалениях, что характерно для отряда Hymenoptera – перепончатокрылых (пчелы); 2) со слюной при укусах насекомых отряда Diptera – двукрылых (комары); 3) ингаляционным и контактным способом с чешуйками тела или пыли от тел насекомых – представителей отряда Lepidoptera - чешуекрылых, Trichoptera – ручейников и отчасти представителей других отрядов; например, известна ингаляционная форма аллергии к перепончатокрылым - бронхиальная астма пчеловодов.

Этиология и эпидемиология

Жалящие насекомые относятся к перепончатокрылым (Hymenoptera) класса

Insecta. Особенно важны два семейства: Vespidae включает настоящих ос (Vespula), полист (Polistes), шершней (Vespa) и Apidae (пчелиных), к которым относятся и шмели (Apis) и пчелы (Bombus). Аллергия может развиваться на яд одного или нескольких видов жалящих насекомых. Для планирования специфического лечения ядом очень важно выявление конкретного вида насекомого, ответственного за аллергическую реакцию.

В связи с широким распространением пчел, для получения меда и других пчелиных продуктов и опыления растений, наиболее часто приходится иметь дело с ужалением этих насекомых. Пчелы и шмели жалят только в тех случаях, когда бывают спровоцированы. Из всех перепончатокрылых только пчелы имеют зазубренное жало, остающееся при ужалении в теле жертвы, что приводит к эвисцерации и гибели насекомого. Шмели жалят крайне редко.

Настоящие осы – самая частая причина развития аллергических реакций на ужаления в Казахстане, США и в России. Насекомые гнездятся в земле. Осы концентрируются вокруг дворовых мусорос-

борников, районов пикников. Шершни близкие по происхождению к осам, гнездятся в кустарниках. Осы строят гнезда с сотами на несколько особей, которые располагают под карнизами и балками, на чердаках и балконах.

Кусаящие насекомые (например, комары) редко вызывают серьезные аллергические реакции. При укусе этих насекомых впрыскивается не яд, а секрет слюнных желез. Анафилактические реакции на укусы «целующих» и постельных клопов, а также комаров возникают крайне редко. Укусы этих насекомых чаще вызывают выраженные местные реакции, в основе которых могут лежать и иммунные механизмы. Комары переносят малярию, желтую лихорадку, арбовирусы энцефалита.

Пчелы медоносные (*Apis mellifera*) – это общественные насекомые, образующие многолетние семьи, в которых различаются самки (плодящие матки и бесплодные рабочие пчелы) и самцы (трутни). Жало имеют только женские особи. Они пользуются им в качестве орудия защиты (и очень редко нападения). К семейству пчелиных относятся также шмели – (*Bombus*), которые отличаются от пчелы более крупным и плотным телом, покрытым ярко окрашенными пушистыми волосками. Эти насекомые, так же как и пчелы, вегетарианцы, очень миролюбивы и пользуются жалом лишь в целях обороны.

Семейство осиных – хищники, личинок они выкармливают убитыми и пережеванными насекомыми. Убивают насекомых жалом, вонзая его в нервный узел жертвы, не брезгая падалью, поэтому, являясь «мусорщиками», могут внести в ранку инфекцию. По внешнему виду отличаются от семейства пчелиных: окраска яркая, полосатая (северные осы светлее южных), сегменты грудки отделены от брюшка тонкой «талией».

Жалящий аппарат перепончатокрылых развивается из яйцеклада, в спокойном состоянии он втянут в брюшко. В отличие от остальных представителей жалящих перепончатокрылых, жало пчелы имеет 8-10 зазубрин,

в результате чего пчела оставляет жало в теле жертвы. Вместе с жалом остаются ядовитый мешок, ядовитые железы и последний узел брюшной нервной цепочки. Благодаря сокращению мускулов ядовитого мешка происходит дальнейшее выдавливание яда глубже в ткани жертвы уже после того, как ужалив, пчела улетела (вскоре она погибает). Количество вводимого при ужалении яда составляет от 0,05 до 0,4 мг. Состав яда перепончатокрылых разнообразен. Основные фармакологические и биохимические активные вещества его: биогенные амины (норадреналин, гистамин, серотонин); протеины и полипептиды (мелитин), ферменты (фосфолипаза А и Б, гиалуронидаза, эстераза, кислая фосфатаза, щелочная фосфатаза и др.).

Имеется целый ряд риск-факторов, которые усиливают угрозу смерти при инсектной аллергии. К ним относятся: возраст старше 50 лет, пол (чаще мужчины), местность (сельские местности, чаще юг), профессия (фермеры, пчеловоды, садоводы, виноградари, кондитеры). Если больной получал раньше укусы, развивается гиперчувствительность. Обычно предыдущий укус был за несколько недель до последнего. Установлено, что уровень IgE снижается через 6 месяцев после укуса. Наличие атопии у больного, например, астма, усиливает анафилаксию на укус.

Считают, что осы и пчелы кусают людей, которые производят на них неприятное впечатление и тех, которые пользуются химическими веществами (духи, одеколон). Те люди, которые беспокойны, суетятся, горячие, пыльные и боятся пчел, тех они чаще кусают. Описано, что те, кого пролечили против укусов пчелы, последние теряют к ним интерес. Среди больных 10% говорили, что их укусили в прошлом году, а до этого никогда не кусали.

Токсические реакции

Нормальная реакция на ужаление насекомых проявляется в виде умеренного локального покраснения и отека. Реакция носит транзиторный характер и исчезает через несколько минут или часов. Лечение

заключается в наложении на место ужаления холодного компресса, и при выраженном долевом синдроме в приеме анальгетика.

Выраженная местная реакция проявляется на укус многих насекомых сильным отеком и эритемой, распространяющимися на большой площади. Отек, нарастающий в течение 24-48 часов, может сохраняться до 10 дней и более. Больного беспокоят слабость, недомогание, тошнота. Обычно эффективно назначение антигистаминных препаратов (Зиртек), в наиболее тяжелых случаях прибегают к приему стероидов (преднизолон в дозе 40 мг/сут) в течение 2-3 дней. Выраженная местная реакция может осложниться присоединением инфекции и воспалением подкожножировой клетчатки.

Яд перепончатокрылых содержит значительное число биологически активных веществ, способных вызвать развитие сосудистого коллапса и шока, вплоть до летального исхода.

Клиника средней системной реакции: крапивница, ангионевротический отек, симптомы со стороны носа и глаз, боль в животе, тошнота, рвота. Местная реакция: боль и покраснение в месте укуса.

Тяжелая инсектная аллергия встречается в любом возрасте, симптомами тяжелой анафилаксии является: понижение артериального давления, выраженные нарушения дыхательного тракта в любом возрасте. Большинство больных с тяжелыми реакциями не знали об их гиперчувствительности, часто, умершие от инсектной аллергии, не имели раньше генерализованных реакций.

При тяжелой реакции развивается ишемия мозга, связанная с недостатком кислорода, энцефалопатия. Часто отмечается шок с симптомами энцефалопатии, сокращение матки и кровотечение.

Реакции на укус классифицируются в зависимости от вида насекомого: 1) пчел медоносных; 2) осы; 3) шмеля. По виду реакции делятся на: 1) большие местные; 2) системные. По степени тяжести: 1, 2, 3, 4 степени.

1. Реакция I степени - легкая общая аллергическая реакция. Она включает

проявления со стороны кожных покровов и слизистых оболочек. Характерны генерализованный зуд, крапивница, отек кожи и подкожной клетчатки, возможен отек языка и гортани (опасность асфиксии). Наблюдается набухлость слизистых оболочек носа, что проявляется чиханием, ринитом, «заложенностью» носа. Присутствуют также симптомы общего характера: чувство жара, озноб, повышение температуры, общее возбуждение или, наоборот, вялость, депрессия.

2. Реакция II степени - общая аллергическая реакция средней тяжести. Для нее характерны, в первую очередь, явления, вызванные спазмом гладкой мускулатуры внутренних органов (бронхоспазм, спазмы мускулатуры желудочно-кишечного тракта, матки у женщин), а также серьезные отеки слизистых оболочек внутренних органов (дыхательного и пищеварительных трактов). Одновременно отмечаются кожные симптомы, характерные для реакции I степени тяжести, однако выраженные слабее. Более значительно выражены явления общего характера: слабость, головная боль, изменения частоты и ритма сердечных сокращений (брадикардия, тахикардия, мерцательная аритмия). Наблюдается коллаптоидное состояние (слабость, кратковременное потемнение в глазах, соответственно понижение АД).

3. Реакция III степени - тяжелая общая аллергическая реакция - анафилактический шок. Преобладает картина острой сосудистой недостаточности (тяжелый коллапс) и ее последствия: ишемия миокарда, центральной нервной системы и т.д., а также бронхоспазм, спазм мускулатуры желудочно-кишечного тракта, спазмы матки. В тяжелых случаях - самопроизвольная дефекация и мочеиспускание. Реакция со стороны кожных покровов развивается не всегда, однако, если она имеет место, то возникает позднее - уже после купирования острой реакции.

4. Поздние немедленные реакции. Наблюдаются они в 2-5% случаев от всех укусов, развиваются спустя 6-12 часов после укуса и характеризуются генерализованным васкулитом с вовле-

чением в патологический процесс сосудов кожи, внутренних органов (почек, печени), поражением нервной системы (демиелинизирующий процесс).

Диагноз аллергической реакции на ужаление перепончатокрылыми не представляет значительной трудности, если знать о существовании данной формы аллергии. Диагноз может быть установлен на основании анамнестических данных, клинической картины и совокупности нескольких положительных тестов.

Дополнением к аллергологическому анамнезу в диагностике аллергии к ужалению служат кожные пробы, которые проводятся не ранее чем через 4 недели.

Анафилактический шок

Анафилактический шок (АШ) – наиболее серьезная аллергическая реакция на ужаление насекомых, частота АШ, по данным ретроспективных популяционных исследований составляет 0,4-3%. Аллергические реакции на ужаление развиваются в любом возрасте, чаще встречаясь у лиц молодого возраста. Мужчин среди пациентов с аллергией на ужаление примерно в 2 раза больше, чем женщин. Эти факторы отражают скорее принадлежность к группе риска, а не специфическую возрастную или половую предрасположенность.

В большинстве случаев симптомы АШ проявляются в течение первых 15 минут после ужаления, хотя, возможно и более позднее начало реакции. Причинами летального исхода при АШ выступают отек

верхних дыхательных путей, вовлекающий глотку, надгортанник и трахею, и острый сосудистый коллапс с шоком и гипотензией. Среди других симптомов АШ – спазм кишечника и диарея, бронхоспазм, непроизвольное сокращение мочевого пузыря, сокращение матки, которое при беременности может привести к выкидышу, асфиксия и др.

В течение около часа после ужаления насекомыми развивается полная клиническая картина шока. Отмечается побледнение кожного покрова, появляются боли в месте укуса, в сердце, одышка. Развивается отек гортани, падение артериального давления, потеря сознания, спазм гладкой мускулатуры различных органов и возбуждение симпатоадреналовой системы.

Список использованной литературы:

1. Инсектная аллергия. Современные методы диагностики и лечения. Мошкевич В.С., Митковская О.А.
2. Анафилактический шок, инсектная аллергия. Пыцкий В.И., Артомова А.В.

ТҮЖЫРЫМ

Мақалада инсект аллергиясының клиникасы және оның жиынтық емдеу туралы сипаттама көрсетілген, алдынала емделуіне тәжірибелік кеңес берілген.

SUMMARY

In article are the etiology and the complex treatment of the allergy on insect, are given practical advices of the prevention the allergy on insect.

ПРЕИМУЩЕСТВА ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Кураметова Б.Г.

*Центральная районная больница Чуйского района
Джамбульской области, с.Толё би*

Современной медициной разработаны определенные правила, которые необходимо соблюдать, чтобы организм ребенка хорошо

развивался. Эти правила касаются количества и качества питания, содержания в нем витаминов, воды, минеральных солей,

количества калорий, которые он должен получать, чтобы нормально расти и быть здоровым.

Сегодня мы поговорим о питании детей первого года жизни, о преимуществах грудного вскармливания, о возможных трудностях, о том, как правильно выбрать молочную смесь в случае недостаточного количества молока у мамы.

В последние десятилетия не утихали споры о преимуществах и недостатках искусственного вскармливания, о возможном выборе для мамы кормить грудью или искусственной смесью. Но и сегодня в эпоху новых технологий, несмотря на то, что детское питание (смеси) разрабатывается очень тщательно и по составу максимально приближено к грудному молоку, у кормления грудью, разумеется, есть только преимущества!

Грудное молоко - идеальная пища для малыша первого года жизни. Ведь это естественный продукт, созданный самой природой.

Оно оптимально по своему составу. Лучше любого другого продукта на основе коровьего или козьего молока подходит для вскармливания младенца.

Белки, жиры, минеральные вещества и витамины усваиваются лучше всего при кормлении грудным молоком.

Основу грудного молока составляют особые сывороточные белки. Они отличаются высокой биологической ценностью, легко перевариваются и всасываются. Они содержат все незаменимые аминокислоты, в частности, цистин и таурин, необходимые для полноценного развития малыша. Очень важно, что собственные белки грудного молока не вызывают аллергических реакций и проявлений у ребенка, что нередко мы видим при использовании искусственных смесей на основе коровьего молока.

Жиры грудного молока содержат большое количество особых полезных жирных кислот, которые легко расщепляются и всасываются еще незрелыми ферментами кишечника. Молоко само содержит фермент липазу- фермент,

который обеспечивает переваривание жиров. Именно липаза обеспечивает мягкий стул, защиту от запоров и «колик».

Углеводы в грудном молоке представлены преимущественно лактозой (молочным сахаром). Именно она обеспечивает оптимальную для младенцев кислотную среду в кишечнике и препятствует росту в нем патогенных микроорганизмов.

Энергетическая ценность (калорийность) грудного молока полностью обеспечивает потребность новорожденного в энергии. Кормление грудью дает возможность малышу есть в соответствии со своим аппетитом, позволяет так гибко подстраиваться под его потребности, как никогда, видимо, не удастся делать при кормлении из бутылочки.

Грудное молоко содержит ферменты, гормоны и другие, биологически активные вещества, которые исключительно важны для роста и развития младенца.

Уникальность грудного молока состоит в том, что оно как бы «приспосабливается» к кишечнику именно вашего малыша, облегчая адаптацию всего ЖКТ, обеспечивая правильное заселение его полезными микроорганизмами. Благодаря этому мы порой можем корректировать нарушения микробиоценоза кишечника без применения лекарственных средств.

Грудное молоко содержит уникальный состав иммунных факторов (секреторный иммуноглобулин А, лактоферрин, лизоцим). Благодаря им женское молоко обладает мощным иммуномодулирующим свойством.

Причем иммунная защита молока индивидуальна для каждого малыша. С молоком матери ребенку передается большинство защитных антител от многих болезнетворных бактерий и вирусов. Эти особые антитела предохраняют от инфекции материнский организм и организм малыша.

Эти вещества отсутствуют в смесях и в молоке животных. Именно поэтому грудное вскармливание так важно для ребенка на первом году жизни. Ведь в этот период детская иммунная система еще недостаточно развита, не функционирует в полную силу, и малыши так подвергнуты

инфекции. Грудное молоко защищает ребенка в летнее время при повышенной опасности кишечных инфекций, а в зимнее — при высокой угрозе вирусных заболеваний.

Правильное физиологическое заселение кишечника полезными бактериями, о котором мы говорили выше, также играет большую роль в защитных силах детского организма.

Грудное вскармливание формирует правильный прикус при охвате соска, снижает частоту стоматологических проблем в раннем детском возрасте, уменьшает частоту кариеса.

Немаловажно, что вскармливание грудным молоком обеспечивает тесный эмоциональный и психологический контакт малыша с мамой. При кормлении грудью рождаются удивительное чувство защищенности, близости и доверия, сохраняющееся на долгие годы. Ничто не сравнится с этими счастливыми минутами кормления, когда малыш дарит маме первые улыбки.

И, наконец, грудное молоко не надо готовить, оно стерильно и обладает необходимой температурой.

Грудное молоко

Грудное молоко — настолько удивительная штука, что достоинства любого другого продукта перед ним просто меркнут. К тому же, у каждой женщины молоко свое — особенное и неповторимое. Нет в мире ни одной женщины у которой молоко было бы одинаковым. Похожим - да, а вот одинаковым - нет. Так же не найдется ни одного ребенка, которому потребовалось бы молоко такое же, какое и другому малышу. Молоко все разное! И, тем не менее, его составляющие, его компоненты, практически одинаковые.

Так чего же такого полезного в этом самом материнском молоке? Почему все врачи, ученые и т.п., в один голос повторяют о необходимости грудного вскармливания? Для тех мам, кто до сих пор не знает или сомневается, а так же для тех, кто знает, но хочет знать еще больше, в очередной раз «Кенгуру» рассказывает о пользе грудного молока. Мы рассмотрим основные компо-

ненты этого древнейшего продукта питания и посмотрим, как каждый из них оказывает влияние на вашего ребенка.

Жиры

Из всех составляющих грудного молока это наиболее изменчивые ингредиенты. Содержание жиров в молоке изменяется не только соответственно росту крохи, но и даже в процессе одного кормления. В начале кормления молоко беднее жирами. Постепенно количество жиров увеличивается, пока, наконец, малыш не доберется до самых "сливок", - порции, содержащей самое большое количество жиров. Именно благодаря этой части молока, кроха насыщается и довольный перестает сосать. Если малышу просто хочется попить, то он пососет несколько минут и будет вполне удовлетворен, а уж если ребенку захотелось нормального, полноценного обеда, он будет сосать долго и интенсивно.

Жиры и мозг

Между прочим, жиры активно участвуют в развитии мозга. Особые жиры, так называемые незаменимые жирные кислоты, входят в состав жизненно важных компонентов миелина - оболочек нервных волокон, способствующих более быстрому прохождению импульсов. Роль этих жирных кислот так велика, что если в рационе матери их недостаточно, они начинают вырабатываться грудными железами и поступают в молоко сами.

Холестерин

Следующим по значимости компонентом семейства жиров является холестерин. И не стоит бояться. Ведь то, что вред для взрослого не всегда вред для малыша. Как и другие жиры, холестерин способствует формированию мозга. Подобно другим жирам, холестерин участвует в выработке основных гормонов, витамина D и желчи.

Много или мало?

После 1-2 месяцев вы интуитивно будете знать, что ребенок получает достаточно молока. Он станет тяжелее. Однако в первые пару недель это определить довольно трудно. Есть некоторые признаки, по которым можно судить, что ребенок получает достаточно молока.

Белки

Это основа для роста организма. Молоко содержит два основных белка: сывороточный белок и казеин. Первый очень легко усваивается кишечником человека. Второй участвует в створаживании молока, поэтому он несколько труднее усваивается кишечником. Грудное молоко содержит в основном сывороточный белок, а вот коровье и некоторые смеси содержат главным образом казеин. Поэтому естественно, что кишечнику маленького человечка грудное подходит больше. Он лучше поглощает белки грудного молока, быстро переваривает их и не выводит как неподходящую для себя пищу.

Кроме сывороточного белка, грудное молоко содержит и такие как: таурин (белок улучшающий развитие мозга и нервной системы) и лактоферрин. Последний транспортирует необходимое количество железа из молока - в кровь ребенка. А еще, этот особенный белок управляет содержанием бактерий в кишечнике ребенка. В нижнем отделе кишечника всегда есть полезные и вредные бактерии. Полезные бактерии оправдывают свое проживание в кишечнике разными способами, например, вырабатывают витамины. Вредные бактерии, если не сдерживать их развитие, могут размножаться настолько, что вызовут диарею. Помимо подавления вредных бактерий лактоферрин предотвращает развитие разного рода грибов, вырабатывающих токсины.

Витамины, минеральные соли и железо.

Эти вещества уникальны по своей высокой биологической ценности. Но запомните, что пищу делает качественной не большое число содержащихся в ней питательных веществ, а высокий процент поглощения их кишечником с последующим переходом в кровь. Витамины, минеральные соли, и железо грудного молока отличаются высокой биологической ценностью. Большая часть этих высокоэффективных веществ из вашего молока переходит в ткани ребенка. Это-то и помогает карапузу хорошо расти и правильно развиваться.

Лейкоциты

В каждой капле вашего молока содержатся миллионы крошечных белых кровяных клеток - лейкоцитов, которые циркулируют в кишечнике и разрушают вредные бактерии. В древности их еще называли белой кровью. Особенно много лейкоцитов в кишечнике в первые недели жизни, когда защитная система ребенка еще слабая. По мере совершенствования иммунной системы концентрация лейкоцитов в молоке постепенно уменьшается, но они присутствуют еще, по крайней мере, 6 месяцев после родов.

Помимо уничтожения инфекции, эти драгоценные клетки, подобно крови, сохраняют энзимы, являющиеся факторами роста, и белки, сражающиеся с инфекцией.

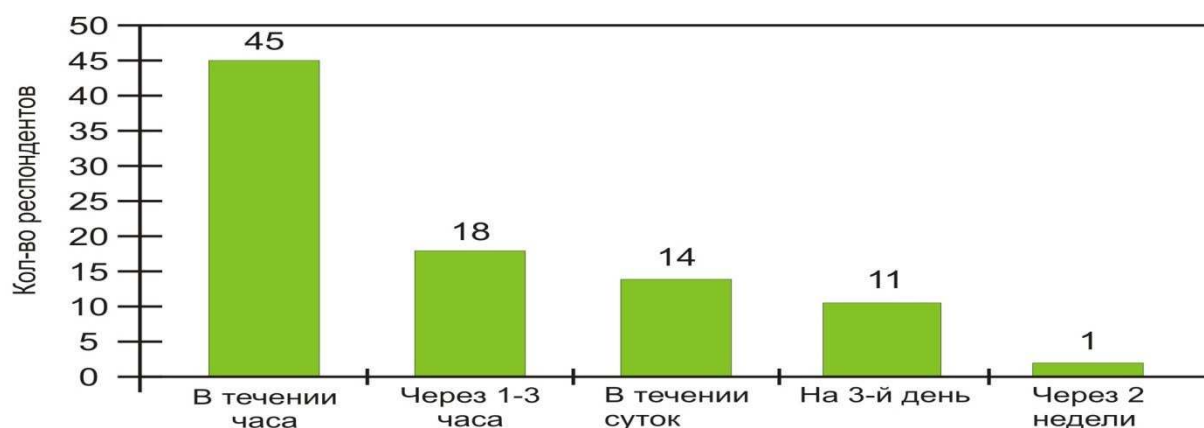


Рисунок 1. Первое прикладывание к груди

Преимущества грудного кормления для мам

1. Кормление грудью способствует сохранению хорошей фигуры. Сосание стимулирует выработку гормона окситоцина, который вызывает сокращения матки, возвращая ее в почти прежнее состояние. Мама формирует ребенка, ребенок возвращает маме ее фигуру. Грудное кормление не портит форму груди. Это беременность изменяет ее форму.

2. Грудное кормление способствует расслаблению и матери, и ребенка. Понаблюдайте за кормящей матерью. Обратите внимание, какой мягкой она становится, как малыш начинает мирно засыпать, как будто он получил снотворное. Ваше молоко содержит белок, вызывающий сон, который, вместе с уже описанным фактором насыщения, погружает его в спокойную дрему. Гормоны, высвобождающиеся в результате сосания,

успокаивают мать. Такое естественное умиротворение особенно полезно детям (и мамам), которые засыпают с трудом. Вот прекрасный пример взаимоотдачи, когда мы следуем естественному ходу вещей.

3. Кормление грудью помогает сохранить здоровье. У женщин, кормящих детей грудью, реже встречается рак молочной железы, что особенно важно, если в семье есть предрасположенность к этому заболеванию.

И последнее «за» - меркантильное. Дело в том, что дети, находящиеся на грудном вскармливании, в целом здоровее, а это означает меньшие расходы на медицинское обслуживание. Так что желаем вам подольше кормить кроху грудью. Кроха будет здоровее и денег потратится меньше.

Список использованной литературы:

1. <http://gritsenko-n-f.kazprom.net>
2. <http://www.detki.kz>

ПАРТНЕРСКИЕ РОДЫ

Кураметова Б.Г.

*Центральная районная больница Чуйского района
Джамбульской области, с.Толе би*

Партнерские роды — это всегда взвешенное решение, причем не только со стороны будущей мамы, но и со стороны того, кто будет с ней рядом в родильном доме.

Обязательные условия для партнерских родов: желание и согласие роженицы, желание и согласие будущего папы, совместная подготовка к родам, согласие медиков, принимающих роды, предварительная сдача анализов (в некоторых роддомах это входит в условия присутствия постороннего в родильном зале), наличие специальной одежды и тапочек, согласованность действий всех участ-

ников процесса родов.

Основным мотивом партнерских родов являются:

- Я хочу, чтобы родные (друзья) поняли, как мне тяжело, и относились после этого ко мне уважительнее, больше бы сочувствовали и помогали.

- Мне необходим человек, который будет руководить моими действиями, который напомним, как мне правильно себя вести и что делать во время родов.

- Присутствие мужа на родах нас сблизит еще больше и поможет папе сблизиться с ребенком как можно быстрее.

Стоит иметь в виду, что рассчитывать

на однозначно положительный ожидаемый результат не стоит, так как нельзя абсолютно точно предположить, каким будет поведение другого человека в экстремальной ситуации.

Следуя негативному опыту предшественниц, стоит отметить, что если роды вместе с мужем рассматриваются как способ решения каких-то внутрисемейных проблем, то это может нанести серьезный вред этим самым семейным отношениям.

Порождаемое видом страданий жены чувство вины у мужчины тоже не лучший вариант. Никто не любит в принципе чувствовать себя виноватым, тем более в таком тонком аспекте — ведь рождение ребенка мужчины считают и своей заслугой.

Мотивация: зачем это нужно партнеру?

Это такой же важный аспект, так как партнерские роды потому и являются партнерскими, что предполагают согласие в понимании целей и задач. Если есть принципиальное согласие и желание кого-то из близких быть вместе с вами на родах, выясните, что для них является приоритетным. Неплохо это даже попробовать посмотреть насколько ваши мотивы совпадают, четко сформулировать их устно или письменно.

Чем реально может помочь партнер на родах?

Посмотрим, что же помимо психологической поддержки, может сделать партнер?

Вы уже знаете, что роды включают три периода: схватки, потуги и рождение плаценты.

Первый период родов длится от начала первых схваток до полного раскрытия шейки матки. Самым трудным в первой фазе являются болезненные ощущения в области живота и крестца, связанные со схватками.

Что может сделать партнер?

Измерять частоту схваток. Время между схватками измеряется от начала одной схватки до начала следующей. Это очень важная для врачей информация, так как частота схваток свидетельствует о степени раскрытия шейки матки. Поддерживать спокойствие женщины и не дать ей

растеряться, так как в этой ранней фазе родов очень важна уверенность роженицы. Чтобы этого достичь, партнер должен быть спокойным. Помочь женщине расслабиться между схватками в процессе родов.

Выполнять вместе с роженицей физические упражнения, способствующие более быстрому и гармоничному протеканию процесса родов (ходьба гусиным шагом, на четвереньках, с высоко поднятыми коленями и т.д.).

Правильно дышать вместе с роженицей во время схваток, если ей это помогает.

Массировать живот или область низа живота, крестца роженицы (эти техники желательно изучить при подготовке к родам).

Напоминать женщине каждый час про мочеиспускание. Сопровождать будущую маму при поездке в роддом. Во втором периоде родов схватки становятся более продолжительными, сильными и частыми. В начале этой фазы вы должны быть уже в больнице. Второй период длится от полного раскрытия шейки матки до рождения ребенка. Во время этой стадии к схваткам присоединяются потуги — произвольные сокращения мышц передней брюшной стенки. Благодаря потугам голова ребенка идет вниз через малый таз.

Что может сделать партнер? Руководить дыханием, применяя принципы, изученные раньше. Во время потуг помогать, женщине занять удобную позу (голова согнута, подбородок у груди), если это необходимо. Держать ее за руку; вытирать пот, если она захочет. Периодически информировать будущую маму о том, как продвигается малыш.

Перерезать пуповину, руководствуясь указаниями акушерки. Во время третьего периода родов матка продолжает сокращаться, плацента отделяется от стенок матки, затем изгоняется — и роды закончились! Что может сделать партнер? Запечатлеть на фото или кинокамеру и роды, и первые минуты с новорожденным. Поздравить маму и поблагодарить врачей.

Как помочь партнеру избежать эмоционального потрясения?

К такому испытанию, как присутствие на родах, готовы далеко не все. Особенно это

касается мужчин. Идя вместе на роды, часть молодых пар попросту не представляют реальности родов. А отсутствие элементарной предродовой подготовки к такому важному шагу приводит порой к печальным последствиям: муж видит страдания жены, а помочь не может. Это большой стресс для мужчины, который чувствует себя ответственным.

Роды — это тяжелый труд для женщины. Но, зная об их специфике, о своей роли в них, мужчина, находясь рядом с женой, может значительно облегчить для нее процесс рождения малыша. От партнера в родах требуется конкретная помощь, облегчающая боль во время схваток, например массаж поясницы и живота, контроль правильности дыхания и многое другое, что требует серьезной предродовой подготовки. Поэтому подготовка партнера к родам должна стать такой же составной частью процесса, как подготовка будущей мамы. Это можно сделать на курсах по подготовке к родам.

А вот степень участия мужа в родах каждая пара должна определить сама. Находиться ли мужу в родильном зале во время потуг или зайти после рождения ребенка? Взять ли на роды сестру, подругу или профессионального психолога — каждый решает, исходя из своей индивидуальной ситуации. И помните: не стоит слепо следовать моде — особенно в таком серьезном вопросе, как партнерские роды.

Кто будет этим партнером?

В западной практике не редкость, когда нового члена семьи встречают кроме ставшего там обязательным папы старшие братья и сестры, бабушки и прочие родственники. Подобные «семейные» роды там давно не редкость и воспринимаются совершенно спокойно. В 1971 году на Международном конгрессе психосоматической медицины, прошедшем в Лондоне, доктор медицины Дж.Сасмор представила результаты исследований 45

тыс. родов, в том числе с участием мужей, в доказательство того, что присутствие любимого мужчины оберегает роженицу от чувства страха и одиночества, снимает эмоциональный стресс, укрепляет взаимопонимание пары. А как известно, психологический комфорт женщины во время родов — залог их успеха.

В наших условиях и традициях такая массовость еще не вошла в практику, тем более что условия роддомов не позволяют находиться в родзале такому количеству людей, кроме самих врачей.

Присутствовать на родах и поддерживать женщину морально и физически может не только муж, но и мама, сестра, иная любая родственница, подруга и т.д. Главное — достичь согласия с партнером и быть уверенным в том, что он будет соответствовать своему назначению.

Требования, предъявляемые к партнеру в родах:

Уверенность в себе, знание процесса родов и умение оказать поддержку (это и достигается специальной подготовкой). Партнер должен понимать, что нельзя паниковать, вступать в конфликты с медперсоналом, навязывать ему свою позицию, действовать вопреки желаниям и состоянию роженицы (скажем, настаивать на своем только потому, что с такими способами папа познакомился в том или ином источнике информации). Подстроиться под желания женщины и быть готовым, что на него могут обрушиться ее эмоции и даже гнев, и относиться к этому спокойно. Сегодня начинает практиковаться такая услуга, как сопровождение родов психологом.

Все функции партнера в родах он может взять на себя. Это тоже вариант, особенно в ситуации, когда женщина не хочет по той или иной причине присутствия близких на родах, но чувствует необходимость поддержки.

ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ЗАПОРА

Султамуратова А.Ж.,
КГКП Поликлиника №1, г.Павлодар

Наиболее часто встречающийся запор — функциональный. Выделяют три вида функционального запора:

1. Простой запор
2. Запор при гипокинезии кишечника
3. Запор без гипокинезии кишечника - синдром раздраженного кишечника

Причинами запора являются:

- Психические нарушения: депрессия, нервная анорексия
- Неврологические нарушения: инсульт, вегетативная нейропатия
- Побочное действие лекарственных средств и интоксикация
- Эндокринные болезни и нарушения обмена веществ: гипотиреоз, гиперкальциемия
- Функциональный запор: простой запор, гипокинезия кишечника, синдром раздраженной кишки
- Болезни ободочной кишки: злокачественные новообразования, дивертикулез, воспалительные заболевания, каловые камни
- Болезни прямой кишки: рак прямой кишки, трещина заднего прохода, геморрой
- Другие состояния: гипокинезия толстой кишки, коллагенозы.

Наиболее распространен простой запор, вызванный неправильным питанием и малоподвижным образом жизни. Кроме того, причиной простого запора могут быть подавление позывов к дефекации, плохие условия работы, непривычная пища во время дальних поездок. Постоянное подавление позывов к дефекации приводит к дисхезии - состоянию, когда повышается порог чувствительности к растяжению ампулы прямой кишки [1-2].

Лечение. После обследования и исключения органических причин запора

дают рекомендации по изменению питания и здоровому образу жизни.

Советы больному:

- Регулярно занимайтесь спортом, больше гуляйте.
- Не подавляйте позывы к дефекации. Старайтесь регулярно опорожнять кишечник, например: ежедневно после завтрака, делайте это не спеша.
- Избегайте постоянного приема слабительных и кодеина.
- Пейте больше воды и соков.
- Ешьте больше овощей, круп, хлеба с отрубями, свежих и сушеных фруктов.

В тех случаях, когда описанная выше диета неэффективна, рекомендуют ежедневно утром принимать отруби по 15-30 гр. вместе с фруктами или кукурузными хлопьями. При непереносимости отрубей показано медикаментозное лечение: осмотические слабительные, размягчающие слабительные, средства усиливающие перистальтику кишечника, гидрофильные средства, увеличивающие объем содержимого кишечника. Раннее обследование и лечение больных с запором ведет к ранней диагностике рака толстой кишки с благоприятным прогнозом.

Список использованной литературы:

1. Справочник врача общей практики // Дж.Мерта. - 1998. - С. 338, С. - 344.
2. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии. - 2000. - №5.

ТҰЖЫРЫМ

Ерте тексеру және ем ауру тиекпен қолайлы болжаумен жуан ішекке шаянға ерте диагностикаға жетектеп жатыр.

SUMMARY

The early inspection and treatment badly with bolt conducts to early diagnostic crayfish of thick intestine with favourable prognosis.

СИНДРОМ ДЛИТЕЛЬНОГО СДАВЛЕНИЯ

Ибрагимова К.С.

Станция скорой медицинской помощи, г.Алматы

Синдром длительного сдавления (краш-синдром) — одна из разновидностей токсических комбинированных миоглобинурий, возникающих при массовых травмах, во время стихийных бедствий, аварий, катастроф и т.д. Проявляется ишемическим поражением нервно-мышечного аппарата сдавленных частей тела пострадавшего с развитием в дальнейшем острой почечной, а иногда и полиорганной недостаточности.

Диагностика

Для более точного и своевременного установления диагноза особое внимание необходимо уделять сбору анамнеза. Следует выяснить обстоятельства начала заболевания, причины, вызвавшие нарушения сознания. Важно отметить положение, в котором был обнаружен пострадавший, детали, которые могут подтвердить возможное развитие синдрома длительного сдавления. Особое внимание надо обращать на характерные локальные изменения мягких тканей, которые могли быть подвергнуты компрессии при длительном бессознательном состоянии, на наличие пульсации на артериальных стволах поврежденной конечности.

Характерным признаком синдрома длительного сдавления является миоглобинурия (изменение цвета мочи), которая может проявиться уже на догоспитальном этапе, но может быть и не отмечена на раннем этапе распознавания заболевания.

Дифференциальную диагностику следует проводить с тромбофлебитом, но при этом нужно помнить, что при синдроме длительного сдавления отек нередко распространяется с пораженной конечности на другие участки тела (туловище, шею, нижние отделы передней брюшной стенки и т. д.).

Правила оказания помощи на догоспитальном этапе

Обезболивание:

- наркотические и ненаркотические анальгетики — возможно в сочетании с

антигистаминными препаратами (внутримышечно или внутривенно); наркотические анальгетики противопоказаны при подозрении на травму головы и органов брюшной полости;

- аутоанальгезия триленом (не более 0,4 % трилена через анальгизеры "Трилан" или "Трингал");

- анальгезия закисью азота (соотношение с кислородом 2:1 через маску наркозного аппарата);

- иммобилизация травмированных конечностей транспортными шинами (ЦИТО, Крамера) в физиологическом положении; по возможности перед иммобилизацией провести бинтование эластическим бинтом от периферии к центру; после иммобилизации охладить конечность с помощью пузырей со льдом.

Инфузионная терапия:

- пункция или катетеризация периферических или центральных вен;

- внутривенное введение реополиглюкина, полифера, желатиноля, НАЕ5-зБеп!, 5-10 % раствора глюкозы;

- объем и скорость инфузии должны быть такими, чтобы обеспечить поддержание артериального давления на уровне не ниже 90-100 мм рт.ст.;

- натрия гидрокарбонат 400-600 мл 4-5 % раствора внутривенно.

Борьба с гиперкоагуляцией:

- гепарин 5000 ЕД внутривенно капельно с одним из плазмозамещающих растворов;

- дезагреганты и реокорректоры (трентал 50-300 мг (1-6 мл), компламин 2 мл 15 % раствора, курантил 2-4 мл, папаверин 2 мл 2 % раствора, ацетилсалициловая кислота 0,5-1 г через рот);

- транспортировка в стационар на фоне продолжающейся инфузионной терапии.

При терминальном состоянии — базовая сердечно-легочная реанимация.

Основные опасности и осложнения:

- постановка ошибочного диагноза острой артериальной или венозной непроходимости, переломов костей конечностей;
- гиповолемия и падение уровня артериального давления;
- гиперкоагуляция, ДВС-синдром;
- острая почечная недостаточность;

Список использованной литературы:

1. Руководство для врачей скорой медицинской помощи/Под ред. В.А. Михайловича,

А.Г.Мирошниченко. – 4-е изд., переработ. и доп. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2007. – 808 с.: ил.

ТҰЖЫРЫМ

Берілген мақалада ұзақ жаншылу синдромының мәселелері қарастырылған.

SUMMARY

This article presents the problem of crush syndrome.

УТОПЛЕНИЕ**Бессонов В.В.***Станция скорой медицинской помощи, г.Алматы*

Утопление является одной из самых частых причин смерти людей молодого возраста. По виду и причинам различают первичное утопление — истинное, или "мокрое", а также асфиксическое, или "сухое", синкопальное утопление, смерть в воде, "кришок", а также вторичное утопление.

Истинное утопление составляет 85-95 % от всех несчастных случаев на воде. В основе его лежит аспирация больших количеств воды с последующим нарушением газообмена на уровне альвеол при сохранении анатомической целостности системы внешнего дыхания.

Следует различать истинное утопление в пресной и морской воде, однако характер патологических изменений в организме пострадавшего при этом различен только в первые минуты после утопления. Пресная вода, являясь гипотоническим раствором солей, в силу законов осмоса через 2-3 мин из альвеол и терминальных бронхиол проходит в сосудистое русло, поступает в систему кровообращения. Это приводит к гипervолемии и гемодилюции, гемолизу, гиперкалиемии, гипонатриемии, гипокальциемии и гипохлоремии. Последствия изменений состава крови, асфиксия могут привести к смерти пострадавшего от фибрилляции желудочков.

Морская вода представляет собой гипертонический раствор солей и, попадая в альвеолы, по законам осмоса забирает на себя жидкость и белки из сосудистого русла, отдавая собственные электролиты.

В результате этого в просвет альвеол поступают жидкая часть крови, белки плазмы, что сопровождается гемоконцентрацией, гиповолемией, снижением артериального и центрального венозного давления. Одновременно в кровь из морской воды поступают ионы калия, натрия, магния, кальция и хлора, что приводит к резкому увеличению их концентрации в сосудистом русле.

Через несколько минут после поступления воды в легкие происходит выравнивание градиента коллоидно-осмотического давления в альвеолах и кровеносном русле малого круга кровообращения и характер патологических изменений в организме (независимо от состава воды) сводится к отеку легких, гиперкалиемии, дыхательному и метаболическому ацидозу, гиповолемии и тяжелой гипоксии. Отек легких при утоплении в морской воде наступает быстрее, чем в пресной.

Асфиксическое (сухое) утопление происходит из-за возникновения острого рефлекторного спазма гортани и может стать

причиной асфиксии даже без аспирации воды в верхние дыхательные пути или при аспирации незначительного ее количества.

При синкопальном утоплении смерть пострадавшего наступает от первичной рефлекторной остановки сердца и дыхания вследствие попадания даже небольшого количества воды в верхние дыхательные пути на фоне резкого периферического сосудистого спазма. Причиной утопления может явиться и так называемый ледяной ("крио") шок, синдром погружения, связанный с резким перепадом температур.

Список использованной литературы:

1. Руководство для врачей скорой медицинской помощи/Под ред. В.А. Михайловича, А.Г.Мирошниченко. – 4-е изд., переработ. и доп. – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2007. – 808 с.: ил.

ТҰЖЫРЫМ

Берілген мақалада суға бату жағдайлары және оның түрлері көрсетілген.

SUMMARY

The article presents cases of drowning, and their views.

ҚАННЫҢ ТАМЫРІШІЛІК ШАШЫРАҢҚЫ ҰЮ СИНДРОМЫ

**Ниязова А.Б., Дегенбаева А.С., Мұхамбетова Р.Ө., Ибрагимова Қ.С.,
Мұрадов Р.А., Сихимова Д.А., Бессонов В.В., Қанабекова Г.Н., Абраменко О.Қ.,
Казихан А., Баутаева С.Р., Ескулова А.Н., Шакибаева А.М.**
Медициналық жедел жәрдем станциясы, ҰОСМ госпиталі, Алматы қаласы

Қанның тамырішілік шашыраңқы ұю синдромы – қанның тамыр арнасында шашыраңқы ұюынан ұсақ тамырлардың микробтармен бітелуіне, кейін гипоккоагуляция мен тромбоцитопенияға әкеліп соқтыратын гемостаздың бейспецификалық патологиясы. Тамырішілік шашыраңқы ұю синдромы жүре пайда болған коагулопатиялардың ең жиі себебі. Бұл синдром көптеген аурулардың барысын асқындырады.

Клиникалық көрінісі. Тамырішілік ұю синдромының клиникалық көрінісі осы ауруды тудырған негізгі аурудың көрінісіне тәуелді. Тамырішілік ұю синдромы жіті дамығанда гиперкоагуляциялық фазада, негізгі аурудың фонында, науқастың жағдайы күрт нашарлайды, гемокоагуляциялық немесе аралас шокқа немесе коллапсқа түседі, артериялық және орталық веноздық қысымдар төмендейді. Өкпе капиллярларының бітелуінен (блокталуынан) цианоз бен ентікпе пайда болады («шоктық өкпенің» көрінісі), ал аса ауыр жағдайларда өкпетекті жүректің дамуы

өлімге әкеледі. Орталық нерв жүйесінің зақымдануынан өтпелі құрысулар, ұсақ ошақты энцефалопатияның белгілері болады, кейде науқастар комаға түседі. Бұл фазаның ұзақтығы әртүрлі, әдетте хирургиялық, акушерлік ауруларда қысқа болса, терапиялық ауруларда ұзаққа созылады, ал шоктарда жасырын өтеді.

Гиперкоагуляциялық фазаның созылықты түрінде оның клиникалық белгілері айқын көрінбейді немесе негізгі аурудың көрінісімен бүркеледі. Гиперкоагуляциялық фаза біршама уақыттан кейін гипоккоагуляциялық фазаға ауысады. Бұл кезде геморрагиялық синдром пайда болады: петехиялар, көлемі әртүрлі қанталау дақтары, экхимоздар, гематомалар. Науқастардың көбінде мұрын, қызыл иек қанайды, жатырдан қан кетеді. Ауыр түрінде бүйректен, асқорыту жолынан, операциялық тіліктерден қан тоқтаусыз кетеді. Ауыр постгеморрагиялық анемия дамиды. Тамырішілік ұю синдромының жіті барысында басында пайда болған гемокоагуляциялық шок геморрагиялық шокқа ұласады.

Жүре бара фибринэмболизмнің, микроциркуляциялық бұзылыстардың салдарынан бүйрекүсті безінің жедел шамасыздығы, игепатореналдік синдром, ұсақ ошақты энцефалопатия пайда болады. Бүйрек функциясының бұзылысынан олигурия, азотемия, кейде кортикалдік некроз дамиды. Барысына қарай тамырішілік ұю синдромының жедел, жеделдеу, созылмалы түрлерін айырады. Жедел түрі бір тәуліктің көлемінде дамиды. Жеделдеу түрінде гемокоагуляциялық бұзылыстардың дамуы бірнеше тәулікке, аптаға созылады. Созылмалы тамырішілік ұю синдромы айлап, жылдап дамиды, мәселен гестозда, созылмалы гломерулонефриттерде.

Диагностикасы. Тамырішілік ұю синдромының дамуы негізгі аурудың клиникасының өзгеруінен байқалады — геморрагиялық синдромның, ағзалардың функциялық шамасыздығының пайда болуынан. Тамырішілік ұю синдромы жаңа

басталған кезінде тромбоциттердің саны қалыпты немесе сәл төмен, бірақ бұлардың адгезиялық және агрегациялық қасиеттері жоғарылайды. Фибриннің деңгейі биіктейді, активтендірілген жартылай тромбопластиндік уақыты қысқарады, фибринолиздің активтілігі төмендейді. Тромбтардың түзілу кезінде және жұмсалыу коагулопатиясы дамыған уақытта тромбоциттердің саны азаяды, фибриногеннің деңгейі төмендейді. Геморрагиялар пайда болған кезде тромбоциттердің саны өте аз және фибринолиздің активтілігі жоғарылайды.

РЕЗЮМЕ

В данной статье представлены проблемы внутрисосудистого свертывания крови.

ТҰЖЫРЫМ

This article presents the problems of intravascular coagulation.

СТРАНГУЛЯЦИОННАЯ АСФИКСИЯ

**Ниязова А.Б., Дегенбаева А.С., Бессонов В.В., Мухамбетова Р.У., Абраменко О.К.,
Казихан А., Ибрагимова К.С., Сихимова Д.А., Канабекова Г.Н.,
Мурадов Р.А., Баутаева С.Р., Ескулова А.Н.**

Станция скорой медицинской помощи, г.Алматы

Странгуляционная асфиксия (удушение) является одной из разновидностей острого нарушения проходимости дыхательных путей и возникает при прямом сдавлении трахеи, сосудов и нервных стволов шеи. В большинстве случаев странгуляционная асфиксия — результат самоповешения, суицидных попыток, чаще у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом или же психическими заболеваниями. Странгуляционная асфиксия характеризуется быстро наступающими расстройствами газообмена по типу гипоксемии и гиперкапнии, кратковременным спазмом сосудов мозга, а затем стойким их расширением и резким

повышением венозного давления. Повышение венозного давления в бассейне сосудов мозга приводит к глубоким нарушениям мозгового кровообращения, диффузным кровоизлияниям в вещество мозга, развитию гипоксической энцефалопатии.

Процесс умирания от странгуляционной асфиксии можно разделить на четыре стадии, каждая из которых продолжается несколько секунд или минут.

Для I стадии характерны сохранение сознания, глубокое и частое дыхание с участием всей вспомогательной мускулатуры, прогрессирующий цианоз кожи, тахикардия, повышение артериального и венозного да-

вления.

Во II стадии сознание утрачивается, развиваются судороги, отмечается непроизвольное моче- и калоотделение, дыхание становится редким.

В III стадии происходит остановка дыхания продолжительностью от нескольких секунд до 1-2 мин (терминальная пауза).

В IV стадии агональное дыхание переходит в полную его остановку и наступает смерть.

Странгуляция продолжительностью более 7-8 мин абсолютно смертельна. Течение постасфиксического периода зависит не только от длительности сдавления шеи, но и от локализации странгуляционной борозды, механических свойств материала петли, ширины полосы сдавления, соответствующих повреждений органов шеи.

При локализации странгуляционной борозды выше гортани процесс умирания развивается очень быстро ввиду рефлекторной остановки дыхания и сердечно-сосудистого коллапса как результата прямого сдавления петель каротидных синусов.

В последующем из-за нарушения венозного оттока от головного мозга и развития гипоксической гипоксии присоединяются тяжелая внутричерепная гипертензия и гипоксия мозговой ткани.

Если странгуляционная борозда располагается ниже гортани, то еще некоторое время сохраняется способность к осознанным действиям, так как быстрых расстройств жизненно важных функций не наступает, однако прием перед повешением алкоголя, снотворных и других средств исключает возможность самоспасения.

Последовательность оказания неотложной помощи на месте происшествия и при транспортировке в стационар:

- освобождение шеи пострадавшего от сдавливающей петли;
- обеспечение проходимости дыхательных путей;
- при отсутствии сознания, дыхания, кровообращения — сердечно-легочная реанимация в полном объеме;

- пункция вены;
- при технических сложностях интубации трахеи — коникотомия;
- при регургитации — прием Селлика и вакуумные отсосы;
- при аспирации — срочная интубация трахеи с промыванием 4 % раствором натрия гидрокарбоната;
- ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции с 60-70 % содержанием кислорода во вдыхаемой смеси;
- натрия гидрокарбонат 4 % 200 мл внутривенно;
- при сохраненной удовлетворительной сердечной деятельности и судорогах — натрия оксибутират 20 %-10 мл, тиопентал натрия 1 %-10 мл в одном шприце внутривенно (под контролем дыхания или на фоне ИВЛ);
- бензодиазепины (диазепам, седуксен, реланиум и пр.) 0,2-0,3 мг/кг в комбинации с натрия оксибутиратом 80-100 мг/кг внутривенно;
- реополиглюкин, 5-10 % раствор глюкозы внутривенно;
- противоотечная терапия головного мозга: глюкокортикоидные гормоны в пересчете на 60-90 мг преднизолона внутривенно, фуросемид 20-40 мг внутривенно;
- транспортировка в стационар с продолжающейся ИВЛ и инфузионной терапией, наложенным шейным воротником-шиной.

Список использованной литературы:

1. Руководство для врачей скорой медицинской помощи/Под ред. В.А. Михайловича, А.Г.Мирошниченко. — 4-е изд., переработ. и доп. — СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2007. — 808 с.: ил.

ТУЖЫРЫМ

Берілген мақалада странгуляциялық асфиксия мәселелері келтірілген.

SUMMARY

This article presents the problem of strangulation asphyxia.

ОБУЧЕНИЕ МЕТОДАМ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА СРЕДИ СЛУШАТЕЛЕЙ АЛМАТИНСКОЙ АКАДЕМИИ МВД РК

Дуненбаева А.Ш.

Алматинская академия МВД РК, г.Алматы

Работа врача-стоматолога Алматинской академии МВД РК в основном направлена на лечебно-профилактическую деятельность среди организованного контингента слушателей I-IV курсов.

Все профилактические мероприятия осуществляются на базе специально оборудованного помещения с уголком гигиены в расположении медицинской части академии.

Руководство академии в установленном порядке выделяет средства для оборудования уголка гигиены и организует выделение специальных учебных часов в свободное от основного учебного процесса время.

После оборудования уголка гигиены полости рта врач-стоматолог вместе с медсестрой составляет план работы и расписание уроков гигиены, тематика которых разнообразна. Особенностью расписания уроков гигиены является индивидуальное распределение слушателей по времени и группам.

Врач-стоматолог фиксирует периодичность проведения уроков гигиены и результаты обучения. Уголок гигиены и профилактики рассчитан на 10 человек и размещен вблизи стоматологического кабинета.

Уголок гигиены включает несколько функционально-ориентированных зон:

1. Зона активного обучения рациональным методам гигиены полости рта оснащена 10 раковинами на высоте не более 70 см от уровня пола и соответствующим количеством больших зеркал над раковинами. Сверху над зеркалами должны быть размещены красочно оформленные правила ухода за полостью рта, на видном месте - демонстрационная зубная щетка больших размеров и увеличенная модель челюстей.

2. Зона активной информации - лекционная аудитория на 150 посадочных

мест в центре комнаты и профилактики, для проведения активных форм санитарно-просветительной работы предусмотрены макеты и демонстрационные плакаты.

3. Зона пассивной информации размещена на свободных стенах коридоров медицинской службы, где предусматривается вывешивание плакатов и памяток о средствах, предметах и методах гигиены и профилактики.

4. Профилактико-гигиеническая зона предусмотрена в кабинете врача-стоматолога, где установлен шкаф с ячейками для размещения индивидуальных средств и предметов гигиены полости рта.

5. Зона обследования и контроля эффективности гигиены и профилактики включает установку и оснащение рабочего места стоматолога (универсальная бормашина с подводкой воды и канализацией, кресло, столик и т.д.), где можно осуществлять качественное обследование состояния полости рта до и в процессе гигиенических и профилактических мероприятий.

Урок гигиены обычно занимает 45 минут и включает обучение методам гигиены полости рта. Структура урока гигиены строится в соответствии с задачами обучения:

I этап - мотивация,

II этап - выбор средств и методов гигиены,

III этап - практическое обучение выбранному методу гигиены.

Для мотивации слушателей проводится индивидуальная беседа с целью убеждения пациента в следующих аспектах гигиены полости рта:

- проблема больных зубов имеет прямое отношение к нему в настоящем (пациенту демонстрируют проблемы в его полости рта при помощи зеркала) или в будущем (в качестве аргументов приводят статистические данные по региону);

- здоровые зубы лучше, чем больные (говорят об отсутствии дискомфорта и боли, о красоте, о возможности не отказываться от какой-либо пищи, о сохранении здоровья желудка, о профессиональной пригодности, об экономии средств на лечении и протезировании и т.п. При этом стараются делать акцент не на потерях, а на выгоде);

- здоровье зубов можно сохранить средствами стоматологической помощи, используя современные знания и относительно недорогие эффективные профилактические средства (приводят примеры успеха на различных уровнях, ссылаются на достижения в семьях своих постоянных пациентов);

- заболевания зубов связаны с множеством различных факторов (перечисляют системные и общие факторы риска), но не все из них человек может радикально искоренить; практически можно снизить агрессивность основной причины патологии – инфицированных зубных отложений; зубной налет разрушает зубы (рассказывают о механизмах деминерализации, о деструкции тканей, о возможных исходах разрушения зуба);

- зубной налет в данный момент атакует зубы пациента (демонстрируют его зубной налет на зонде, на флоссе, на зубах после окрашивания).

Результатом этапа мотивации должно быть возникновение у пациента желания сейчас же избавиться от зубных отложений.

На втором этапе выбора средств и методов гигиены врач-стоматолог сообщает пациенту о том, какая щетка, паста, флоссы и другие средства гигиены необходимы в его индивидуальном случае для эффективной чистки зубов. Полезно иметь в кабинете образцы средств гигиены, что позволяет пациенту сравнить имеющиеся у него средства с нужными и зрительно закрепляет мотивацию. Врач рекомендует пациенту нужную щетку, пасту, флоссы.

На этапе обучения методам чистки зубов используют две основные методики:

а) демонстрационное обучение на модели;

б) практическое обучение в полости рта (контролируемая чистка зубов).

В оптимальном случае обучение начинают с демонстрации на модели, а затем закрепляют пройденное в ходе практического обучения.

Прежде чем обучать слушателя новым методам чистки, следует выяснить, на каком уровне находятся его гигиенические навыки и на этой основе составить план коррекции привычных движений и обучения новым элементам.

Диагностика может быть проведена как при помощи модели, так и в ходе реальной чистки зубов. В первом случае слушателю дают щетку, модель и просят показать, как именно он обычно чистит зубы. Врач обращает внимание на то, как пациент удерживает в руке щетку, направление и количество движений на каждой поверхности каждой группы зубов, на величину давления на щетку. Врач абсолютно доброжелательно выявляет ошибки и разъясняет их негативные последствия, ссылаясь на те проблемы, которые слушатель уже видел у себя во рту, но ни в коем случае не упрекает его в невежестве. Затем врач показывает на модели, какие изменения нужно внести в технологию движений и просит слушателя повторить нововведения на той же модели.

Контролируемая чистка зубов щеткой состоит из нескольких этапов:

1) окрашивание зубных отложений стойким красителем;

2) чистка зубов привычными слушателю методами (врач наблюдает за действиями слушателя для того, чтобы выявить конкретные изъяны и затем внести уместные, конкретные предложения);

3) определение качества чистки зубов;

4) предложение необходимых изменений, разъяснение их преимуществ и технологии;

5) апробация слушателем нововведений в полости рта под наблюдением и при активном участии врача;

6) определение качества чистки зубов новыми методами;

Однако урока гигиены, как правило, для эффективного обучения недостаточно. В последующие визиты проводится контролируемая чистка зубов и анализ

достижений и упущений слушателя; ему демонстрируют видимое улучшение ситуации в полости рта.

Изложенная методика обучения гигиене полости рта среди слушателей Алматинской академии МБД РК способствует снижению прироста кариеса, что направляет слушателей на дальнейшие усилия по соблюдению гигиены полости рта, правильному питанию, а также к своевременному посещению врача-стоматолога.

ТҰЖЫРЫМ

Осы мақалада ҚР ІІМ Алматы академиясының тыңдаушыларына ауыз қуысы гигиенасының тиімді әдістерін оқыту барысында тіс дәрігерінің дәрігерлік қызметінде жүзеге асыратын негізгі практикалық іс-шаралары келтірілген.

SUMMARY

This article describes core practices as exercised by a doctor of dentistry in the course of one's medical practice during classes on effective oral cavity care for oral hygiene of the students of Almaty Academy of the Interior of the Republic of Kazakhstan.

ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ПИТАНИЯ. ПРАВИЛА ГИГИЕНЫ ПИТАНИЯ.

Нурбаев М.М.

РГКП «Центр санитарно – эпидемиологической экспертизы», г.Алматы

Вопросы питания стоят сегодня в центре внимания медицины. Во всех странах постоянно возрастает интерес к ним самых различных слоёв населения, научных работников и государственных органов.

Это связано, прежде всего, с тем, что уже сейчас на нашей планете ощущается весьма значительный недостаток пищевых продуктов в целом и белковых в частности.

Около 60% населения земного шара, преимущественно в слаборазвитых странах Юго-Восточной Азии, Африки и Латинской Америки, получают неполноценное питание в результате недостаточного потребления белков животного происхождения. 15 % населения страдают от недостаточного питания в связи со сниженным содержанием белков и калорий в пищевом рационе.

Проблема питания включена в число важнейших глобальных проблем, которые выдвинуты ООН перед человечеством наряду с такими проблемами, как охрана окружающей среды, обеспечение энергией и др.

Быстрое увеличение численности населения земного шара требует соответствующего роста производства пищевых ресурсов и продуктов питания – это одна из

главных проблем, определяющих прогресс земной цивилизации.

Вместе с тем огромное значение придаётся сейчас взаимосвязи питания и здоровья в странах с высоким уровнем жизни, где очень большая часть населения страдает от болезней, приобретённых в результате неправильного питания, одной из разновидностей которого является переедание.

Увеличение производства разнообразных пищевых продуктов со всей очевидностью ставит перед нами проблему гигиены питания, т.е. разумного использования и потребления продуктов в интересах здоровья народа.

Основные функции питания

Всем известно, что питание абсолютно необходимо для поддержания жизни. Научкой твёрдо установлены три функции питания.

Первая функция заключается в снабжении организм энергией. В этом смысле человека можно сравнить с любой машиной, совершающей работу, но требующей для этого поступления топлива.

Рациональное питание предусматри-

вает примерный баланс поступающей в организм энергии и расходуемой на обеспечение процессов жизнедеятельности.

Вторая функция питания заключается в снабжении организма пластическими веществами, к которым, прежде всего, относятся белки, в меньшей степени – минеральные вещества, жиры и в ещё меньшей степени – углеводы. В процессе жизнедеятельности в организме человека постоянно разрушаются одни клетки и внутриклеточные структуры и вместо них появляются другие. Строительным материалом для создания новых клеток и внутриклеточных структур являются химические вещества, входящие в состав пищевых продуктов. Потребность в пластических веществах пищи варьирует в зависимости от возраста: у детей такая потребность повышена (ведь у них она используется не только для замены разрушенных клеток и внутриклеточных структур, но и для осуществления процессов роста), а у пожилых людей понижена.

Наконец, третья функция питания заключается в снабжении организма биологически активными веществами, необходимыми для регуляции процессов жизнедеятельности. Ферменты и большинство гормонов – регуляторы химических процессов, протекающих в организме, – синтезируются самим организмом. Однако некоторые коферменты (необходимая составная часть ферментов), без которых ферменты не могут проявлять свою активность, а также некоторые гормоны организм человека может синтезировать только из специальных предшественников, находящихся в пище. Этими предшественниками являются витамины, присутствующие в продуктах питания.

Сравнительно недавно появились данные о существовании ещё одной (четвёртой) функции питания, которая заключается в выработке иммунитета. Было установлено, что величина иммунного ответа на инфекцию зависит от качества питания и, особенно от достаточного содержания в пище калорий, полноценных белков и витаминов.

При недостаточном питании снижается общий иммунитет и уменьшается сопротивляемость организма самым различным

инфекциям. И наоборот, полноценное питание с достаточным содержанием белков, жиров, витаминов и калорий усиливает иммунитет и повышает сопротивляемость инфекциям.

Правила гигиены питания

Сколько химических веществ расходует организм человека в процессе жизнедеятельности, столько же должно поступать их с продуктами питания.

Однако в процессе обмена одни вещества могут переходить в другие. При этом большинство из них может синтезироваться в организме, тогда как некоторые являются как бы исходными: они не могут синтезироваться и должны обязательно поступать с пищей. Отсюда все пищевые вещества делятся на заменимые и незаменимые.

К последним относятся незаменимые аминокислоты (валин, лизин, метионин), незаменимые жирные кислоты (линолевая), витамины и минеральные вещества.

Питание находится в тесной связи с процессами обмена веществ. При этом особая роль отводится незаменимым факторам питания.

Рациональное питание должно основываться на теории сбалансированного питания и предусматривать правильный режим потребления пищи. Необходимо знать и соблюдать три правила гигиены питания: умеренность, разнообразие, режим приема пищи.

Умеренность в питании необходима для соблюдения баланса между поступающей пищей и расходуемой в процессе жизнедеятельности энергии.

Расход энергии в организме осуществляется тремя путями: в результате так называемого основного обмена, специфического динамического действия пищи и мышечной деятельности.

Основной обмен – это минимальное количество энергии, которое необходимо человеку для поддержания жизни в состоянии полного покоя. Такой обмен обычно бывает во время сна в комфортных условиях.

Специфическое динамическое действие пищи обусловлено ее перевариванием в желудочно-кишечном тракте человека. Наи-

большой расход энергии вызывает переваривание белков, которое увеличивает интенсивность основного обмена обычно на 30-40 процентов. Прием с пищей жиров повышает основной обмен на 4-14 процентов, углеводов на 4-7 процентов. Даже чай и кофе вызывают повышение основного обмена в пределах 8 процентов.

Физическая деятельность оказывает существенное влияние на расход энергии в организме человека. Чем больше физическая активность, тем больше энергии тратит организм человека.

Если масса тела человека больше стандартной, то энерготраты при указанных видах деятельности пропорционально увеличиваются, если меньше – снижаются.

Разнообразие – в пище должен присутствовать большой набор биологически активных веществ, так как каждый продукт содержит определенную часть веществ, которые не встречаются в других продуктах.

Энергетическая ценность питания зависит от входящих в его состав белков, жиров и углеводов. Углеводы поставляют преимущественно энергию, тогда как жиры и особенно белки не только снабжают организм энергией, но и являются необходимым материалом для обновления клеточных и субклеточных структур.

Какова же приблизительная суточная потребность взрослого человека, занимающегося легким физическим трудом, в энергетической ценности пищи, в белках, жирах и углеводах? Пищевой рацион должен содержать 80-90 г белков, 100-150 г жиров, 360-400 г углеводов, энергетическая ценность его должна составлять 2750-2800 ккал.

Пища человека должна быть разнообразной и включать различные продукты. Время от времени появляется какое-либо новомодное представление о вреде то сахара, то соли, то мяса, то продуктов, содержащих большое количество холестерина (яйца). Если свести воедино все эти «рекомендации», выяснится, что вредно вообще есть что-либо, кроме чёрного хлеба, и пить что-либо, кроме воды. Однако многовековой опыт человечества отобрал всё ценное в пище, что может быть полезным для орга-

низма. Рацион должен отвечать следующим требованиям:

- Обеспечивать постоянство массы тела и соответствие её возрастным нормативам (с учётом характера телосложения);
- Покрывать все энерготраты организма, обеспечивая необходимые виды деятельности;
- Обеспечивать нормальную работу органов пищеварения (для этого важно правильное соотношение высококалорийных, малообъемных продуктов и малокалорийных, содержащих большое количество клетчатки, стимулирующей работу кишечника).

При этом, как уже говорилось, рацион должен быть, по мере возможности, максимально разнообразным, без акцента на мучное, жирное, солёное. В зимне-весенний период следует специальное внимание обращать на содержание в пище свежей зелени и овощей (моркови, капусты, которые следует употреблять в сыром виде).

Режим питания человека обычно регулируется аппетитом. Каждому знакомо чувство голода, которое сигнализирует о том, что организму человека для правильной жизнедеятельности важно получить новую порцию пищи, несущую истраченные в процессе обмена веществ энергию, пластические вещества, витамины и минеральные вещества.

Необходимо иметь ввиду, что в результате определенной инерции возбуждение пищевого центра аппетита сохраняется еще некоторое время даже после приема пищи. Это связано с необходимостью переваривания и всасывания пищевых веществ. И только после начала поступления их в кровь возбуждение пищевого центра начинает сменяться его торможением. Следовательно, аппетит надо обязательно принимать во внимание, но при этом не забывать о том, что он может серьезно подвести, если не контролировать количество потребляемой пищи.

В основе гигиены питания лежит режим питания. Он состоит из трех основных принципов:

1. Постоянство приема пищи по часам суток, предполагает равномерное потре-

ние пищи небольшими порциями.

2. Максимальное соблюдение сбалансированности пищевых веществ при каждом приеме пищи. Это значит, что набор продуктов при каждом основном приеме пищи (завтрак, обед, ужин) должен доставлять организму человека белки, жиры, углеводы, а также витамины и минеральные вещества в рациональном соотношении.

3. Правильное физиологическое распределение количества пищи по ее приемам в течение дня.

Наиболее полезен такой режим, когда на завтрак приходится около трети общего количества суточного рациона, на обед – несколько более трети и на ужин – менее трети.

К режиму питания не следует относиться как к догме. Меняющиеся жизненные условия могут вносить в него свои поправки. Более того, некоторые изменения в режим

питания нужно вносить время от времени специально, с целью тренировки пищеварительной системы.

Однако, как и при тренировки других органов и систем нельзя допускать слишком резких изменения в режиме питания.

ТҰЖЫРЫМ

Гигиеналық тамақтану ережелерімен ақпараттандыру адамның физиологиялық талаптарымен қанағаттандырып қана қоймай, оның денсаулығын сақтап қалуға, қоршаған ортаның, еңбек және турмыс талаптарының жағымсыз факторларға төтеп беруін қамтамасыз етеді.

SUMMARY

Hygienic awareness about nutrition regulations ensures to a human satisfaction; not only in his physiological needs, but also permits to preserve his healthiness as well resistance from unfavorable environmental factors, in labor process and home conditions.

ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ ПРОБЛЕМАЛАРЫ

Иманбекова Г.М.

Жамбыл облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы, Тараз қаласы

Туберкулез ауруы адамзат қауымына ежелгі заманнан белгілі. Оны емдеу, алдын алу мәселелері жаңа технологиялармен толықтырылып, жылдан жылға жетілдірілуде. Соған қарамастан бүгінгі күні туберкулез ауруы алдыңғы қатарлы дамыған елдердің және бүкілдүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының ең күрделі мәселелерінің біріне айналып, әлем ғалымдарын ойландырып отыр. Жер шарында тек туберкулез ауруымен жылында 9 миллион адам жаңадан тіркелсе, 2 миллион адам осы аурудан көз жұмады. Сондай ақ бұл аурудың халық экономикасына тигізер зардабы да айтарлықтай. Туберкулез ауруымен көбіне 15-50 жас аралығындағы жұмысқа қабілетті жастағы адамдар ауырады.

Бүгінгі күні ғалымдарды ойландырып отырған мәселе - өкімет тарапынан туберкулез ауруын емдеу үшін тегін дәрілер бөлініп, тегін тексерулер жүргізіліп отыр, жыл сайын миллиондаған қаржы бөлінеді, туберкулезге қарсы диспансерлер жаңа үлгідегі құралдармен жабдықталуда, бірақ, туберкулез ауруы азаяр емес. Бұның себебі неде? Және оны қалай тоқтатуға болады?

Біріншіден, туберкулез жұқпалы ауру. Екіншіден туберкулез ауруы туралы, оның жұғу жолдары және алдын алу жолдары туралы біздің тұрғындарымыздың сауаттылығы өте төмен.

Туберкулез адам ағзасына туберкулез қоздырғышы бар Кох таяқшасының енуі арқылы пайда болатын жұқпалы ауру болып

табылады. Туберкулез таяқшасынан ең көп зардап шегетін ағза ол өкпе, кей жағдайларда ми, сүйек, бүйрек, лимфа түйіндері және тағы басқа да мүшелер туберкулез ауруына шалдығуы мүмкін. Егер аурудың белгілерін өз уақытысында тауып, тиімді емделсе, туберкулез ауруынан толық сауығуға болатыны бүгінгі таңда дәлелденіп отырған мәселелердің бірі.

Туберкулез ауруы негізінде ауа тамшылары арқылы жұғады, Кох таяқшалары үлкен тұрақтылықпен ерекшеленеді. Күннің көзі жоқ табиғи жағдайда көше шаңында екі жетіге дейін, кітап беттерінде үш айға дейін, қарда бірнеше жылға дейін оның өміршеңдігі сақталады. Тікелей түскен күн сәулесі туберкулез таяқшаларын 5 минут ішінде өлтіреді. Туберкулез ауруын кез-келген жаста жұқтырып алу қаупі өте басым, айта кететіні қорғаныш қабілеті толық қалыптаспаған жас балалар мен қорғаныш қабілеті төмендеген ересектер үшін бұл өте қауіпті. Темекі шегу, алкогольді ішімдіктерді қолдану, дұрыс тамақтанбау: бұлар қорғаныш қабілетінің төмендеуінің басты себептері, яғни туберкулез ауруына алып баратын бірден-бір жол.

Туберкулез ауруының белгілері: 2 аптадан артық жөтелу, тәбетін және салмағын жоғалту, дене қызуының көтерілуі, түнде терлеу, әлсіздік, кеуде қуысының ауыруы сияқты болып келеді. Адамдар бұл белгі түрлеріне көбіне көңіл аудармайды немесе дәрігердің көмегісіз өзіне-өзі ем жасаумен айналысады. Бүгінгі күні туберкулез ауруының белгісін анықтаудың басым бағыты қақырықты микроскоп арқылы Кох таяқшасына тексеру, сондай-ақ флюорография және рентгенография жасау. Осындай тәсілдермен туберкулез ауруын ертерек анықтау аурудан тезірек айығудың яғни алдын алудың бірден-бір жолы болып табылады.

Туберкулездің алдын алу жолдары: туберкулез ауруымен жасына, жынысына, әлеуметтік сипатына қарамай әрбір адам ауыруы мүмкін. Бірақ денсаулығы мықты жандар сирек ауырады яғни салауатты өмір салтын ұстану, дене шынықтыру белсенділігін арттыру, уақытында толыққанды тынығу, қоршаған орта тазалығын сақтау,

темекі шегуден, алкогольді ішімдіктерді, есірткі қолданудан бас тарту, жеке гигиена ережелерін сақтау сіздің туберкулезбен ауырмауыңыздың кепілі!

- Тұрғындардың 26 пайызға жуығы, туберкулездің жұқпалы түрімен ауыратын науқас адам бойындағы жұқпасын жылына 10-15 адамға дейін жұқтыратындығынан және аурудың ауа-тамшылары арқылы жұғатындығынан бей мәлім;

- Ауру белгілерін жақсы білетін және туберкулезден күдіктенетін, бойында туберкулез ауруының белгілері пайда бола бастаған әрбір бесінші науқас жауап алу кезінде медициналық көмекке келмегендігін көрсетті. Соның ішінде жастар қауымы да туберкулезді жұқтыру жолдарын, анықталған ауруды емдеу мен тегін диагностикалық тексерістен өтуге болатындығын жақсы біле бермейді.

Облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы мамандарымен облыстың барлық елді мекендерінде туберкулез ауруының алдын алуға бағытталған жалпы тұрғындарды, соның ішінде мақсатты топты көптеп қамти отырып, жыл сайын айлық жарияланып ақпараттандыру, насихат, жұмыстары жүргізіледі.

Туберкулездің алдын алу Қазақстан Республикасындағы денсаулық сақтауды дамытуға бағытталған “Саламатты Қазақстан” 2011-2015 жылдарға мемлекеттік бағдарламасында басым бағыттардың бірі ретінде көрсетілген.

Үстіміздегі 2011 жылы “Саламатты Қазақстан” 2011-2015 жылдарға арналған бағдарламасына сай келесі іс-шараларды өткізу жоспарлануда.

1. Тұрғындардың соның ішінде мақсатты топтың, туберкулез ауруының алдын алуға бағытталған іс-шараларға қатысуын қамтамасыз ете отырып қауіпті факторларға, туберкулездің негізгі белгілері мен жұғу жолдарына назарын аудару.

2. Туберкулездің алдын алу шараларына медицина қызметкерлерін, барлық тұрғындарды жұмылдыру.

3. Туберкулездің алдын алу мен алғашқы белгілері, отбасындағы туберкулез науқасының күтімі жайында тұрғындардың білімін жетілдіру.

4. Туберкулездің алдын алу мақсатында салауатты өмір салтын ұстануға, қоғамдық және жеке басының гигиена ережелерін сақтауға, міндетті түрде туберкулезге қарсы екпені уақытында қабылдауға, жыл сайын флюорографиялық тексерістен өтуге шақыру.

Күтілетін нәтиже: Айлық өткен соң жалпы облыс тұрғындарының, оның ішінде мақсатты топтың туберкулез ауруына деген көзқарастары қалыптасып, алдын алу, қауіпті факторлармен күресе білу, туберкулезге қарсы ерікті тексеріліп тұруы, салғырттыққа жол бермеу жалпы тұрғындардың ақпараттануы мен білімі көтеріледі деп күтілуде.

SUMMARY

Prophylaxes of tuberculosis are one of priority directions of government program of development

of public health of RK «Salauatty Kazakhstan» to 2011- 2015. For execution of this program planning to lead the programs coursed to descent treatments of tuberculosis. Also this is information of population about ways of casting, first signs and especially, prophylaxes of tuberculosis.

ТҰЖЫРЫМ

Туберкулездің алдын алуы 2011-2015 жылдағы ҚР «Салауатты Қазақстан» Мемлекеттік бағдарламаның денсаулық сақтауын дамыту жолында басым бағыттарының бірі. Бұл бағдарламаның орындау мақсаттындағы туберкулездің ауру-сырқауын төмендетуге бағытталғын іс-шараларды өткізу жоспарланады. Мұнда берілу жолдары, бірінші симптомдар туралы және туберкулездің басты сұрағы алдын алу, тұрғындардың хабарлы болуын жоғарылату кіреді.

ҚАН ҚЫЗМЕТІ - ҚАЗІРГІ МЕДИЦИНАНЫҢ ӨЗЕКТІ САЛАСЫ

Кезембаев Б.Б.

КМҚК «Жамбыл облыстық қан орталығы», Тараз қаласы

Ел Президенті Н.Ә.Назарбаев халыққа арнаған жылдағы Жолдауында тұрғындар денсаулығын арттыру - басты мәселелердің бірі екендігін қадап айтып келеді. Сондықтан да болар, жылдан-жылға денсаулық саласына бөлінетін қаражат көлемі де молайып, алдын алу-емдеу мекемелерінің материалдық-техникалық базалары жақсара түсуде.

Жамбыл облысында денсаулық сақтау нысандарының құрылысын тұрғызу бойынша «100 мектеп, 100 аурухана» жобасы аясында 7 нысан салу көзделіп, оған Республикалық бюджеттен 5 679 879 мың теңге бөлінген болатын. Оның бірі - жылына 15,0 мың литр қан құюға арналған облыстық қан орталығы.

Өткен 2010 жылдың аяғында сметалық құны - 4 005 971,538 мың теңгені құраған орталық құрылысын «Бином» ЖШС

жүргізіп, белгіленген мерзімге пайдалануға берді. Қазір сол жаңа ғимараттың пайдасын толық пайдаланып, қызметіміз едәуір жақсара түсті. Қазір қан орталығы әлемдік талаптарға сай жаңа жабдықтар мен аппаратурамен жаратқандырылды. Сөйтіп біздің қан орталығы оңтүстік өңірде жоғары сапалы қан компоненттерін дауындуды толық мүмкіншілік алды.

Облыстық қан құю қызметі облыстық аурухананың базасында, қан бойынша демеу орны ретінде 1937 жылы құрылған.

1939 жылы облыстық қан құю станциясы ретінде жеке мекеме ретінде қайта құрылып, 1968 жылы Абай және Киров көшелерінің бұрышындағы мекен-жайға бөлек дербес ғимаратқа ауыстырылып, 1986 жылдан бастап бір жылда 12 литр донорлық қан дайындау қызметін атқарып келді.

Денсаулық сақтауды реформалау және жекешелендіру жылдары облыстық қан құю станциясы «облыстық қан орталығы» деп аталып, 1996 жылы «Химпром» МСЧ негізіндегі қан құю бөлімшесінің жалға алынған жайына №2 қалалық емханасының жанына ауыстырылды. Аталған бөлімшенің жобалау күштілігі жылына 400 литрді құрады.

Облыстық қан орталығы №2 қалалық емханасының 901,4 кв.м алаң көлеміндегі жалға алынған жайында орналаса отырып, жылына 8916 донордан 4450 литр қан дайындады, донорлық қанның барлық үлгілері қан орталығы және орталық аудандық ауруханалардың қан құю бөлімшелері жағдайында дайындалды. Бұл кезде кабинеттер тар, жабдықтар жеткіліксіз, мүмкіншілік аз болса да жұмыс тоқтамай, өз нәтижесін беріп отырды.

Қазіргі кезде облыс бойынша жылына 12176 донордан 6050 литр қан дайындалуда. Бұл, әрине, жеткіліксіз, себебі, донорлық қанның ТЖ және АҚ жағдайларына қажетті компоненттер қоры жоқ.

Осындай олқылықтардың орнын толтыру барысында 2008 жылы құрылысы басталған қан орталығы келесі мәселелерді шешуге бейімделген:

- Алдыңғы қатардағы тәжірибелерді зерттеп, таратуды және донорлық кадрлардың толықтырмаларын жүргізу;
- Донорлық қанды орталықта және де көшпелі жағдайда, жобамен берілген мөлшерде дайындау;
- Донорлық қанның қайта өңдеуін жүргізу;
- Жаңа ғана мұздатылған қанның айқынды қорын, оның компоненттерін, дәрі-дәрмектерін, қан алмастырушыларын, сарысуын сақтау;
- Қалалық және облыстық емдік-профилактикалық мекемелерін қанмен, оның компоненттерімен, дәрі-дәрмектерімен қамтамасыз ету;
- Қанның, оның компоненттерінің, дәрі-дәрмектерінің дайындалу сапасын бақылау;
- Трансфузиялық терапия, алдын ала емдеу және посттрансфузиялық асқыну мәселелері бойынша дәрігерлерді және ортап

буын медициналық қызметкерлерді дайындау;

- Қазақстан Республикасы Үкіметінің мобилизациондық тапсырыстарын орындау. Белгілеуге сүйіне отырып, орталықтың келесі құрамы белгіленді:

- Бас корпус (А,Б блоктары)
- Қосалқы құрылыс блогы
- Баллондар сақтау қоймасы
- ЛВЖ сақтау қоймасы

Тапсырыспен келесі корпус құрылымы белгіленді:

А) донорлық кадрлар блогы;

Б) операциялық блогы;

в) қан клеткаларын ұзақ мерзімде сақтау бөлімі;

Г) көшпелі жағдайдақан дайындау блогы;

Д) экспедиция;

Е) лабораториялық блогы;

Ж) әкімшілік-қызметтік және қосалқы көмекші қызметтер.

Қан орталығының қызметшілер құрамы штаты – 463 адам. Оның қатарында дәрігерлер – 72, қызмет көрсетуші орта персонал -175, ИТР- 36, қызмет көрсетуші кіші персонал -155, әкімшілік- шаруашылық персонал -25 адам.

1. Бас корпус функционалды 2 блокқа бөлінді.

«А» блогында донорлармен және донорлық қанмен жұмыс істеуге арналмаған жайлар қарастырылған.

- Бірінші қабаттың астынан жасалған жайда –бос шынылар қорабы, құрал-жабдықтар, қосалқы бөлшектер, жиһаз, хим. реактивтер қоймасы орналасқан.

- Бірінші қабатта – жөндеуді қамтамасыз ететін шеберханалар орналасқан.

- Екінші қабатта - әкімшілік жайлар, асхана және де басқа қосалқы жайлар орналасқан.

«Б» блогы донорлармен және донорлық қанмен жұмыс істеуге арналған.

- Бірінші қабаттың астынан жасалған жайда – компресорлық, насосты, бөлшектеп өлшеу бөлімдері, қан клеткаларын ұзақ мерзімде сақтау бөлімі орналасқан.

- Бірінші қабатта – қызметкерлердің жайлары, дәрігерлердің кабинеттері регистратурасы орналасқан.

- Екінші қабатта - донорлық кадрларды толықтыру бөлімі, донорлардың зерттеуге қан өткізу бөлімдері орналасқан.

- Үшінші қабатта – донорлық қанды дайындау, операциялық блогы, және де донорлық қанды сақтау, қайта өндеу қосалқы қосымша бөлімдері орналасқан.

- Төртінші қабатта – донорлардың қанын, қанның тобын, резус-факторын, қан арқылы таралатын инфекцияларды зерттеуге арналған клиника-диагностикалық бөлімі және техникалық бақылау бөлімі орналасқан.

Пайдаланымға берілгеннен кейін облыстың орталық аудандық емханаларында донорлық қан дайындауы тоқтатылады, донорлық қан тек қана облыстық қан орталығында орталықтандырылған жүйеде дайындалады. Жылына 15 мың литр қан дайындауға арналған орталықта қазіргі заманға сай медициналық құрал-

жабдықтардың 18 дамыған елдердің өндірісі үлгісінен жаңа түрлері қамтамасыз етілген.

Донорлық қанның компоненттерін дайындаудың жаңа тәсілдері қолданылады. Олар: лейкофилтрация, карантинизация, вирусиактивация, плазмафереза және цитофереза, сондайақ донорлық қанның үлгілерінің жаңа автоматтикалық аппараттарында зерттеу тәсілдері: биохимиялық, гематологиялық, иммуногематологиялық, СОЭметр, ИФА, ПЦР зерттеулер т.б.

Облыс тұрғындарына біздің Қан орталығы жаңа талаптарға сай қызмет етіп, жаңа биіктерден көріне беретіне сенім мол. Қазақстан Республикасының Елбасы Н.А.Назарбаев пен Үкіметтің медицина қызметкерлерінің алдына қойған тапсырмаларын жандандырып, өмірге батыл енгізе береміз.

АКАДЕМИК К.И.СКРЯБИН ЖӘНЕ ОНЫҢ ӘУЛИЕАТА Өңіріндегі қызметі

Кезембаев Б.Б.

КМҚК «Жамбыл облыстық қан орталығы», Тараз қаласы

Гельминтология ілімінің негізін қалаған, Лениндік және бірнеше Мемлекеттік сыйлықтардың иегері, үш ғылым академиясының (КСРО Ғылым академиясы, медицина және ауылшаруашылық ғылымдары академиялары) толық мүшесі, Социалистік Еңбек Ері Константин Иванович Скрябиннің алғаш ғылыми ізденістері біздің Жамбыл облысының Тараз жерінде басталғанын біреу білсе, біреу білмес. Есімі әлемге танымал үлкен ғалымның Әулиеата өңіріндегі өмір кезеңі туралы, оның атқарған істері жайлы біз не білеміз? Бүгінгі ұрпақ сол атақты ғалымның алғаш еңбек жолы, ғылымға деген құштарлығы, оның тырнақалды ғылыми еңбектері өзіміздің киелі Әулиеатаның топырағында жазылғанын, үлкен ғылымға

барар жолы біздің қазақ жерінен басталып, кейін әлемдік аренаға шыққанын біле ме екен?

К.И.Скрябин 1878 жылы 7 желтоқсанда Петербург қаласында теміржолшы-инженер отбасында дүниеге келді. 1905 жылдың 12 мамырында Юрьев ветеринарлық институтын үздік бітіріп, мал дәрігері мамандығы бойынша диплом алып шықты. Өзінің практикалық қызметін сонау алыс қияда жатқан Түркістан өңірінде бастауды жөн көреді.

1905 жылдың 23 маусымында Ішкі істер министрлігінің ветеринарлық басқармасынан ол “Түркістан өңіріне эпизоотияға қарсы іс-шаралар үшін кемінде 2 жыл уақытқа іссапарға жіберу туралы” нұсқау алады. 1905 жылы 10-шілдеде ол

Кавказдағы Джебраил қаласында өзінің қалыңдығы Е.М.Кутателадземен некеге отырып, сол жерден жас жұбайлар тіке Ташкент қаласына жол тартады. Ол кезде Ташкент Түркістан өлкесінің орталығы болып саналып, бұл генерал-губернаторлығына Самарқанд, Ферғана, Сырдария, Жетісу, Каспийдің арғы беті (Закаспийскаяның) облыстары мен Хива, Бұхара хандығы кіретін.

К.И.Скрябин Сырдария облысындағы қазақтың кең даласының оңтүстігіндегі шағын шаһар Шымкентке жіберіліп, еңбек жолын қалалық мал дәрігерлік пунктiнiң дәрігерлігінен бастайды. Ол осы өңірде ветеринарлық қосын ұйымдастырып Ташкент-Верный күре жолы арқылы мал айдап жүрген малшылардың малын емдеу, эпизоотиялық ауруларға қарсы іс-шаралар жүргізіп, қызмет көрсетеді, жергілікті тұрғындар көңілінен шығып, тез араласып кетеді. Бұл отбасы көп ұзамай шымкенттік зиялылардың мәдени ортасының ұйтқысына айналады.

Жан-жақты білімді, әрі ізденімпаз К.И.Скрябин биология, ветеринария, тіпті этнография мәселелеріне зер салып, деректер жинастыра бастайды. Соның нәтижесінде 1907 жылы Петербургтегі “Қоғамдық ветеринария хабаршысының” 2-3 сандарында оның алғашқы “Дивертикул Меккеля у курицы” атты мақаласы жарық көреді. Сондай-ақ, ол тератология мәселелері бойынша да бірнеше мақала жариялайды. Мәселен, 1908 жылы “Вестникте” оның “Круглые глисты в мышечном желудке” атты гельминтологиялық көлемді мақаласы жарық көрді. Бұлар болашақ ғалымның ізденістерінің алғашқы жетістіктері, тырнақалды ғылыми мақалалары болатын.

Өлкенің ветеринарлық басшылығы К.И.Скрябиннің жоғары кәсіптік біліктілігін бағалай келе оған Сырдария облысына қарасты Әулиеата қаласындағы учаскелік ветеринарлық дәрігер қызметін ұсынады. Әулиеатаға оның отбасы 1907 жылдың желтоқсанында көшіп келеді. Ол кезде Әулиеата қаласы Ташкент-Верный жолының бойындағы бар болғаны 15 мыңдай тұрғыны орналасқан шағын елді мекен болатын. Ең жақын теміржол стансасы бұл шаһардан 360

шақырымда болатын. Қала негізінен осы аймақтың мал саудасының орталығы еді.

“Мұнда, – деп еске алады К.И.Скрябин өзінің “Ғылымдағы ғұмырым” (Москва, “Политиздат”, 1969) атты мемуарында, – мен учаскелік ғана емес, қалалық ветеринарлық дәрігер болып істедім. Сондықтан мен санитарлық жұмыспен де айналыстым. Оның нәтижесінде «Мен мал соятын қасапхана үйінде іске кірістім. Бұл қасапхана менің патология-анатомиялық және гельминтологиялық зертханама айналды».

Қасапханада сойылған мал мен құстарды сараптан өткізе отырып К.И.Скрябин олардың паразиттік құрт ауруларымен өте көп ауыратындығын анықтады. Зерттеуден өткен малдың паразиттерін жинастырып, гельминттердің (ішек құрттарының) өте бай коллекциясын жасады.

Бірде ол шаруашылықта аусыл ауруын кездестіреді. Ол осы аурудан өлген малды тексере келе “Патология-анатомические изменения пищеварительных органов при злокачественной форме ящура” деген ғылыми мақаласын жазды. Оны К.Скрябин тәуекел деп Петербургта басылатын “Архив ветеринарных наук” журналына жібереді. Бұл мақала журналдың 1908 жылғы оныншы санында жарық көргенде оның қуанышында шек жоқ болды. Бұл оны жігерлендіріп, қанаттандырып, жаңа ғылыми ізденістерге жетеледі. 1908 жылы шілдеде Скрябиндер отбасында Сергей атты ұл дүниеге келеді.

1908 – 1911 жылдары оларға осында әкесі, әпкесі және бауыры көшіп келеді. 1909 жылы желтоқсанда К.И.Скрябин Ресейдің табиғи сынақшы дәрігерлердің XII съезіне, ветеринар дәрігерлердің II съезіне қатысып, үш баяндама жасайды. Оның бірі “Кишечно-глистная болезнь цыплят, вызванная нематодой рода аскарида” атты гельминтологиялық тақырыпқа арналады.

1910 жылы Скрябиндер Әулиеатаның орталығындағы Бұрыл көшесінен шағын үй сатып алып (бұл үй кәзірге дейін сақталған, ол қаламыздың А.Асқаров пен Абай көшелерінің қиылысында орналасқан), оны дуалмен қоршап, ауласына жеміс-жидек

және де басқа ағаштар отырғызады. К.И.Скрябин үйдің бір бөлмесін кабинетке лайықтап, онда кітапхана және өзінің тарихи гельминтологиялық мұражайын ұйымдастырады. Шымкенттегі сияқты Әулиеатадағы бұл үй де ел көп жиналатын орынға айналады, мұнда әр алуан пікір алмасулар болып, қоғамдық, мәдени, саяси оқиғалар сөз болып отырады. Олардың отбасында Ташкент–Пішпек–Верный жолымен өтіп бара жатқан зиялы жолаушылар, экспедиция топтары, өлкені зерттеуші әр түрлі ғалымдар тоқтап, әлемде және Ресейде болып жатқан барлық жаңалықтар жөнінде хабардар етіп отыратын. Сонымен қатар көшенің арғы бетінде орналасқан пошта орталығынан олар әрдайым жаңа басылымдар, кітаптар алып, олардағы қызықты дүниелерді кешке жиналатын достарымен дастарқан басында шай ішіп отырып талқылайтын. Қаланың сол кездегі зиялы қауымы Скрябиндердің үйінде мезгіл-мезгіл жиналып, “Әулиеата қоғамын құрып», білген-естіген, ел және өлке жаңалықтарын айтып, оларға шолу жасап, көңілді ән айтып, кейде әдебиеттен үзінділер оқып мәре-сәре болып жататын.

Қолдары қалт ете қала сыртындағы таулар мен көлдерді жағалап, онда мекендеген құстарды атып, олардың ішіндегі паразиттерді тынымсыз зерттеп, олардан коллекция жинады.

“Біздің үйдің сыртында биік ақ теректермен қоршалған жоңышқалық болатын. Ол ағаштардың бұтақтарына қара қарғадан бастап жаушымшыққа дейінгі әр түрлі құстарға ұя салатын. Мұнда осы өңірде тіршілік ететін сауысқан мен көкек, жабайы кептер мен қараторғай секілді көптеген құстар келіп қонақтаушы еді. Кейде мен өзімнің ауламаннан алыстамай-ақ әр түрлі құстарды атып алып, оларды гельминтологиялық зерттеуден өткізіп жүрдім” дейді ол өзінің кітабында Әулиеатада өткізген жастық шағын, ізденіске толы еңбек жолын сағынышпен еске алып.

Жан-жақты білімді К.И.Скрябин биология саласының атаулы күндерінен шет қалмай, орталық басылымдарда “Чарльз Роберт Дарвин (к столетью со дня рождения)”, “Восьмой международный

конгресс зоологов”, “Пятый международный конгресс орнитологов” және т.б. мақалалар жариялайды.

1910 жылы К.И.Скрябин “Архив ветеринарных наук” басылымында мүйізді ірі қараның гельминтоз ауруының қоздырғышы-шистозом туралы қызықты мақала жариялайды. Бұл ғылыми жаңалық оны өзінің коллекциясымен ғылыми жұмыс жасауына түрткі болып, ол осы ғылыми-зерттеу ісімен айналысуға бел буып, оған түбегейлі бет бұрды. 1911 жылы күзде ол Петербургте Ішкі істер министрлігінің ветеринарлық лабораториясы негізінде дәрігерлер білімін жетілдіру курсына баруға қол жеткізеді. Мұражай экспонаттары мен кітаптарын жинастырып, Скрябиндер Петербургқа аттанады.

Сол 1907-1911 жылдары біздің өлкемізде еңбек ете жүріп жинаған ғылыми материалдары мен коллекцияларының негізінде ол 1916 жылы Юрьев ветеринарлық институтында “Тельминтофауна домашних животных Туркестанского края” (“Түркістан өлкесінің үй құстарының гельминтофаунасы”) деген тақырыпта магистрлік диссертация қорғайды. Сөйтіп ол бүкіл қалған өмірін сарып қылған қызығы мен қуанышы мол ғылымның үлкен сара жолына арнаған болатын.

Әулиеатадағы жұмысын қорытындылай келе академик өзінің өмірбаяндық еңбегінде былай деп тебірене жазады: “Мен мұнда орнитология және тератология бағытындағы ветеринарлық дәрігер болып келіп, паразитологияның басқа да бағыттарымен айналысатын гельминтолог болып шықтым. Әулиеатада жинаған гельминтологиялық коллекциялар менің болашақ магистрлік диссертацияма негіз болды, содан кейін Бүкілодақтық гельминтология институтының орталық гельминтологиялық мұражайының негізі қаланды. Әулиеата біздің елімізде гельминтология ғылымының алғашқы бесігі болып саналуы тиіс”.

К.И. Скрябин бұдан кейін де Қазақстанмен байланысын үзген жоқ. Ғалым 1944, 1946, 1958, 1961, 1962 жылдары елімізде бірнеше рет іссапармен болып қайтты. Соңғы екі жолы ол Жамбыл

облысының сол кездегі басшысы Асанбай Асқаровтың арнайы шақыртуымен келген болатын. Сөйтіп 1961 жылы жарты ғасырдан астам бұрын К.И.Скрябин тұрған үй негізінде Жамбыл гельминтологиялық зертханасы және оның алдында мұражай-үй ашылған еді. Академиктің музей-үйі “Тараз қаласының архитектуралық ескерткіші” ретінде мемлекет қарауына алынған. Қалалық кеңестің 1961 жылғы 24 қыркүйектегі №45 шешімі бойынша бұл музей үйде мемориалды тақта орнатылған.

Кейінгі өзінің бір хатында ол былай деп жазады: “Осыдан елу жыл бұрын менің жас ғұмырым өткен үй табалдырығын қайта аттау үлкен сезімге бөледі. Менің бұрынғы үйімде қазір музей және гельминтология лабораториясы ашылғаны мені зор қуанышқа бөлейді”.

Академик К.И.Скрябин – Шымкент және Тараз қалаларының алғашқы құрметті азаматтарының бірі. 1972 жылы академиктің 100 жылдығына орай Қазақстан Үкіметінің шешімі бойынша осы лаборатория мен музей үй алдына К.И.Скрябиннің қызыл граниттен қашалған ескерткіші қойылды. Тараз қаласында – екі рет, осы ғалымның туғанына 100 жылдығына байланысты және музей үйдің 25 жылдығына орай Бүкілодақтық ғылыми-практикалық конференциялар ұйымдастырылды.

Академик К.И.Скрябин Тараз жерінде (1962)

Кәзіргі уақытта К.И.Скрябин атындағы гельминтологиялық зертхана негізінде ғылыми-зерттеу станциясы ұйымдастырылған. Онда табысты еңбек етіп, академик-ұстаздарының ғылыми ізденісін жалғастырып, ғылым саласында із қалдырған және қазіргі кезде тындырымды

қызмет атқарған азаматтарды мақтанышпен атап өткен орынды. Олар биология ғылымының докторы, марқұм Петр Петрович Вибе, биология ғылымының докторы, профессор Петр Васильевич Радионов, көп жыл осы мекемені басқарған еңбекқор зерек ғалым, ветеринария ғылымының кандидаты марқұм Тұрлыбай Сұлтанқұлов, биология ғылымының кандидаттары ерлі-зайыпты Владимир мен Людмила Тищенко, Бақытжан Көпбосынов, ветеринария ғылымының кандидаттары Владислав Петров (марқұм), Алтай Үсенбаев, Батырхан Жұмаханов және тағы басқалар халық шаруашылық экономикасын арттыруға өз үлестерін қосты.

Академик К.И.Скрябин жастық шағын жиі есіне алып, сонау алыста қалған Әулиеата өңірінде еңбек еткен кезеңін ерекше бір ыстық сезіммен, тебіреніспен жүрекжарды естеліктерін айтып, қазақ топырағында басталған ғылымға деген құштарлығы, ол жердің халқының салт-дәстүрлері мен ұлттың кең дархан пейілдері, бауырмашылдығы туралы әңгіме қозғап, өзінің ұзақ ғұмырының соңына дейін (ол 94 жасқа қараған шағында 1972 жылы өмірден озды) оның жолын қуған қазақстандық ғалымдардың өсуіне, олардың тың ізденістеріне ерекше көңіл бөліп, қолынан келген көмегін аямай, ризашылықпен қамқорлық көрсетіп отыратын.

Әулиеатаның киелі топырағын өмірінің соңына дейін мадақтап өткен, біздің өлкемізде өзінің ғылыми ізденістерін бастап, кейін әлемдік ғылым шыңына көтерілген ғалым-академик К.И.Скрябин есімі, оның атқарған істерін жамбылдықтар, сірә, ұмыт қалдыра қоймас.