

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 1. 2012 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 докторской (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 ФЗОЖ.

Адрес редакции:  
г. Алматы, ул. Кунаева, 86  
тел/факс 2918415, внутр. 126  
www.hls.kz  
Заказ № 52. Тираж 500 экз.

## Главный редактор:

Профессор Баттакова Ж.Е.

**Зам. главного редактора:**

профессор Слажнева Т.И.

**Ответственный редактор:**

профессор Хайдарова Т.С.

**Технический редактор:**

Досаева С.К.

**Технический секретарь:**

Карайганова К.А.

**Редакционная коллегия:**

Аканов А.А., Шарманов Т.Ш., Тулебаев К.А.,

Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек), Муталова З.Д.

(Ташкент), Куаньшбекова Р.Т.,

Жандосов Ш.У., Каржаубаева Ш.Е.,

Булешев М.К. (Шымкент),

Даленов Е.Д. (Астана), Есова Г.К.,

Палтушева Т.П.

**Научный совет:**

Ахметов В.И., Алчинбаев М.К.,

Арзыкулов Ж.А., Абилдаев Т.Ш.,

Кульжанов М.К.,

Омарова М.Н., Беркимбаев С.Ф.

**Редакционный совет:**

Тогайбаева 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)

Тургунбаева А.Л. (Усть-Каменогорск)

Мухтарова Г.М. (Алматинская область)

Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)

Ермеккалиева С.Б. (Уральск)

Шаухаров Х.С. (Тараз)

Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау)

Сулейманова Г.Р. (Алматы)

Мамбетова Г.К. (Атырау)

Мабиев К.Н. (Караганда)



## МАЗМҰНЫ

### ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУЫНДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚҰРАСТЫРУ ЖҮЙЕСІНІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРШЫЛЫҚ ЖЕТІЛДІРУ СҰРАҚТАРЫ

<b>Баттақова Ж.Е., Слажнева Т.И., Адаева А.А.</b> Павлодар облыс аймақтарының қоршаған ортаның шарттары жайлы тұрғындардың пікірлерін зерттеу.....	11
<b>Баттақова Ж.Е., Слажнева Т.И., Даришева М.А., Хайдарова Т.С.</b> Батыс Қазақстан облысы тұрғындарының өмір сүру сапасының көрсеткіштері (мысал ретінде Ақтау мен Жанаөзен қалалары).....	14
<b>Даришева М.А., Жусупов А.К., Адаева А.А., Акимбаева А.А., Абдыманапова А.Е.</b> Өмір салтымен байланысты аурулардың детерминантын зерттеу (мысал ретінде Алматы облысы).....	16
<b>Егорычев В.Е.</b> Жүрек-қан тамыр ауруларының даму қаупі факторларының алдын алу нәтижелігі мен сапасын бағалау (әдебиетке шолу).....	19
<b>Хайдарова Т.С.</b> Жүрек-қан тамыр аурулары алдын алуының медикаментозды емес әдістерінің жалпы қағидаттары.....	23
<b>Хайдарова Т.С., Мирманова Р.Р.</b> Бастапқы буын дәрігерлері және орта буын медицина қызметкерлері арасындағы профилактикалық кеңес беру дағдылары мен білім деңгейін зерделеу .....	26
<b>Палтушева Т.П., Длимбетова Д.О., Шайкенова А.Т., Хамзиев М.К.</b> Стресс – адам өмірінің қалыптасу бөлігі.....	29
<b>Қасымов Г.П., Баваев С.М., Усенова Б.Н., Подкотилова Н.С.</b> Жас спортсмендердің денсаулық күйінің ерекшеліктері...32	
<b>Қасымов Г.П., Баваев С.М., Усенова Б.Н., Подкотилова Н.С.</b> Спортпен шұғылданатын жандарға емдік-профилактикалық көмекті ұйымдастыру (Алматы қаласының Спорттық медицина және реабилитация негізінде).....	35
<b>Баттақова Ж.Е., Слажнева Т.И., Қаржаубаева Ш.Е., Хайдарова Т.С., Даришева М.А.</b> Денсаулықтың медициналық емес детерминанттары: мінез-құлықтық қауіп факторлары және Алматы қаласының ересек тұрғындарын салауатты өмір салтын жүргізуге насихаттау.....	37

### ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

<b>Карибаева Г.А., Медеубаева К.К.</b> Денсаулық сақтауды дамытудағы бастапқы медико-санитарлық көмектің рөлі: медициналық көмек көрсету сапасын үздіксіз жоғарылатудағы бөсекелестік.....	42
<b>Шайкенова А.Т., Ирисбеков Ш.Ш., Хамзиев М.К., Хайдарова Т.С.</b> Жарақаттану - бүкіләлемдік мәселе.....	44
<b>Джумашева И.Б.</b> 2012 жылдағы Біртұтас ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің ерекшеліктері туралы.....	46
<b>Карибаева Г.А.</b> Әлеуметтік-экономикалық жаңғырту – Қазақстан дамуының басты бағыты.....	48
<b>Дарибаев О.К.</b> Қазақстан Республикасының Қарулы Күштер әскерлері арасында, эпидемияға қарсы жабдықтау бойынша шараларды ұйымдастыру.....	49
<b>Дарибаев О.К., Ермагамбетов Е.Н., Бекбергенова Г.А., Даркулов К.Т., Кемелбеков Е.Т.</b> Дала шарттарында Қазақстан Республикасының Қарулы Күштер әскерінде санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау өткізудің тәжірибесі.....	52
<b>Шайхина А.М., Амирова А.С.</b> Асқа салатын тұздың құрамында йодты анықтаудың тиімді әдістері .....	54
<b>Даулетова З.С.</b> Медициналық қызмет көрсету сапасын жоғарылату.....	56
<b>Алетова И.Ю., Ибраева Г.К., Морозова Л.А.</b> Күйгендерге медициналық жедел жәрдем көрсету және емдеу.....	58

### ИНФЕКЦИЯ ЕМЕС АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

<b>Бурмаганов К.Ж.</b> Ақмола облысының маммографиялық скрининг нәтижелері.....	60
<b>Сайдуллаева С.С.</b> Емхана деңгейінде салауатты өмір салтын қалыптастыру және аурулардың профилактикасын дамытудың келешегі мен жағдайы.....	61
<b>Сугурбекова Р.К.</b> Жиі және ұзақ ауыратын балаларды сауықтыру қағидалары.....	63
<b>Жабасова Д.И.</b> Темекі шегушілікпен күресу - инсульттің алдын алу .....	65
<b>Оспанова Л.А.</b> Орталық жүйке жүйесінің перинаталды патологиясын емдеген кезде Танаканды қолдануы .....	68
<b>Қозықанқызы С., Шайкенова А.Т.</b> Сүт қоректілер сүттерінің құрамы және физиологиялық құндылығы.....	70
<b>Алетова И.Ю., Ибраева Г.К., Морозова Л.А.</b> Катерлі ісіктің алдын алу шаралары.....	75

### АНА МЕН БАЛАНЫ ҚОРҒАУ

<b>Алдиярова К.Т.</b> 2009-2011 жылдардағы Батыс Қазақстан облысы, Орал қаласындағы № 4 емханада, 0 мен 17 жас аралығындағы балалардың мақсаттық профилактикалық байқаудың талдау нәтижелері.....	77
<b>Сайлау З.С.</b> Жүктілік пен түсік.....	79
<b>Елгонова С.С.</b> Орталық жүйке жүйесінің перинаталды патологиясын емдеген кезде Танаканды қолдануы .....	81
<b>Вольнова Г.З.</b> Гистероскопиялық диагностика және құрсақтағы жабыспаларды емдеу.....	84
<b>Вольнова Г.З.</b> Әйелдердегі жыныстық мүшелердің ісіп қызару ауруларына байланысты, бедеулікті емдеудің қағидалары....	85
<b>Карибаева Р.А.</b> Дені сау ана – дені сау балалар - берік жанұя.....	87
<b>Жумашева Г.</b> Дені сау ұрпақпен - жана ғасырға.....	88
<b>Ибраева Г.К.</b> Кенет өлу синдромы.....	90
<b>Карибаева Р.А.</b> Акушерлік және гинекологиядағы деонтология.....	92



Жумашева Г. Қызылорда қалалық босану үйінде, перинатальді технологияларының озық тәжірибесінің стандарттарын енгізу.....	95
Габдуллина Д.Н. Жүкті әйелдердегі мезгілдік аллергиялық ринит.....	97
Буздаева С.С., Нурбақыт А.Н., Жақупова М.Н., Сарсенбаев Е.Ж. «Зансыз түсік» өндірісінің зандылық аспектілері.....	100

#### КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛДІ МЕДИЦИНА

Жайсакова Д.Е., Муқанова Ж.Т., Адильханова У.М., Андреюшкина К.А. Синомаринды операциядан кейінгі науқастардың арасында жуып-шаю терапиясында пайдалану .....	102
Избасаров М.А. Аллергиялық риниттің емі мен оның алдын алудың заманауи әдістері.....	105
Кайыргали Ш.М., Есиркепова Г.С., Калиева Г.А., Бижигитов Ж.Б. Гонартроздың терапиясының заманауи әдістері..	107
Нурманова Г.Б. Егде жастағы тиімді гипертензияға қарсы терапияның ерекшеліктері.....	109
Нурманова Г.Б. Егде жастағы созылмалы жеткіліксіздіктің ерекшеліктері.....	111
Чжен Л.В. Кіші жанбас мүшелерінің қабыну ауруларын кешенді терапиялаудағы иммуномодуляторлар.....	113
Алисов С. Өкпенің сол жағындағы аплазиясы.....	116
Чжен Л.В. Вульвовагинальді кандидоз терапиясының негізгі қағидалары.....	117
Шиныбаева Ж.К. Жүректің ишемия ауру кезіндегі зат алмасуды физиотерапиялық түзету.....	119
Сарсенбаев Е.Ж. 2008-2010жж. жедел соқыр ішек ауруымен науқастанғандардың хирургиялық қызметіне талдау жасау. Талғар ауданының ОАА-сы.....	121
Сарсенбаев Е.Ж. Талғар қаласы Орталық аудандық ауруханасы хирургия бөлімі жұмысының негізгі көрсеткіштері.....	123
Айдарова Г.Г. Емханаға ісік-бөсір синдромы бар науқасты енгізу ерекшеліктері.....	124
Айдарова Г.Г. Тараз қаласының травматологиялық пунктіне қаралған науқастардың медико-статистикалық сипаттамасы.....	126

#### ИНФЕКЦИЯ АУРУЛАРЫНЫҢ, ВИЧ/СПИД, ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ, МАСКҮНЕМДІК ЖӘНЕ НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ АЛДЫН АЛУ

Ушкемперова Г.С., Палтушева Т.П., Кульбаева Н.Ж., Хайдарова Т.С. Халық арасында санитарлық ағарту жұмысын жүргізу арқылы туберкулез ауруын төмендету.....	128
Набенов К.Н. Тропикалық елдерде табиғи органның факторларының жұқпалы аурулардың таралуына әсері.....	131
Кульжанова Д.Р., Мусина Ж.Ж., Ушкемперова Г.С., Яфарова М.А., Бексултанова Д.Т. Жұмыс орындарында АҚТҚ/ЖҚТБ-ның алдын алуы.....	133
Набенов К.Н. Эпидемиологическая ситуация по малярии в мире и глобальная стратегия борьбы с ней.....	136
Ермагамбетов Е.Н., Дарибаев О.К., Даркулов К.Т., Бекбергенова Г.А., Мусаканова Ж.Н. Әскери ұжымдарындағы желшешек ауруы және оның алдын алуы.....	138
Бекбергенова Г.А., Ермагамбетов Е.Н., Дарибаев О.К., Даркулов К.Т., Кемелбеков Е.Т. Ботулизм.....	140
Дарибаев О.К. Полиомиелит, эпидемиология және оның алдын алуы.....	142
Дарибаев О.К. Ішек ауруларының профилактикасы.....	144
Майтанова Ш.Т. Туберкулез. Эпидемиологиясы, профилактикасы және әскери бөліктеріндегі эпидемияға қарсы шаралар.....	146
Майтанова Ш.Т. Менингококк инфекциясы. Эпидемиологиясы және алдын алу.....	149
Майтанова Ш.Т. В вирустық гепатиті. Парентералды инфекциялардың негізгі мәселелері (эпидемиологиясы және алдын алу шаралары).....	151
Муржакупов К.Ж., Муржакупова Л.К. Туберкулез ауру-сырқатына және одан болатын өлім-жітімге қауіп факторларының әсері.....	153
Муржакупов К.Ж., Муржакупова Л.К. Туберкулезге қарсы диспансердегі науқастардың емдеу-диагностикалық үдерісінің нәтижелеріне әлеуметтік-гигиеналық факторлардың әсері.....	155
Кульбаева Н.Ж., Сулейманова Н.А. Санитарлық ағарту арқылы туберкулездің эпидемиологиялық ахуалын жақсарту... 158	158
Майтанова Ш.Т. Әскерлер арасында аса қауіпті инфекциялардың профилактикасы бойынша алдын алу және эпидемияға қарсы шаралар.....	161
Муржакупов К.Ж., Муржакупова Л.К. Халық арасында туберкулезге қарсы санитарлық-ағарту шараларын өрістету.....	163
Муржакупов К.Ж., Муржакупова Л.К. Рудный қаласында туберкулез ауруының таралуы және науқастанғандардың өлім-жітімін төмендетудің негізгі бағыттары.....	165
Шайхина А.М., Байсалбекова З.Т. Ақ сарыдан жасалған бұйымдарында су фазасы кезіндегі қант құрамын анықтаудың зертханалық нәтижесі.....	166
Дарменбекова Ж.Б. Бруцеллез: эпидемиологиялық ерекшеліктері, клиникасы, алдын алу және лабораториялық диагностикасы .....	168
Майтанова Ш.Т. Далалық әскерлер арасында эпидемияға қарсы шаралар жүргізудің ерекшеліктері.....	172
Дукебаева Г.А. Амбулаториялық тәжірибедегі жедел респираторлық аурулар кезінде балаларды антибиотиктермен емдеудегі қолдану туралы тәжірибелі нұсқаулар.....	173
Сайдуллаева С.С. Емхана деңгейінде туберкулездің алдын алу.....	175



## ПРАКТИКАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

<b>Алисов С.</b> Диафрагмалық жарықтың диагностикасы.....	177
<b>Нурушева С.М.</b> Шаштің түсу мәселесін шешу. «Фолтен Фарма» препаратының қолданылу тәжірибесі.....	178
<b>Усенбаев А.Б.</b> Қазақстанда балаларға стоматологиялық көмек көрсету жүйесін жетілдіру.....	180
<b>Сыздыкова Ж.А.</b> Ошак алопециясын емдеудегі «Лаваль» препаратын қолдану тәжірибесі.....	181
<b>Атыханова А.Т.</b> Несеп-жыныстық инфекцияларын (НЖИ) емдеудегі бактерияларға қарсы терапия.....	183
<b>Казакбаева Б.М.</b> Аналық бездің аса үлкен ірінді ісікті анықтау жағдайы.....	185
<b>Абдоллақызы А.</b> Мұрын және мұрын маңындағы қойнау жаракаттары.....	187
<b>Шиньбаева Ж.К.</b> Аурулады емдеу кезіндегі қолданылатын магнитосветолазерлік терапиясы.....	189
<b>Кумаргалиева Г.М.</b> Бас сүйек-ми жаракатымен балаларды қалпына келтіру емі.....	191
<b>Ибраева Г.</b> Балаларда кездесетін көгерулер (цианоздар).....	194
<b>Бисенбаева Р.</b> Инсульт.....	195
<b>Мустафаев А.Т.</b> Түйелер адамдарға шабуыл жасауда: кездейсоқтық па әлде заңдылық па?.....	197
<b>Исмаилов А.Б.</b> Алкоголь - жол-көлік апатының жетекші факторы.....	199
<b>Алетова И.Ю.</b> Улану кезіндегі алғашқы көмек.....	201
<b>Морозова Л.А.</b> Көмей тарылуының қабынуы.....	203
<b>Ширяева И.А.</b> Энцефаломиелиттер.....	205
<b>Ширяева И.А., Прохорова С.Х., Грушенкова В.Н.</b> Вердниг-Гоффманның жұлынның мотонейрондары зақымдануынан болатын бұлшықеттің семуі.....	207
<b>Исмаилов А.Б.</b> Алкоголь және опиоид тәуелділігімен емделушілердің постабстиненттік күйіндегі кешенді терапиясында Стимолдың қолдану тәжірибесі.....	209
<b>Кошанова Ш.К.</b> Аллергиялық көз ауруларын емдеу кезінде Патанолдың қолданылуы.....	212



## СОДЕРЖАНИЕ

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

<b>Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Адаева А.А.</b> Изучение мнения населения об условиях окружающей среды на территории Павлодарской области.....	11
<b>Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Даришева М.А., Хайдарова Т.С.</b> Показатели качества жизни населения Западно-Казахстанской области (на примере городов Актау и Жанаозен).....	14
<b>Даришева М.А., Жусупов А.К., Адаева А.А., Акимбаева А.А., Абдыманапова А.Е.</b> Изучение детерминант заболеваний, связанных с образом жизни (на примере Алматинской области).....	16
<b>Егорычев В.Е.</b> Оценка качества и результативности профилактики факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (обзор литературы).....	19
<b>Хайдарова Т.С.</b> Общие принципы немедикаментозных методов профилактики сердечно-сосудистых заболеваний..	23
<b>Хайдарова Т.С., Мирманова Р.Р.</b> Изучение знаний и навыков профилактического консультирования среди врачей и среднего медицинского персонала первичного звена.....	26
<b>Палтушева Т.П., Длимбетова Д.О., Шайкенова А.Т., Хамзиев М.К.</b> Стресс - естественное явление в жизни человека..	29
<b>Касымова Г.П., Баваев С.М., Усенова Б.Н., Подкотилова Н.С.</b> Особенности состояния юных спортсменов.....	32
<b>Касымова Г.П., Баваев С.М., Усенова Б.Н., Подкотилова Н.С.</b> Организация лечебно-профилактической помощи лицам, занимающимся спортом (на примере Центра спортивной медицины и реабилитации г. Алматы).....	35
<b>Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Каржаубаева Ш.Е., Хайдарова Т.С., Даришева М.А.</b> Немедицинские детерминанты здоровья: поведенческие факторы риска и мотивация к ведению здорового образа жизни взрослого населения города Алматы.....	37

### ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

<b>Карибаева Г.А., Медеубаева К.К.</b> Роль первичной медико-санитарной помощи в развитии здравоохранения: конкурентоспособность в условиях непрерывного повышения качества медицинских услуг.....	42
<b>Шайкенова А.Т., Ирисбеков Ш.Ш., Хамзиев М.К., Хайдарова Т.С.</b> Травматизм – проблема во всем мире.....	44
<b>Джумашева И.Б.</b> Об особенностях Единой Национальной Системы Здравоохранения в 2012 году.....	46
<b>Карибаева Г.А.</b> Социально-экономическая модернизация-главное направление в развитии Казахстана.....	48
<b>Дарибаев О.К.</b> Организация мероприятий по противоэпидемическому обеспечению войск Вооруженных Сил Республики Казахстан.....	49
<b>Дарибаев О.К., Ермагамбетов Е.Н., Бекбергенова Г.А., Даркулов К.Т., Кемелбеков Е.Т.</b> Опыт проведения санитарно-эпидемиологического надзора в Вооруженных силах Республики Казахстан в полевых условиях.....	52
<b>Шайхина А.М., Амирова А.С.</b> Эффективные методы определения йода в поваренной соли.....	54
<b>Даулетова З.С.</b> Повышение качества медицинских услуг.....	56
<b>Алетова И.Ю., Ибраева Г.К., Морозова Л.А.</b> Лечение и оказание скорой медицинской помощи ожоговым больным.....	58

### ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

<b>Бурмаганов К.Ж.</b> Результаты маммографического скрининга в Акмолинской области.....	60
<b>Сайдуллаева С.С.</b> Состояние и перспективы развития профилактики заболеваний и формирования ЗОЖ на уровне поликлиники.....	61
<b>Сугурбекова Р.К.</b> Принципы оздоровления часто и длительно болеющих детей.....	63
<b>Жабасова Д.И.</b> Борьба с курением - профилактика инсульта.....	65
<b>Оспанова Л.А.</b> Роль липидоснижающих препаратов в профилактике ИБС.....	68
<b>Козыканкызы С., Шайкенова А.Т.</b> Состав и физиологическая ценность молока млекопитающих.....	70
<b>Алетова И.Ю., Ибраева Г.К., Морозова Л.А.</b> Профилактика опухолевых заболеваний.....	75

### ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

<b>Алдиярова К.Т.</b> Анализ результатов целевого профилактического осмотра детей от 0 до 17 лет по городской поликлинике № 4 города Уральска Западно-Казахстанской области за 2009-2011 гг.....	77
<b>Сайлау З.С.</b> Беременность и угроза.....	79
<b>Елгонова С.С.</b> Применение Танакана в лечении перинатальной патологии центральной нервной системы.....	81
<b>Вольнова Г.З.</b> Гистероскопическая диагностика и лечение внутриматочных синехий.....	84
<b>Вольнова Г.З.</b> Принципы лечения бесплодия у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий.....	85
<b>Карибаева Р.А.</b> Здоровая мама – здоровые дети – крепкая семья.....	87
<b>Жумашева Г.</b> В новый век – со здоровым потомством.....	88
<b>Ибраева Г.К.</b> Синдром мгновенной смерти младенцев.....	90
<b>Карибаева Р.А.</b> Деонтология в акушерстве и гинекологии.....	92



Жумашева Г. Опыт внедрения стандартов эффективных перинатальных технологий в Кызылординском городском родильном доме.....	95
Габдуллина Д.Н. Сезонный аллергический ринит у беременных.....	97
Буздаева С.С., Нурбакыт А.Н., Жакупова М.Н., Сарсенбаев Е.Ж. Юридические аспекты производства «незаконного аборта».....	100

#### КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Жайсакова Д.Е., Муканова Ж.Т., Адильханова У.М., Андреюшкина К.А. Оптимизация ведения больных послеоперационного периода посредством ирригационной терапии с применением Синомарина.....	102
Избасаров М.А. Современные методы профилактики и лечения аллергического ринита.....	105
Кайыргали Ш.М., Есиркепова Г.С., Калиева Г.А., Бижигитов Ж.Б. Современные методы терапии гонартроза.....	107
Нурманова Г.Б. Особенности рациональной антигипертензивной терапии в пожилом возрасте.....	109
Нурманова Г.Б. Особенности хронической сердечной недостаточности в пожилом возрасте.....	111
Чжен Л.В. Иммуномодуляторы в комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза.....	113
Алисов С. Аплазия левого легкого.....	116
Чжен Л.В. Основные принципы терапии вульвовагинального кандидоза.....	117
Шиньбаева Ж.К. Физиотерапевтическая коррекция обмена веществ при ишемической болезни сердца.....	119
Сарсенбаев Е.Ж. Анализ хирургической деятельности больных с острым аппендицитом за 2008-2010 гг. ЦРБ Талгарского района.....	121
Сарсенбаев Е.Ж. Основные показатели работы хирургического отделения Центральной районной больницы города Талгар.....	123
Айдарова Г.Г. Особенности ведения пациента с отечно-асцитическим синдромом в условиях поликлиники.....	124
Айдарова Г.Г. Медико-статистическая характеристика больных обратившихся в травматологический пункт города Тараз.....	126

#### ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВИЧ/СПИДА, ТУБЕРКУЛЕЗА, АЛКОГОЛИЗМА И НАРКОМАНИИ

Ушкемперова Г.С., Палтушева Т.П., Кульбаева Н.Ж., Хайдарова Т.С. Снижение заболеваемости туберкулезом через санитарное просвещение населения.....	128
Набенов К.Н. Влияние факторов окружающей среды в тропических странах на распространенность инфекционных заболеваний.....	131
Кульжанова Д.Р., Мусина Ж.Ж., Ушкемперова Г.С., Яфарова М.А., Бексултанова Д.Т. Профилактика ВИЧ/СПИДа на рабочих местах.....	133
Набенов К.Н. Эпидемиологическая ситуация по малярии в мире и глобальная стратегия борьбы с ней.....	136
Ермагамбетов Е.Н., Дарибаев О.К., Даркулов К.Т., Бекбергенова Г.А., Мусаканова Ж.Н. Ветряная оспа и ее профилактика в воинских коллективах.....	138
Бекбергенова Г.А., Ермагамбетов Е.Н., Дарибаев О.К., Даркулов К.Т., Кемелбеков Е.Т. Ботулизм.....	140
Дарибаев О.К. Полиомиелит, эпидемиология и его профилактика.....	142
Дарибаев О.К. Профилактика кишечных заболеваний.....	144
Майтанова Ш.Т. Туберкулез. Эпидемиология, профилактика и противоэпидемические мероприятия в войсковых частях.....	146
Майтанова Ш.Т. Менингококковая инфекция. Эпидемиология и профилактика.....	149
Майтанова Ш.Т. Вирусный гепатит В. Актуальные проблемы парентеральных инфекций (эпидемиология и профилактика).....	151
Муржакупов К.Ж., Муржакупова Л.К. Влияние факторов риска на заболеваемость и смертность от туберкулеза.....	153
Муржакупов К.Ж., Муржакупова Л.К. Влияние социально – гигиенических факторов на результаты лечебно-диагностического процесса больных в противотуберкулезном диспансере.....	155
Кульбаева Н.Ж., Сулейманова Н.А. Улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу через санитарное просвещение.....	158
Майтанова Ш.Т. Профилактические и противоэпидемические мероприятия по профилактике особо опасных инфекций в войсках.....	161
Муржакупов К.Ж., Муржакупова Л.К. Совершенствование мероприятий по борьбе с туберкулезом через санитарное просвещение населения.....	163
Муржакупов К.Ж., Муржакупова Л.К. Основные направления по снижению распространения и смертности больных туберкулезом в городе Рудный.....	165
Шайхина А.М., Байсалбекова З.Т. Анализ результатов определения сахара в водной фазе в кремовых изделиях.....	166
Дарменбекова Ж.Б. Бруцеллез: эпидемиологические особенности, клиника, профилактика и лабораторная диагностика.....	168
Майтанова Ш.Т. Особенности проведения противоэпидемических мероприятий в войсках при полевых условиях.....	172
Дукбаева Г.А. Практические рекомендации по применению антибиотиков у детей в амбулаторной практике при ОРЗ.....	173
Сайдуллаева С.С. Профилактика туберкулеза на уровне поликлиники.....	175



## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

<b>Алисов С.</b> Диагностика диафрагмальной грыжи.....	177
<b>Нурушева С.М.</b> Решение проблемы выпадения волос. Опыт применения препарата «Фолтен Фарма».....	178
<b>Усенбаев А.Б.</b> Совершенствование системы оказания стоматологических услуг детскому населению в Казахстане... 180	180
<b>Сыздыкова Ж.А.</b> Опыт применения препарата «Лаваль» в лечении очаговой алопеции.....	181
<b>Атыханова А.Т.</b> Антибактериальная терапия и противорецидивное лечение внебольничных инфекций мочевыводящих путей (ИМП).....	183
<b>Казакбаева Б.М.</b> Случай выявления гигантской кисты яичника.....	185
<b>Абдоллақызы А.</b> Травмы носа и околоносовых пазух.....	187
<b>Шиныбаева Ж.К.</b> Магнитосветолазерная терапия в лечении больных с остеоартрозами.....	189
<b>Кумаргалиева Г.М.</b> Восстановительное лечение детей с черепно-мозговой травмой.....	191
<b>Ибраева Г.</b> Детские цианозы.....	194
<b>Бисенбаева Р.</b> Инсульт.....	195
<b>Мустафаев А.Т.</b> Верблюды нападают на людей: случайность или закономерность?.....	197
<b>Исмаилов А.Б.</b> Алкоголь – ведущий фактор дорожно-транспортного происшествия.....	199
<b>Алетова И.Ю.</b> Первая помощь при отравлениях.....	201
<b>Морозова Л.А.</b> Стенозирующий ларингит.....	203
<b>Ширяева И.А.</b> Энцефаломиелиты.....	205
<b>Ширяева И.А., Прохорова С.Х., Грушенкова В.Н.</b> Спинальная амиотрофия Верднига-Гоффмана.....	207
<b>Исмаилов А.Б.</b> Опыт применения Стимола в комплексной терапии постабстинентных состояний у пациентов с алкогольной и опиоидной зависимостью.....	209
<b>Кошанова Ш.К.</b> Применение Патанола при аллергии глаза.....	212



## CONTENTS

### THEORETICAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES OF IMPROVEMENT OF THE SYSTEM OF FORMATION OF HEALTHY LIFESTYLE IN PUBLIC HEALTHCARE OF KAZAKHSTAN

<b>Battakova Zh.E., Slazhneva T.I., Adaeva A.A.</b> The study of public opinion about environmental conditions in the territory of Pavlodar.....	11
<b>Battakova Zh.E., Slazhneva T.I., Darisheva M.A., Khaidarova T.S.</b> Quality of life among population of West Kazakhstan region (Aktau and Zhanaozen).....	14
<b>Darisheva M.A., Zhushupov A.K., Adaeva A.A., Akimbaeva A.A., Abdymanapova A.E.</b> Study of disease determinants related to lifestyle (on the example of Almaty oblast).....	16
<b>Egorychev V.E.</b> Assessment of the quality and effectiveness of prevention of risk factors for cardiovascular disease (review).....	19
<b>Khaidarova T.S.</b> General principles of non-drug methods for prevention of cardiovascular diseases.....	23
<b>Khaidarova T.S. Mirmanova R.R.</b> The study of knowledge and skills of prevention counseling among physicians and nursing staff of primary care system.....	26
<b>Paltusheva T.P., Dlimbetova D.O., Shaikenova A.T., Hamzиеv M.K.</b> Stress - a natural phenomenon in human life.....	29
<b>Kasymova G. P., Bavayev S. M., Usenov B. N., Podkotilova N. S.</b> Features of the state of health of young athletes.....	32
<b>Kasymova G. P., Bavayev S. M., Usenov B. N., Podkotilova N. S.</b> The organization of the treatment and prophylactic help to the persons who are going in sport (on the example of the center of sport's medicine and rehabilitation of Almaty).....	35
<b>Battakova Zh.E., Slazhneva T.I., Karzhaubaeva Sh.E., Khaidarova T.S., Darisheva M.A.</b> Non-medical determinants of health: behavioral risk factors and motivation for a healthy lifestyle of adult population in Almaty city.....	37

### PUBLIC HEALTHCARE SYSTEM

<b>Karibaeva G.A., Medeubaeva K.K.</b> The role of primary care system in a health care development: competitiveness in a continuous quality improvement of medical services.....	42
<b>Shaikenova A.T., Irisbekov Sh.Sh., Hamzиеv M.K., Khaidarova T.S.</b> Injuries - a problem around the world.....	44
<b>Djumashеva I.B.</b> About features of the Unified National Health System in 2012.....	46
<b>Karibaeva G.A.</b> Socio-economic modernization - is the main direction in the development of Kazakhstan.....	48
<b>Daribaev O.K.</b> Organization of anti-epidemic measures for Armed Forces of the Republic of Kazakhstan.....	49
<b>Daribaev O.K., Ermagambetov E.N., Bekbergenova G.A., Darkulov K.T., Kemelbekov E.T.</b> Experience of conducting epidemiological surveillance in the Armed Forces of the Republic of Kazakhstan in the field conditions.....	52
<b>Shaihina A.M., Amirova A.S.</b> Effective methods for determination of iodine in salt.....	54
<b>Dauletova Z.S.</b> Improving the quality of medical services.....	56
<b>Aletova I.U., Ibraeva G.K., Morozova L.A.</b> Treatment and the provision of emergency medical care to burn patients.....	58

### PREVENTION OF NONINFECTIOUS DISEASES

<b>Burmaganov K.Zh.</b> The results of mammography screening in Akmola region.....	60
<b>Saidullaeva S.S.</b> Status and prospects of development of disease prevention and formation of healthy way of life on clinic level.....	61
<b>Sugurbekova R.K.</b> Principles of rehabilitation of frequent and long- sick children.....	63
<b>Zhabasova D.I.</b> Prevention of smoking - prevention of stroke.....	65
<b>Ospanova L.A.</b> Role of lipid-lowering medications for the coronary heart disease prevention.....	68
<b>Kozykankyzy S., Shaikenova A.T.</b> Composition and physiological value of mammals milk.....	70
<b>Aletova I.U., Ibraeva G.K., Morozova L.A.</b> Prevention of neoplastic diseases.....	75

### MATERNITY AND CHILDHOOD PROTECTION

<b>Aldiyarova K.T.</b> Analysis of the target prophylactic inspection's results among children from 0 to 17 years at City Polyclinic № 4 in Uralsk West Kazakhstan region for 2009-2011.....	77
<b>Sailau Z.S.</b> Pregnancy and the threat of termination of pregnancy.....	79
<b>Elgonova S.S.</b> Application of Tanakan in treatment of perinatal pathology central nervous system.....	81
<b>Volnova G.Z.</b> Hysteroscopic diagnosis and treatment of intrauterine synechiae.....	84
<b>Volnova G.Z.</b> Principles of infertility treatment of among women with inflammatory diseases of the genitals.....	85
<b>Karibaeva R.A.</b> Healthy mother - healthy children - a strong family .....	87
<b>Zhumasheva G.</b> In the new century - with a healthy progeny.....	88
<b>Ibraeva G.K.</b> Sudden death syndrome of infants.....	90
<b>Karibaeva R.A.</b> Deontology in obstetrics and gynecology.....	92
<b>Zhumasheva G.</b> Experience in implementation of standards of effective perinatal technologies in Kyzylorda city maternity hospital.....	95



<b>Gabdullina D.N.</b> Seasonal allergic rhinitis among pregnant women.....	97
<b>Buzdaeva S.S., Nurbakyt A.N., Zhakupova M.N., Sarsenbaev E.Zh.</b> Legal aspects of the production of «illegal abortion»..	100

#### CLINICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE

<b>Zhaisakova D.E., Mukanova Zh.T., Adilkhanova U.M., Andreushkina K.A.</b> Optimizing of postoperative patients care by application Sinomarin irrigation therapy.....	102
<b>Izbasarov M.A.</b> Modern methods of prevention and treatment of allergic rhinitis.....	105
<b>Kaiyrgali Sh.M., Esirkepova G.S., Kalieva G.A., Bizhigitov Zh.B.</b> Modern methods of gonarthrosis treatment.....	107
<b>Nurmanova G.B.</b> Features a rational antihypertensive therapy in old age.....	109
<b>Nurmanova G.B.</b> Features of chronic insufficiency in old age.....	111
<b>Czhen L.V.</b> Immunomodulators in the complex treatment of inflammatory diseases of the pelvic organs.....	113
<b>Alisov S.</b> Aplasia of the left lung .....	116
<b>Czhen L.V.</b> Basic principles of treatment of vulvovaginal candidiasis.....	117
<b>Shinybaeva Zh.K.</b> Physiotherapy correction of metabolism in coronary heart disease.....	119
<b>Sarsenbaev E.Zh.</b> Analysis of surgical patients with acute appendicitis in 2008-2010 of Central Hospital in Talgar district ...	121
<b>Sarsenbaev E.Zh.</b> Basic indicators of the surgical department of the Central District Hospital of Talgar city.....	123
<b>Aidarova G.G.</b> Features of holding patients with edematous-ascitic syndrome in hospital conditions.....	124
<b>Aidarova G.G.</b> Medico-statistical characteristics of patients who applied to emergency station of Taraz city.....	126

#### PREVENTION OF INFECTIOUS DISEASES, HIV/AIDS, TUBERCULOSIS, ALCOHOLISM AND DRUG ADDICTION

<b>Uskemperova G.S., Paltusheva T.P., Kulbaeva N.Zh., Khaidarova T.S.</b> Reducing the incidence of tuberculosis by health education.....	128
<b>Nabenov K.N.</b> The influence of environmental factors in tropical countries on the prevalence of infectious diseases.....	131
<b>Kulzhanova D.R., Musina Zh.Zh., Uskemperova G.S., Yafarova M.A., Beksultanova D.T.</b> HIV / AIDS prevention in the workplace .....	133
<b>Nabenov K.N.</b> The epidemiological situation of malaria in the world and a global strategy to combat it .....	136
<b>Ermagambetov E.N., Daribaev O.K., Darkulov K.T., Bekbergenova G.A., Musakanova Zh.N.</b> Chicken pox and its prevention in military units.....	138
<b>Bekbergenova G.A., Ermagambetov E.N., Daribaev O.K., Darkulov K.T., Kemelbekov E.T.</b> Botulism.....	140
<b>Daribaev O.K.</b> Poliomyelitis, epidemiology and prevention.....	142
<b>Daribaev O.K.</b> Prevention of intestinal diseases.....	144
<b>Maitanova Sh.T.</b> Tuberculosis. Epidemiology, prevention and control measures in the armed forces.....	146
<b>Maitanova Sh.T.</b> Meningococcal disease. Epidemiology and prevention.....	149
<b>Maitanova Sh.T.</b> Viral hepatitis B. Current problems of parenteral infections (epidemiology, prevention).....	151
<b>Murzhakupov K.Zh, Murzhakupova L.K.</b> The influence of risk factors on morbidity and mortality from tuberculosis.....	153
<b>Murzhakupov K.Zh, Murzhakupova L.K.</b> The influence of social-hygienic factors on the results of diagnostic treatment process of patients in a tuberculosis clinic.....	155
<b>Kulbaeva N.Zh., Suleimanova N.A.</b> Improving the epidemiological situation of tuberculosis by health education.....	158
<b>Maitanova Sh.T.</b> Preventive and anti-epidemic measures for prevention of particularly dangerous infections in the troops...	161
<b>Murzhakupov K.Zh, Murzhakupova L.K.</b> Improvement measures to control tuberculosis in health education.....	163
<b>Murzhakupov K.Zh, Murzhakupova L.K.</b> Main directions for reducing the spread and mortality from tuberculosis in Rudnyi city.....	165
<b>Shaihina A.M., Baisalbekova Z.T.</b> Analysis of results of glucose determination in aqueous phase in the cream products.....	166
<b>Darmenbekova Zh.B.</b> Brucellosis: epidemiological features, clinical manifestations, laboratory diagnosis and prevention.....	168
<b>Maitanova Sh.T.</b> Features of the anti-epidemic measures the troops in field conditions.....	172
<b>Dukebaeva G.A.</b> Practical recommendations for antibiotics using among children with acute respiratory diseases for ambulatory practice.....	173
<b>Saidullaeva S.S.</b> Prevention of tuberculosis on the clinic level.....	175

#### PRACTICAL HEALTHCARE SYSTEM

<b>Alisov S.</b> Diagnosis of diaphragmatic hernia.....	177
<b>Nurusheva S.M.</b> Solving the problem of hair loss. Experience of application drug “Fawly Pharma” .....	178
<b>Usenbaev A.B.</b> Improving the system of rendering dental services to children’s population in Kazakhstan.....	180
<b>Syzdykova Zh.A.</b> Experience of application the drug «Laval» for alopecia treatment.....	181



<b>Atykhanova A.T.</b> Antimicrobial therapy and anti-relapse treatment of community-acquired infections of urinary tract infection (UTI).....	183
<b>Kazakbaeva B.M.</b> Case of giant ovarian cyst detection.....	185
<b>Abdollakzy A.</b> Injuries of nose and paranasal sinuses.....	187
<b>Shinybaeva Zh.K.</b> Magnetic light laser therapy in the patients' treatment.....	189
<b>Kumargalieva G.M.</b> Recovery treatment of children with traumatic brain injury.....	191
<b>Ibraeva G.</b> Baby cyanosis.....	194
<b>Bisenbaeva R.</b> Insult.....	195
<b>Mustafaev A.T.</b> Camels are the attacking the people: an accident or a pattern?.....	197
<b>Ismailov A.B.</b> Alcohol - leading factor of car accidents.....	199
<b>Aletova I.U.</b> First aid for poisoning.....	201
<b>Morozova L.A.</b> Constrictive laryngitis.....	203
<b>Shiryaeva I.A.</b> Encephalomyelitis.....	205
<b>Shiryaeva I.A., Prokhorova S.H., Grushenkova V.N.</b> Spinal amyotrophy of Werdnig-Hoffmann.....	207
<b>Ismailov A.B.</b> Application of Stimol in the treatment of post-abstinence syndrome among patients with alcohol and opioid addictions.....	209
<b>Koshanova Sh.K.</b> Application of Patanol for eye allergies treatment .....	212

УДК 614.7:504:303.6 (574.25)

## **ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ОБ УСЛОВИЯХ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ НА ТЕРРИТОРИИ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Ж.Е. БАТТАКОВА, Т.И. СЛАЖНЕВА, А.А. АДАЕВА**

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

### **Резюме**

В данной статье приведены результаты социологического опроса, проведенного среди жителей г. Экибастуз и пос. Солнечное. Изучено мнение детского и взрослого населения об условиях окружающей среды на территории Павлодарской области.

### **Тұжырым**

Мақалада Экібастұз қаласы мен Солнечное ауылдың тұрғындарының арасында өткізілген әлеуметтік сұраудың нәтижелері көрсетілген. Павлодар облыс аймақтарының қоршаған орта шарты туралы балалар және ересек халықтың пікірінің зерттеулері көрсетілген.

### **Summary**

This article presents the results of a sociological survey conducted among the residents of the Ekibastuz city and Solnechnoye village. Have been studied the opinions of the child and adult population about environmental conditions on the territory of Pavlodar region.

Окружающая среда — это не единственный, но мощный фактор, определяющий такие аспекты здоровья человека как: физическое и психическое состояние, работоспособность и возможности адаптации к изменению внешних условий. Изменения, происходящие в окружающей среде, индуцируются в здоровье человека через реализацию его биологических, социальных или духовных потребностей [1, 2].

Многочисленными наблюдениями доказано, что такие показатели степени благополучия общества как рождаемость, смертность, в том числе детская, средняя продолжительность жизни, структура и частота заболеваний находятся в прямой зависимости от качества среды обитания человека и, в частности, от состава промышленных выбросов. Наряду с перечисленными объективными показателями медицинской статистики и данными специальных научных исследований, немаловажное значение имеет изучение субъективного мнения населения, проживающего в условиях загрязненной окружающей среды, которое предъявляет многочисленные жалобы на неприятные запахи, головные боли, плохое общее самочувствие и другие дискомфортные состояния [3-6].

В данной статье приведены результаты социологического опроса, проведенного в рамках научно-технической программы по разработке и внедрению современных технологий формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний на основе изучения немедицинских детерминант здоровья населения урбанизированных территорий. Было изучено мнение взрослого и детского населения об условиях окружающей среды на территории г. Экибастуз и пос. Солнечное, и ее влияние на здоровье.

На данной территории градообразующими предприятиями являются угольные разрезы. По накоплению загрязняющих веществ г. Экибастуз относится к урбанизированным провинциям. Загрязняющие вещества на данной территории — это пыль, диоксид серы, оксид азота, оксид углерода. Существует высокая корреляционная зависимость заболеваемости населения (0,9-0,7) острыми вирусными инфекциями, болезнями мочевыделительной системы, злокачественными заболеваниями, пневмониями, болезнями органов пищеварения и органов кровообращения с высоким уровнем загрязняющих веществ в окружающей среде.

В исследовании приняло участие 1002 респондента г. Экибастуз и пос. Солнечное (584 человека среди взрослого населения и 418 детей в возрасте от 11 до 17 лет).

Оценивая экологическую ситуацию по месту жительства в целом, большинство респондентов взрослого населения –  $69,72 \pm 1,91\%$ , 95% ДИ = 66,0 – 73,5) оценили ее как неудовлетворительную, около трети опрошенного населения –  $30,0 \pm 1,9\%$ , 95% ДИ = 26,2 – 33,7 дали удовлетворительную оценку, и только, по мнению  $0,35 \pm 0,24\%$  опрошенных (95% ДИ = -0,13 – 0,82) экологические условия на их территории являются «очень хорошими» (рисунок 1).

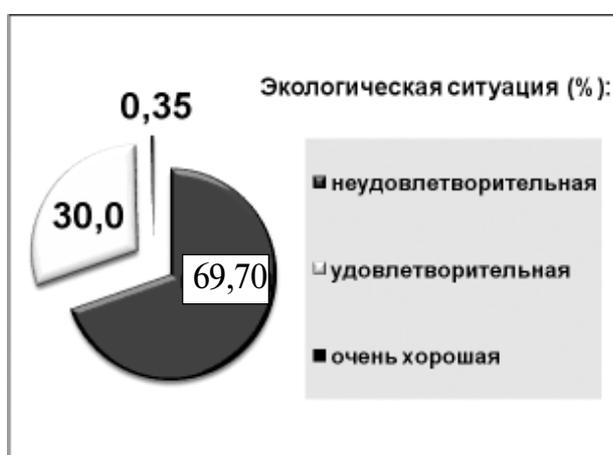


Рисунок 1. Оценка респондентами экологической ситуации по месту жительства (г. Экибастуз, пос. Солнечный)

Согласно опросу, удельный вес лиц ответивших, что проживают в неудовлетворительных экологических условиях достоверно выше среди населения городской местности (г. Экибастуз) –  $72,39 \pm 2,02\%$ , 95% ДИ = 68,4 – 76,4%, чем среди жителей пос. Солнечный –  $55,06 \pm 5,27\%$ , 95% ДИ = 44,7 – 65,4 ( $p < 0,01$ ). Охарактеризовали экологические условия по месту жительства как удовлетворительные  $27,2 \pm 2,01\%$  опрошенных жителей города (95% ДИ = 23,3 – 31,1) и  $44,94 \pm 5,27\%$  жителей села (95% ДИ = 34,6 – 55,2). Распределение ответов респондентов в разрезе «город/село» представлено на рисунке 2.

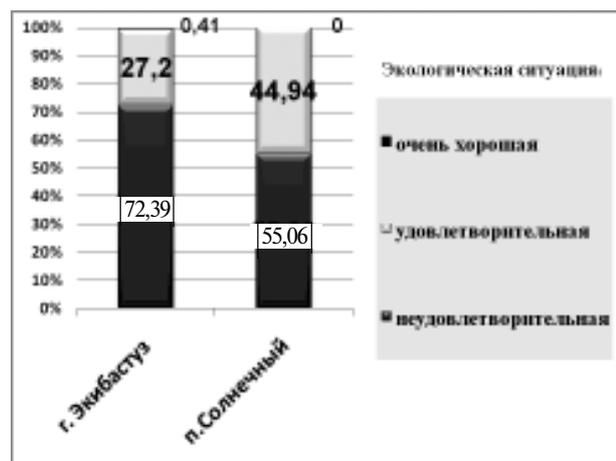


Рисунок 2. Удельный вес опрошенных по оценке экологической ситуации, проживающих в г. Экибастуз и п. Солнечный

Достоверно значимых отличий среди показателей респондентов мужского и женского пола по оценке экологической ситуации выявлено не было.

Воздействие таких неблагоприятных факторов окружающей среды как загрязненность атмосферного воздуха на здоровье отметили  $7,8 \pm 1,1\%$  (95% ДИ = 5,59–9,95) опрошенного населения г. Экибастуз и п. Солнечный. Сравнительная оценка показателей по данной переменной между г. Экибастуз и п. Солнечный не выявила статистически значимой разницы (г. Экибастуз –  $8,37 \pm 1,25\%$ , 95% ДИ = 5,9–10,8; п. Солнечный –  $4,49 \pm 2,2\%$ , 95% ДИ = 0,2 – 8,8%) (Рисунок 3).

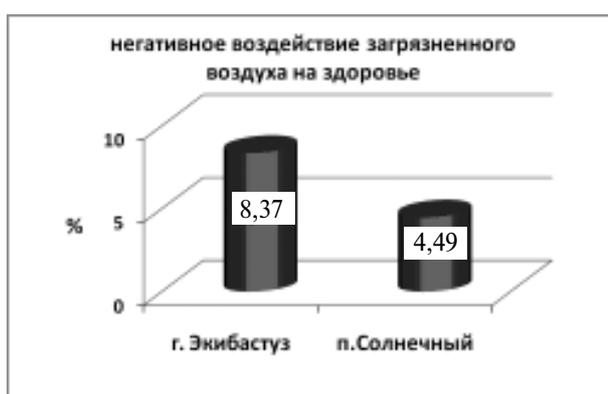


Рисунок 3. Удельный вес респондентов в г. Экибастуз и п. Солнечный, отмечающих неблагоприятное воздействие загрязненного воздуха на свое здоровье

Среди мужского населения неблагоприятное воздействие загрязненного воздуха на здоровье отмечают  $7,86 \pm 2,27\%$ , среди женского –  $7,74 \pm 1,28\%$  респондентов.

Изучение мнения детского населения показало, что большинство ( $59,13 \pm 2,57\%$ , 95% ДИ = 54,1 – 64,2) респондентов оценили окружающую среду как удовлетворительную, в хороших экологических условиях, по мнению опрошенных, проживают  $30,52 \pm 2,4\%$  (95% ДИ = 25,8 – 35,2).  $10,35 \pm 1,52\%$  (95% ДИ = 8,8–14,7) респондентов дали неудовлетворительную оценку (Рисунок 4).



Рисунок 4. Оценка детьми экологической ситуации по месту жительства (г. Экибастуз, пос. Солнечный)

Сравнительная оценка показала, что существует статистически значимая разница между показателями города и села ( $p < 0,05$ ). Так, было выявлено, что достоверно чаще не удовлетворены состоянием экологии респонденты из села –  $18,84 \pm 4,71\%$  (95% ДИ = 9,6 – 28,1), чем респонденты города ( $8,39 \pm 1,61\%$ , 95% ДИ = 5,2 – 11,5).

Согласно опросу, 27,3% детей г. Экибастуз и п. Солнечный указывают на наличие неблагоприятных условий среды на проживаемой территории.

Среди перечисленных факторов преобладали шум автотранспорта –  $11,0 \pm 1,53\%$ , 95% ДИ = 8,0 – 14,0, и близость промышленных и строительных объектов –  $7,42 \pm 1,28\%$ , 95% ДИ = 4,9 – 9,9.

В разрезе г. Экибастуз и п. Солнечный распределение ответов было следующим:

· г. Экибастуз: шум автотранспорта –  $14,7 \pm 2,02\%$ , 95% ДИ = 10,7–18,6; близость промышленных и строительных объектов –  $5,21 \pm 1,27\%$ , 95% ДИ = 2,7–7,7; плохое санитарное состояние территории –  $7,82 \pm 1,53\%$ , 95% ДИ = 4,8–10,8;

· п. Солнечное: шум автотранспорта – 0,9%, 95% ДИ = -0,8–2,6; близость промышленных и строительных объектов –  $13,51 \pm 3,24\%$ , 95% ДИ

= 7,2–19,9; плохое санитарное состояние территории –  $2,7 \pm 1,54\%$ , 95% ДИ = -0,3–5,7 (Рисунок 5).



Рисунок 5. Неблагоприятные факторы среды по месту жительства, отмеченные детьми в г. Экибастуз и п. Солнечный

Негативное воздействие факторов окружающей среды на здоровье отметили  $31,23 \pm 2,37\%$ , 95% ДИ = 26,6 – 35,9% респондентов города и села. Сравнительная оценка показателей по данной переменной между г. Экибастуз и п. Солнечный не выявила статистически значимой разницы (г. Экибастуз –  $35,4 \pm 5,38\%$ , 95% ДИ = 24,8 – 46; п. Солнечный –  $30,1 \pm 2,64\%$ , 95% ДИ = 25 – 35,3%).

**Выводы.** Более чем две трети респондентов среди взрослого населения г. Экибастуз и п. Солнечный – 69,7% дали неудовлетворительную оценку условиям окружающей среды. Негативное влияние факторов окружающей среды на здоровье указали 7,8% респондентов. Среди опрошенных детей около трети респондентов (31,2%) отмечают отрицательное воздействие факторов окружающей среды на свое здоровье. Таким образом, полученные результаты относительно субъективного мнения населения свидетельствуют о наличии неблагоприятных факторов окружающей среды на изучаемой территории и их негативном влиянии на состояние здоровья.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гичев Ю.П. Теоретические аспекты экологии человека // Биологические: аспекты экологии человека: Сборник материалов. Всероссийской конференции с межд. участием. Приложение к журналу «Экология человека» №4. -Том 1 - Архангельск, 2004. - С. 118-122.

2. Маймулов В.Г., Нагорный А.В., Шабров С.В. Основы системного анализа в эколого-гигиенических исследованиях.- СПб.: СПб ГМА им. И.И. Мечникова, 2001.-420 с.

3. Гильденскиольд Р.С., Винокур И.Л., Бобылева О.В. Экологические факторы ухудшения демографической ситуации // Гигиена на рубеже XXI века: Материалы научно-практ. конф. / Под ред. А.И. Потапова. Ч. I.- Воронеж, 2002.-С. 112-117.

4. Косарев В.В., Сиротко И.И. Загрязняющие факторы окружающей среды крупного промышленного центра // Гигиена и санитария. - 2002. - № 1. С. 6-8.

5. Кучма В.Р. Проблемы мониторинга состояния здоровья детского населения в связи с факторами окружающей среды // Гигиена и санитария. - 1993. - № 11. - С. 4-7.

6. Кутепов Е.Н., Вашкова В.В., Чарыева Ж.Г. Особенности воздействия факторов окружающей среды на состояние здоровья отдельных групп населения // Гигиена и санитария. - 1999. - №6. - С. 13-17.

УДК 613.62:304.3:622.33

## ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ (НА ПРИМЕРЕ ГОРОДОВ АКТАУ И ЖАНАОЗЕН)

**Ж.Е. БАТТАКОВА, Т.И. СЛАЖНЕВА, М.А. ДАРИШЕВА, Т.С. ХАЙДАРОВА,**  
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы

### Резюме

В статье приведены результаты анализа качества жизни взрослого населения, проживающего в городской местности. Опрос проведен с использованием стандартизованного международного опросника по оценке качества жизни SF-36. Наиболее низкими показателями качества жизни в изучаемых городах являются жизнеспособность, психическое и общее здоровье.

### Тұжырым

Мәтінде қалада тұратын жасы үлкен тұрғындардың өмір сапасының нәтижелері көрсетілген. Сауалдама SF-36 өмір сапасын бағалау халықаралық сұраушы үлгісін пайдаланып жүргізілді. Зерттеген қалаларда өмір сапасының төмен көрсеткіштері: өмір қабілеттілігі, психикалық және жалпы денсаулық болып табылады.

### Summary

Article shows results of analysis quality of life among adult population living in urban areas. The survey carried out with using a standardized international SF-36-questionnaire. In studied cities the lowest levels of indicators quality of life are vitality, mental and general health.

В современной медицине качество жизни (КЖ) признано одним из ключевых критериев, отражающих состояние здоровья в отношении потенциальных рисков. Изучение качества жизни является общепринятым в международной практике, а также высокоинформативным, чувствительным и экономичным методом оценки состояния здоровья населения [1-3].

Простой и приемлемой в применении является оценка КЖ согласно вопроснику SF-36. SF-36 – это общий стандартизированный вопросник здоровья (J.Ware, 1998) по 36 пунктам и 8 основным критериям:

1. Физическое функционирование (физическая активность);

2. Ролевое физическое функционирование (ролевые ограничения вследствие проблем физического здоровья);

3. Ролевое эмоциональное функционирование (ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем);

4. Жизнеспособность;

5. Психическое здоровье (эмоциональное благополучие);

6. Социальное функционирование (социальная активность);

7. Боль;

8. Общее здоровье.

Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье.

Опросник является общим и может быть использован для оценки качества жизни в популяционных группах [4].

Целью настоящего исследования было изучение качества жизни взрослого населения, проживающего в г. Актау и г. Жанаозен Западно-Казахстанской области. Всего в опросе приняло участие 721 человек, из них в г. Актау - 406 и г. Жанаозен - 315. Согласно общепринятой классификации в статистике, респонденты были разделены на 4 возрастные группы: 18-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет и 50 лет и старше.

Как видно из таблиц 1-2 низкими для респондентов обоих городов являются 2 параметра - жизнеспособность, который характеризует полноту сил, энергии и показатель психического здоровья, т.е. эмоционального благополучия респондентов. В двух изучаемых городах наиболее высокие значения показателей выявлены по параметру социального функционирования (социальной активности), который характеризует уровень социальных контактов (общение, проведение времени с друзьями, семьей, соседями, в коллективе) и возможное их ограничение по причине физического или эмоционального состояния.

Сравнительный анализ качества жизни населения проживающего в г. Актау и г. Жанаозен показал, что такие параметры как физическое функционирование ( $p < 0,01$ ), жизнеспособность ( $p < 0,02$ ) и психическое здоровье ( $p < 0,05$ ) дос-

товерно выше в г. Актау по сравнению с г. Жанаозен.

Вместе с тем, по таким показателям как ролевое эмоциональное ( $p < 0,001$ ) и ролевое физическое функционирование ( $p < 0,01$ ) качество жизни населения в г. Актау на 9 и более единиц ниже, чем в г. Жанаозен.

Анализ изменения качества жизни в 4-х возрастных группах показал, что наиболее низкое качество жизни практически по всем шкалам опросника отмечено в двух возрастных группах «40-49 лет» и «50 лет и старше».

Как и в г. Актау, так и в г. Жанаозен показатель общего состояния здоровья исследуемых постепенно снижается с увеличением возраста респондентов на 3-7 единиц в каждой возрастной группе. Соответственно чем ниже показатель, тем хуже состояние здоровья респондентов.

Эти данные согласуются с показателями боли, которые постепенно снижаются в более старших возрастных группах, что свидетельствуют о том, что с увеличением возраста боль все значительней ограничивает физическую активность исследуемых.

Таким образом, на урбанизированных территориях снижены такие параметры качества жизни как жизнеспособность и психическое здоровье, которые являются индикаторами эмоционального благополучия и жизненной активности исследуемых. Низкие значения данных параметров свидетельствуют об утомлении исследуе-

Таблица 1. Параметры качества жизни среди респондентов, проживающих в г. Актау

Параметры	n	M	m	$\sigma$
Физическое функционирование	403	83,62	0,93	18,65
Ролевое физическое функционирование	403	79,52	2,01	40,4
Ролевое эмоциональное функционирование	405	77,04	2,09	44,11
Жизнеспособность	405	58,73	1,1	22,11
Психическое здоровье	405	65,03	1,08	21,81
Социальное функционирование	405	96,79	0,64	12,89
Боль	405	88,69	1,18	23,78
Общее здоровье	405	70,16	1,24	24,92

Таблица 2. Параметры качества жизни среди респондентов, проживающих в г. Жанаозен

Параметры	n	M	m	$\sigma$
Физическое функционирование	306	80,61	1,35	23,71
Ролевое физическое функционирование	306	90,52	1,68	29,33
Ролевое эмоциональное функционирование	316	86,39	1,92	34,21
Жизнеспособность	316	52,98	1,4	24,93
Психическое здоровье	316	61,6	1,34	23,81
Социальное функционирование	316	94,94	0,99	17,52
Боль	316	87,0	1,29	22,91
Общее здоровье	316	71,88	1,44	25,66

мых, снижении их жизненной активности, наличии депрессивных и тревожных состояний, психологическом неблагополучии.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Baker F. Quality of life in the evaluation of community support systems / Baker F., Intagliata J. // Evaluation and Program planning.-1982.- Vol. 5.- P. 69-79;
2. Шевченко Ю.А. Качество жизни в кардиологии // Вестник РВМА. 2000. -№ 2 - С. 5-15;
3. Wenger N.K., Mattsen M.E., Furberg C.D., Elinson J. Am J. Cardiol. 1998; 54: 908-913.
4. Новик А.А., Ионова Т.И. Исследование качества жизни в медицине: учеб. пос./ под ред. Ю.Л. Шевченко. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – 304с.

УДК 616-021+616-056.8:613:303 (574.51)

### ИЗУЧЕНИЕ ДЕТЕРМИНАНТ ЗАБОЛЕВАНИЙ, СВЯЗАННЫХ С ОБРАЗОМ ЖИЗНИ (НА ПРИМЕРЕ АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ)

**М.А. ДАРИШЕВА, А.К. ЖУСУПОВ, А.А. АДАЕВА,  
А.А. АКИМБАЕВА, А.Е. АБДЫМАНАПОВА**

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

#### Резюме

В статье приведены результаты социологического опроса взрослого населения Алматинской области. Изучена распространенность таких поведенческих факторов риска как табакокурение, злоупотребление алкоголем, недостаточное употребление овощей и фруктов, низкая физическая активность и другие.

#### Тұжырым

Мақалада Алматы облысындағы ересек тұрғындар арасындағы әлеуметтік сұраудың нәтижелері келтірілген. Алкогольді шамадан тыс пайдалану, темекі тарту, көкөністер мен жемістердің жеткіліксіз қолдануы, физикалық белсенділігінің төмен деңгейі, мынадай қауіп-қатер факторларының таралуы талқыланған.

#### Summary

Article shows results of sociological poll among adult population living in Almaty oblast. Prevalence of behavioral risk factors as tobacco smoking, alcohol abuse, low level of vegetables and fruit consumption, low physical activity were studied.

В развитии большинства хронических неинфекционных заболеваний важную роль играют личные привычки и социальные условия, модели поведения и такие факторы, как курение, питание, потребление алкоголя, физическая активность, а именно те факторы, которые подвержены влиянию культурной среды. Подверженность этим детерминантам заболеваний, связанных с образом жизни в основном является добровольной и значит, может быть изменена, а риск развития заболевания – значительно снижен [1,2].

С целью изучения распространенности поведенческих факторов риска нами проведен социологический опрос взрослого населения Алматинской области. Всего в Алматинской области приняло участие 690 человек, из них в г.Талдыкорган - 345 человек, с. Отенай – 345 человек.

Распределение по полу: мужчин – 342, женщин – 348 человек.

Процент участников исследования, имеющих высшее образование, выше в городской местности (44,6%), по сравнению с сельской (12,5%). В селе выше процент лиц имеющих среднеспециальное образование (40,9%). По социальному статусу в структуре опрошенных в г.Талдыкорган преобладают служащие (32,8%), частные предприниматели (24,6%) и рабочие (19,1%). В с.Отенай более половины опрошенных являются рабочими и 19,1% - служащими. По данным опроса, в с.Отенай по сравнению с г.Талдыкорган выше процент безработных ( $p=0,01$ ).

Изучение источников информации о здоровом образе жизни (ЗОЖ) показало, что в сельской местности выше процент респондентов получа-

ющих информацию от медицинских работников –  $49,3 \pm 2,69\%$ , по сравнению с жителями города –  $29,6 \pm 2,46\%$  ( $p=0,001$ ).

В Алматинской области более половины респондентов подвергаются воздействию пассивного курения, из них в городе –  $59,4 \pm 2,64\%$  и в селе –  $52,5 \pm 2,69\%$ . При этом мужчины более подвержены негативному влиянию пассивного курения (город –  $68,8 \pm 3,55\%$ ; село –  $62,2 \pm 3,76\%$ ), чем женщины (город –  $50,3 \pm 3,578\%$ ; село –  $42,8 \pm 3,7\%$ ).

Распространенность табакокурения, в целом по Алматинской области составила  $32,9 \pm 1,79\%$ , из них в г.Талдыкорган –  $39,1 \pm 2,63\%$  и с.Отеный –  $26,7 \pm 2,38\%$ . Таким образом, в сельской местности распространенность табакокурения достоверно ниже, чем в городе ( $p=0,001$ ).

По результатам опроса распространенность курения среди мужчин в возрастных группах 30-39 лет, 40-49 лет и 50 лет и старше значительно выше по сравнению с женщинами (рисунок 1). Вместе с тем в возрастной группе 18-29 лет курят приблизительно равное количество мужчин и женщин.

Выявлены определенные различия в количестве выкуриваемых сигарет в день между полами. Так, установлено что  $68,1 \pm 5,42\%$  респондентов женского пола курят менее 5 сигарет в день. В то время как среди мужчин значительное большинство курят от 5 до 20 сигарет в день ( $58,7 \pm 4,63\%$ ), каждый четвертый – более 20 сигарет в день. Следовательно, в среднем мужчины выкуривают большее количество сигарет в день по сравнению с женщинами.

Распространенность употребления алкоголя в Алматинской области составила  $39,2 \pm 1,86\%$ , из них среди мужчин –  $50,6 \pm 2,7\%$  и женщин –  $27,9 \pm 2,4\%$ . При этом распространенность употребления алкоголя в сельской местности ниже, чем в городской (рисунок 2).

Нами изучены виды и еженедельные дозы употребления алкогольных напитков. Установлено, что наиболее популярным алкогольным напитком является пиво. Так среди мужчин употребляют пиво  $93,1\%$  респондентов, еженедельно употребляют до 4-х литров пива –  $59,5\%$  и более 4-х литров –  $33,5\%$ . Следовательно, треть респон-

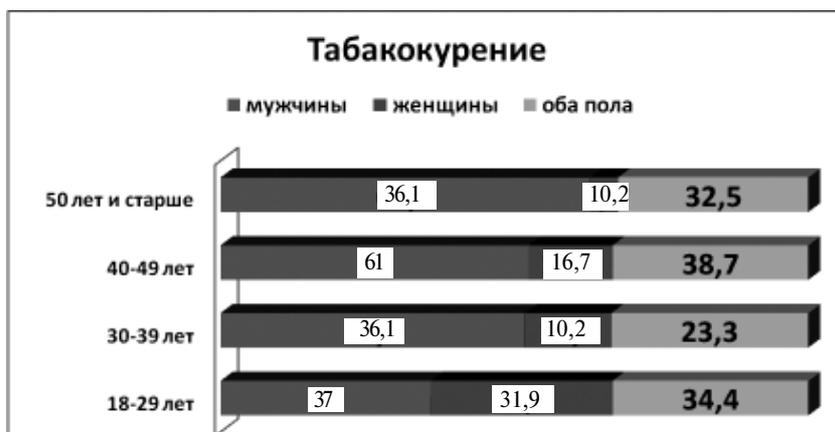


Рисунок 1. Распространенность табакокурения среди взрослого населения Алматинской области в разрезе пола и возраста, (%)

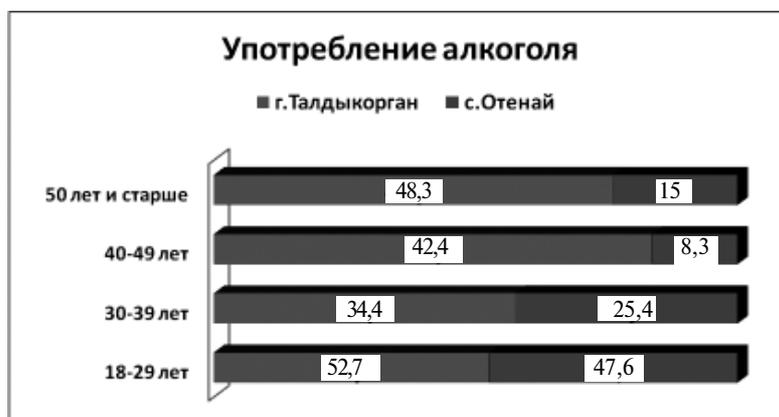


Рисунок 2. Употребление алкоголя среди взрослого населения Алматинской области в разрезе возраста, (%)

дентов изучаемого региона употребляют пиво в опасных дозах. Среди женщин 76,3% опрошенных указали, что употребляют пиво. Ежедневно употребляют до 2-х литров пива - 73,2% респондентов и более 2 литров - 3,1%. Вино употребляют 32,7% респондентов мужского пола и 62% женского. Большинство из них пьют вино в безопасных дозах. Употребляет крепкие спиртные напитки 35,8% мужчин и 17,5% женщин принявших участие в исследовании. Среди мужчин каждый десятый опрошенный употребляет крепкие алкогольные напитки в опасных дозах. Среди женщин не выявлено лиц употребляющих крепкие напитки в опасных для здоровья дозах.

В рационе значительного большинства респондентов Алматинской области преобладают мясные продукты (78,1±1,57%). При этом данный показатель достоверно выше среди респондентов мужского пола (92,4±1,14%), по сравнению с женщинами (64,1±2,07%) ( $t=11,99$ ). Среди жен-

щин выше процент респондентов, в рационе которых преобладают каши ( $p=0,001$ ) (рисунок 3).

В изучаемом регионе 41,7% респондентов не употребляют достаточно овощей и фруктов. В сельской местности выше процент лиц, употребляющих недостаточное количество овощей и фруктов в день ( $p=0,01$ ) (таблица 1).

В Алматинской области только 11% респондентов регулярно выполняют физические упражнения и всего 3,33% регулярно посещают спортивные комплексы. Из числа опрошенных - 1,3% занимаются профессиональным спортом. Таким образом, выявлен низкий уровень физической активности, особенно низкие показатели среди женщин (таблица 2).

38,1% респондентов отметили, что часто испытывают стресс в жизни. Разность значений между городом и селом изучаемого региона не достоверна. По результатам опроса 22,6±1,59% респондентов имеют хронические заболевания (город - 22,9±2,26%, село - 22,3±2,24).



Рисунок 3. Продукты питания преобладающие в рационе взрослого населения Алматинской области в разрезе пола, (%)

Таблица 1. Недостаточное употребление овощей и фруктов ежедневно (менее 400 грамм) среди взрослого населения Алматинской области, (%)

	г.Талдыкорган	с.Отенай	Алматинская область
мужчины	34,1±4,21	49,4±3,94	41,8±2,91
женщины	39,4±4,34	43,9±3,91	41,7±2,91
оба пола	36,8±2,6	46,7±2,69	41,7±1,88

Таблица 2. Показатели физической активности среди взрослого населения Алматинской области в разрезе пола, (%)

	мужчины	женщины	оба пола
нет	41,5±2,6	62,4±2,56	52±1,9
нерегулярно	35,1±3,2	29,6±3,06	32,3±1,78
регулярно выполняю физические упражнения	16,1±4,21	6,03±2,73	11±1,19
регулярно посещаю спорткомплексы	5,26±0,34	1,44±0,7	3,33±0,68
занимаюсь профессиональным спортом	2,05±0,8	0,57	1,3±0,43

Респонденты проживающие в г.Талдыкорган имеют более высокую самооценку здоровья, чем жители с.Отенай. Совершали попытки изменить свой образ жизни в пользу более здорового, и избавиться от вредных привычек -  $77 \pm 1,6\%$  респондентов. Достоверно большее число женщин, по сравнению с мужчинами, совершали подобные попытки ( $p=0,01$ ).

Таким образом, респонденты села чаще обращаются за информацией о здоровом образе жизни к медицинским работникам, по сравнению с жителями города. Несмотря на то, что во всех возрастных категориях распространенность курения выше среди мужчин, в возрасте 18-29 лет курят приблизительно равное количество мужчин и женщин. Мужчины выкуривают большее количество сигарет в день и имеют более продолжительный стаж курения, что свидетельствует о более высокой интенсивности курения и

риске развития никотино обусловленных заболеваний среди мужчин.

Наиболее популярным алкогольным напитком является пиво. Среди мужчин треть респондентов употребляют алкоголь в опасных дозах. Крепкие алкогольные напитки в опасных дозах употребляет каждый десятый респондент мужского пола. Значительный процент опрошенных изучаемого региона употребляют недостаточное количество овощей и фруктов в день, и имеют низкий уровень физической активности.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Профилактика через первичное здравоохранение.- Б.: Одиссей 2003. -168 с.

2. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Сейдуманов С.Т. Политика формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан: становление и развитие, Алматы, 2010.

УДК 616.1-084 (01)

### ОЦЕНКА КАЧЕСТВА И РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

**В.Е. ЕГОРЫЧЕВ**

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

#### Резюме

Возникновение и исходы сердечно-сосудистых заболеваний во многих случаях определяются наличием различных поведенческих факторов риска. Это способствовало повышению интереса специалистов к вопросам оценки качества и результативности программ профилактики поведенческих факторов. Для оценки результативности этих программ используются такие основные показатели как заболеваемость, смертность, качество жизни, DALY, QALY. В процессе оценки качества программ важное значение имеют их доступность и реализация на практике.

#### Тұжырым

Жүрек-тамыр ауруларының туындауы және нәтижесі көп жағдайда өртүрлі мінез-құлық қауіп факторларының болуымен айқындалады. Бұл мінез-құлық факторларының алдын алу бағдарламаларының сапасы мен нәтижелілігін бағалау мәселелеріне мамандардың қызығушылығын арттыруға ықпал етті. Осы бағдарламалардың нәтижелілігін бағалау үшін сырқаттанушылық, өлу, өмір сүру сапасы, DALY, QALY сияқты негізгі көрсеткіштер пайдаланылады. Бағдарламалардың сапасын бағалау барысында олардың (нақты) іске асырылуы мен қолжетімділігі маңызды болады.

#### Summary

The emergence and outcomes of cardiovascular disease is largely determined by the presence of various behavioral risk factors. This has contributed to an increasing interest of specialists in the assessment of the quality and effectiveness of prevention programs of behavioral factors. To evaluate the effectiveness of these programs use the basic indicators such as morbidity, mortality, quality of life, DALY, QALY. In assessing the quality of programs is the value of their feasibility, and availability.

Развитие сердечно-сосудистых заболеваний в значительной степени обусловлено наличием различных поведенческих факторов риска, таких как нерациональное питание, низкая физическая активность, курение, низкая медицинская активность и другие. [1, 2, 3, 4, 5, 6].

О важной роли поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний свидетельствует тот факт, что у молодых людей, имеющих комплекс модифицируемых неблагоприятных факторов, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в трудоспособном возрасте в 7-8 раз выше, чем у сверстников без таких факторов [7].

Необходимо отметить, что в связи с высокой заболеваемостью и распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний в последние годы среди специалистов отмечается растущий интерес к руководствам по оценке эффективности программ профилактики этой патологии [8,9].

Программы профилактики поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний проводятся в основном на уровне организаций первичной медицинской помощи. Важным аспектом осуществления программ профилактики сердечно-сосудистых заболеваний путем снижения интенсивности воздействия факторов риска на уровне общины является возможность включения в такие программы непрофессиональных консультантов. При этом вмешательства, основанные на общинном подходе, имеют, как правило благоприятное соотношение затраты - эффективность [10,11,12].

Важными источниками сведений относительно качества и результативности программ профилактики поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний являются данные анкетирования, интервьюирования и отчеты участников исследования о своем состоянии здоровья, о наличии и динамике модифицируемых факторов риска [13].

Современные программы профилактики поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний обычно включают образовательные модули, использование технологий телемедицины (Интернет, видеоконференции), различные методы улучшения диеты, физической активности, ментального здоровья и качества жизни [14,15,16,17,18,19].

Для оценки качества и результативности программ профилактики поведенческих факторов риска используют такие социально значимые показатели, как смертность, заболеваемость, распространенность патологии, качество жизни, годы жизни с поправкой на инвалидность (DALY), годы жизни с поправкой на качество жизни (QALY), удельный вес числа случаев заболеваний, предотвратимых в результате воздействия на факторы риска [20,21,22,23].

Однако в ряде случаев необходим достаточно продолжительный период времени для того, чтобы та или иная программа в области общественного здравоохранения оказала достоверное позитивное воздействие на показатели заболеваемости и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, поэтому для оценки качества и результативности профилактики поведенческих факторов риска развития данной патологии целесообразно использование промежуточных измерений [24].

К таким индикаторам можно отнести распространенность различных поведенческих факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний, а также распространенность отклонений состояния здоровья, которые могут косвенно свидетельствовать о наличии неблагоприятных поведенческих факторов, способствующих развитию данной патологии. Речь идет о распространенности недостаточной физической активности, нерационального питания, курения, частых стрессовых ситуаций, злоупотребления алкоголем [25,26,27]. Косвенно о наличии неблагоприятных поведенческих факторов развития сердечно-сосудистых заболеваний могут свидетельствовать такие индикаторы, как распространенность повышенного артериального давления, индекса массы тела более 25 кг/м<sup>2</sup>, превышение нормативных параметров окружности пояса [28,29]. Для оценки эффективности программ профилактики поведенческих факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний можно использовать оценку таких показателей, как содержание общего холестерина в крови, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности, гликемия, микроальбуминурия [30,31]. Учитывая то, что многие люди с гипертонией годами могут пребывать в неведении относительно того, что у них повышено артериальное давление, для оценки результативности профилактических программ большое значение имеет показатель осведомленности лиц с гипертонией о своем состоянии здоровья [32].

Необходимо отметить, что результативность не является единственной характеристикой, с помощью которой можно оценить достоинства либо недостатки той или иной программы в области профилактики заболеваний. В практическом плане при оценке той или иной программы необходимо учитывать ее осуществимость (реальность) и доступность [33].

Таким образом, возникновение и исходы сердечно-сосудистых заболеваний в значительной

степени определяются наличием различных поведенческих факторов риска. Это способствовало повышению интереса специалистов к вопросам оценки качества и результативности программ профилактики поведенческих факторов. Для оценки результативности этих программ используют такие основные показатели, как заболеваемость, смертность, качество жизни, DALY, QALY. Однако, в реальности ощущается потребность в промежуточных оценках, для которых могут быть использованы распространенность поведенческих факторов сердечно-сосудистых заболеваний, также показатели индивидуально-го здоровья: артериальное давление, индекс массы тела, окружность пояса, содержание общего холестерина в крови, липопротеинов низкой плотности, липопротеинов высокой плотности, гликемия, микроальбуминурия и др. При оценке качества программ имеет значение их осуществимость (реальность) и доступность.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- 1 Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний, ранжирование факторов риска. Современные модели профилактической системы здравоохранения. К.П. Ошакбаев, Т.И. Аманов, Т.И. Слажнева, Н.И. Назирова, Ш.И. Каржаубаева, Г.У. Кулкаева, А.Ж. Жылкайдарова. Под ред. проф. Ж. Абылайулы, К.А. Тулебаева. Алматы, 2008. 150 с.
- 2 Тулебаев К.А., Нерсесов А.В., Назирова Н.В. и др. Алгоритмы действий медицинских работников первичной медико-санитарной помощи по пропаганде здорового образа жизни, профилактике факторов риска основных социально значимых заболеваний: Протоколы профилактической деятельности. – Астана-Алматы, 2007. – 48 с.
- 3 Koelewijn-van Loon M.S., van der Weijden T., van Steekiste B., Ronda G. et al. Involving patients in cardiovascular risk management with nurse-led clinics: a cluster randomized controlled trial // CMAJ. 2009, №181(12), P. 267-274.
- 4 Hayes S.N., Broken-hearted women: the complex relationship between depression and cardiovascular disease // Women Health. 2009, №5 (6), P.709-725.
- 5 Cop-Blazic N., Zavoreo I. There no healthy level of smoking // Acta Clin Croat. 2009, №48 (3), P. 371-376.
- 6 Sacco R.L., Khatri M., Rundek T., Xu Q., Gardener H. et al. Improving global vascular risk prediction with behavioral and anthropometric factors. The multiethnic NOMAS (Northern Manhattan Cohort Study) // J. Am. Coll. Cardiol. 2009. №54 (24) P. 2303-2311.
- 7 Евстафьева М.Е., Джанибекова А.Р., Еремин М.В., Кветковская А.А., Подушинский А.Ю., Памукчи С.В., Семенова Ф.С., Орехова Н.В. Подходы к оценке сердечно-сосудистого риска у лиц молодого возраста // Профилактическая медицина. 2011, т.14, №5, С. 7-11.
- 8 Manuel D.G. The effectiveness of national guidelines for preventing cardiovascular disease: integrating effectiveness concepts and evaluating guidelines' use in the real world // Curr. Opin. Lipidol. 2010, №21 (4), P.359-365.
- 9 Lenfant C. Can prevention of hypertension work? // Am. J. Ther. 2008, №15 (4), P.334-339.
- 10 Saha S., Gerdtham U.G., Johansson P. Economic evaluation of lifestyle interventions for preventing diabetes and cardiovascular diseases // Int. J. Environ Res. Public Health. 2010, №7 (8), P.3150-3195.
- 11 Fleury J., Keller C., Perez A., Lee S.M. The role of lay health advisors in cardiovascular risk reduction: a review // Am. J. Community Psychol. 2009, №44 (1-2), P. 28-42.
- 12 Jilcott S.B., Keyserling T.C., Samuel-Hodge C.D., Rosamond W., Garcia B., Will J.C., Farris R.P., Ammerman A.S. Linking clinical care to community resources for cardiovascular disease prevention: the North Carolina Enhanced WISEWOMAN project // J. Womens Health (Larchmt). 2006, № 15 (5), P.569-583.
- 13 Pazoki R., Nabipour I., Seyednezami N., Imami S.R. Effects of a community-based healthy heart program on increasing healthy women' physical activity: a randomized controlled trial guided by Community-based Participatory Research (CBPR) // BMC Public Health. 2007, №23 (7), P. 216.
- 14 Filardo G., Nicewander D., Herrin J., Edwards J., Galimbetti P., Tietze M., McBride S., Guderson J., Collinsworth A., Haydar Z., Williams J., Ballard D.J. A hospital-randomized controlled trial of a formal quality improvement educational program in rural and small community Texas hospitals: one year results // Int. J. Qual. Health Care. 2009, №21 (4), P.225-232.
- 15 Merrill R.M., Aldana S.G., Ellrodt G., Orsi R., Grelle-Laramee J. Efficacy of the Berkshire Health System Cardiovascular Health Risk Reduction Program // J. Occup. Environ. Med. 2009, №51 (9), P. 1024-1031.
- 16 Evangelista L.S., Heber D., Li Z., Bowerman S., Hamilton M.A., Fonarow G.C. Reduced body weight and adiposity with a high-protein diet improves functional heart failure: a feasibility study // J. Cardiovasc. Nurs. 2009, №24 (3), P.207-215.
- 17 Farrell M.A., Hayashi T., Loo R.K., Rocha D.A., Sanders C., Hernandez M., Will J.C. Clinic-based nutrition and lifestyle counseling for Hispanic women delivered by community health workers: design of the California WISEWOMAN study // J. Women Health (Larchmt). 2009, №18 (5), P.733-739.
- 18 Cochrane T., Davey R.C. Increasing uptake of physical activity: a social ecological approach // J.R. Soc. Promot. Health. 2008, №128 (1), P.31-40.
- 19 Fanaian M., Laws R.A., Passey M., McKenzie S., Wan Q., Davies G.P. Lyle D., Harris M.F. Health improvement and prevention study (HIPS) – evaluation of intervention to prevent vascular disease in general practice // BMC Fam. Pract. 2010, №5 (11), P.57.
- 20 Jacobs N., Evers S., Ament A., Claes N. Cost-utility of a cardiovascular prevention program in highly educated adults: intermediate results of a randomized controlled trial // Int. J. Technol. Assess. Health Care. 2010, № 26 (1), P. 11-19.

- 21 Chew D.P., Carter R., Rankin B., Boyden A., Egan H. Cost effectiveness of a general practice chronic disease management plan for coronary heart disease in Australia // *Aust. Health Rev.* 2010, №34 (2), P. 162-169.
- 22 Neubeck L., Redfern J., Fernandez R., Briffa T., Bauman A., Freedman S.B. Telehealth interventions for the secondary prevention of coronary heart disease: a systematic review // *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* 2009, №16 (3), P.281-289.
- 23 Фишман Б.Б., Фоменко Л.А., Родионова Ю.М., Стариков П.В., Михайлова Г.В., Хорошевская А.И., Зиннштайн Б.С., Приходько А.Е. Оценка эффективности мероприятий по уходу за больным с мозговым инсультом в восстановительном периоде во внебольничных условиях (на примере Новгородской области) // *Профилактическая медицина.* 2011, т.14, №5, С.21-26.
- 24 Brownson R.C., Baker E.A., Leet T.L., Gillespie K.N. Evidence-based public health. 2003. Oxford, 235 p.
- 25 Rodondi N., Bovet P., Hayoz D., Cornuz J. The Impact of CARotid plaque Screening on Smoking (CAROSS) cessation and control of other cardiovascular risk factors: Rationale and design of a randomized controlled trial // *Contemp Clin Trials.* 2008, №29 (5), P. 767-773.
- 26 Balcazar H.G., Byrd T.L., Ortiz M., Tondapu S.R., Chavez M. A randomized community intervention to improve hypertension control among Mexican Americans: using the promotoras de salud community outreach model // *J. Health Care Poor Underserved.* 2009, №20 (4), P. 1079-1094.
- 27 Warren J.M., Ekelund U., Besson H., Mezzani A., Geladas N., Vanhees L. Assessment of physical activity – a review of methodologies with reference to epidemiological research: a report of the exercise physiology section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation // *Eur. J. Cardiovasc. Prev. Rehabil.* 2010, № 17 (2), P. 127-139.
- 28 Racette S.B., Deusinger S.S., Inman C.L., Burlis T.L., Highstein G.R., Buskirk T.D., Steger-May K., Peterson L.R. Worksite Opportunities for Wellness (WOW): effects on cardiovascular disease risk factors after 1 year // *Prev. Med.* 2009, №49 (2-3), P.108-114.
- 29 Egan B.M., Laken M.A., Donovan J.L., Wooson R.F. Does dark chocolate have a role in the prevention and management of hypertension?: commentary on the evidence // *Hypertension.* 2010, № 55 (6), P. 1289-1295.
- 30 Grover S.A., Coupal L., Lowensteyn I. Determining the cost-effectiveness of preventing cardiovascular disease: are estimates calculated over the duration of a clinical trial adequate? *Can. J. Cardiol.* 2008, № 24 (4), P.261-266.
- 31 Groeneveld I.F., Proper K.I., van der Beek A.J., Hildebrandt V.H., van Mechelen W. Lifestyle-focused interventions at the workplace to reduce the risk of cardiovascular disease – a systematic review // *Scand. J. Environ Health.* 2010, № 36 (3), P. 202-215.
- 32 Morera G.C., Cipullo J., Martin J.F., Ciorlia L.A., Godoy M.R., Cesarino C.B., Cordeiro J.A., Lupino P.L., Ciorlia G., Burdmann E.A. Evaluation of the awareness, control and cost-effectiveness of hypertension treatment in a Brazilian city: populational study // *J. Hypertens.* 2009, № 27 (9), P. 1900-1907.
- 33 Sangster J., Furber S., Allman-Farinelli M., Haas M., Phongsavan P., Mark A., Bauman A. A population-based lifestyle intervention to promote healthy weight and physical activity in people with cardiac disease: the PANACHE (Physical Activity, Nutrition And Cardiac Health) study protocol // *BMC Cardiovasc.Disord.* 2010, № 8 (10), P.17.

УДК 616.1-084-035.4

**ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ  
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ****Т.С. ХАЙДАРОВА**

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

**Резюме**

В уменьшении влияния факторов риска на состояние здоровья пациентов и больных гипертонической болезнью, решающую роль играет изменение образа жизни пациента или немедикаментозные методы профилактики и лечения. В отличие от лекарственной терапии, воздействующей на отдельное звено патогенеза АГ, несомненным преимуществом немедикаментозных методов является их физиологическое влияние на весь организм.

**Тұжырым**

Гипертониялық ауруды емделушілер және ауруларды денсаулықтың күйіне қауіп-қатер факторларын әсер кішірейтуде, шешуші рөл емделушіні өмір сүрудің өзгерісі немесе профилактика және емдеудің дәрі-дәрмексіз әдістері ойнайды. Дәрі терапиядан айырмашылыққа артериялық гипертонияның патогенезі жеке буынына әсер ететін, дәрі-дәрмексіз әдістердің артықшылығы барлық организмге оның физиологиялық әсері болып табылады.

**Summary**

In reducing the influence of risk factors on the health of patients and patients with essential hypertension, the decisive role plays the changing of lifestyle or non-drug methods of prevention and treatment. Unlike drug therapy, which acting on a single link in the pathogenesis of hypertension, an undoubted advantage of non-drug methods is their physiological effects on the whole body.

Следует учесть, что практически все лекарственные средства, применяемые в терапии артериальной гипертонии (АГ) могут оказывать побочное действие, особенно при многолетнем и комбинированном применении. Спектр этих побочных эффектов достаточно широк – от аллергических реакций до развития толерантности к препарату и синдрома отмены, не говоря уже о возможности прямого токсического действия лекарств при его передозировке. Это требует постоянного и тщательного контроля над медикаментозным лечением, своевременной коррекции доз препаратов, что может в конечном итоге приводить к определенной психологической зависимости больного от принимаемых им лекарственных средств. К этому следует добавить, что современное медикаментозное лечение не всегда экономически доступно и может ложиться тяжким бременем на бюджет больного, создавая дополнительное психоэмоциональное напряжение.

В настоящее время имеется целый ряд весьма значимых факторов риска, которые участвуют в патогенезе АГ, усугубляют течение заболевания, способствуют развитию осложнений и неэффективности лекарственной терапии: избыточная масса тела, курение, гиподинамия, повышенное потребление с пищей поваренной соли и др. В уменьшении патогенного влияния факторов рис-

ка на состояние больных ГБ, решающую роль играет изменение образа жизни пациента или немедикаментозные методы лечения. В отличие от лекарственной терапии, воздействующей на отдельное звено патогенеза АГ, несомненным преимуществом немедикаментозных методов является их физиологическое влияние на весь организм. Действительно, уменьшение массы тела больного АГ приводит не только к снижению АД, но и вызывает благоприятные сдвиги в липидном и углеводном обмене, улучшает оксигенацию тканей и т. д. По существу, действие немедикаментозных методов основывается на мобилизации различных адаптационных и компенсаторных резервов, имеющихся как непосредственно в сердечно-сосудистой системе, так и других органах и тканях.

Эти методы предусматривают активное участие самого пациента в ходе лечения и реабилитации, что является немаловажным для достижения серьезного успеха. Таким образом, изменение образа жизни больного является платформой, на которой строится медикаментозное лечение, при строго выверенных показаниях, и только в этом случае можно рассчитывать на дополнительный эффект антигипертензивной терапии.

Однако следует признать, что на практике активная борьба с ФР ССЗ зачастую носит фор-

мальный характер, поскольку требует неформального подхода к каждому пациенту и немалых временных затрат, которые несравнимы с трудозатратами на выписывание рецепта. И, тем не менее, врач, если он действительно хочет помочь своему пациенту в борьбе с АГ, добиться хороших результатов в лечении, должен употребить всю силу своего влияния на изменение образа жизни больного и устранение факторов риска.

На базе поликлиники нами были внедрены следующие профилактические технологии по профилактике ССЗ: краткий опрос по поведенческим факторам риска, и полученные данные по курению, потреблению алкоголя, индекс массы тела, АД, характер питания — отмечаются в учетной документации — статистический талон 25-08/у. Далее проводится обследование больных на предмет определения сахара крови, холестерина, проводится снятие ЭКГ. Со специалистами общеврачебной практики проведено ряд лекций, семинаров, тренингов по проведению профилактических консультаций с пациентами и по организации Школ здоровья, Школ по АГ, Школ по сахарному диабету. Для проведения занятий в Школах здоровья нами разработаны 7 уроков по ведению здорового образа жизни. В настоящее время данные Уроки здоровья по приказу Министерства здравоохранения РК за № 146 от 3 марта 2012 года «Об утверждении Положения об организации и деятельности Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь проводятся во всех поликлиниках страны.

Пациенту обычно нелегко изменить свой стереотип поведения. Следует отметить, что профилактические рекомендации врачей больше воспринимаются больными, и следование совету врача или приверженность к профилактике в значительной степени зависит от двух условий: от остроты понимания необходимости изменить жизненные привычки и, во-вторых, осознание, что игнорирование рекомендаций врача со временем может привести к дополнительным серьезным экономическим затратам, осложнениям болезни, инвалидизации или преждевременной смерти. Например, совет бросить курить не должен сопровождаться традиционным запугиванием пациента, что эта пагубная привычка может привести к развитию рака легкого и инфаркта миокарда. Рекомендации врача будут выслушаны с большим вниманием, если в них прозвучит, что прекращение курения избавит его от кашля,

уменьшит одышку, позволит предотвратить развитие инфаркта миокарда, стенокардии, облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей и т. д. Или совет снизить избыточную массу тела должен сопровождаться словами, что это непременно приведет не только к уменьшению АД, но и к повышению работоспособности, улучшению самочувствия, увеличению длительности жизни. Однако нередко для больного будет непосильной задачей коренным образом изменить свое поведение сразу. Поэтому в таких случаях следует предоставить ему возможность высказать свое мнение о приоритетах, о своей линии поведения и после внесения в нее врачом определенных корректив она утверждается обоими партнерами и по возможности строго контролируется. И может быть здесь необходим не столько контроль, сколько постоянная и заинтересованная поддержка врачом усилий своего пациента.

Опыт показывает, что у людей, преуспевших в одной попытке изменить свой образ жизни, появляется желание продолжить усилия в этом направлении и это им нередко удается, так как привычки у одного и того же человека обычно связаны между собой. Так, например, успешный отказ от курения придает человеку новый прилив энергии, и он может начать активно заниматься физическими тренировками, а это, в свою очередь, позволит ему легче перейти на более правильное и сбалансированное питание. И в то же время существуют ситуации, в которых необходимо одновременно влиять на несколько факторов риска. Если работа по обучению своих пациентов правильному образу жизни, по устранению у них факторов риска ведется врачом по шаблону, можно быть уверенным в ее не результативности. Для достижения цели — дать пациенту знания о заболевании и способах его контроля, помочь ему приобрести соответствующие навыки, врачу следует пользоваться тактикой, сочетающей в себе различные методы воздействия: индивидуальные беседы, групповое обучение (семья), аудиовизуальные средства, отпечатанные пособия, школы для больных АГ и т.п. При проведении тренингов со специалистами поликлиники №10 мы посоветовали более частое общение с пациентами группы здоровья (лиц, без поведенческих факторов риска) и для второй группы, в которую входят пациенты с факторами риска проводить консультирование не только при посещении поликлиники, но и по телефону, по E-mail, что удобно для пациентов и для медицинских работников.

Программа должна быть достаточно гибкой и максимально адаптированной к потребностям и возможностям конкретного больного. Особое внимание следует уделять отпечатанным пособиям. К ним могут быть предъявлены следующие требования: достаточное и доступное изложение материала, отсутствие противоречий с устными разъяснениями врача. Оптимальным вариантом здесь является тот, когда больной прямо в кабинете получает пособие по правильному образу жизни и в ходе беседы с врачом, который комментирует наиболее важные места, делает на полях пометки. Показано, что в дальнейшем, эти ремарки будут не только напоминать о беседе с врачом, но и усилят действие прочитанного. Разумеется, можно рекомендовать популярную медицинскую литературу, однако, не стоит преувеличивать ее роль: она не сможет заменить живого контакта врача с больным — не случайно говорят, что просто информация не стоит ничего, а ее интерпретация — дорого. На примере пилотного проекта нами разработаны аудиовидеоролики по первичной профилактике неинфекционных заболеваний, раздаточные материалы для врачей, СМП и для пациентов.

В целом, повышение медицинской образованности больного должно быть направлено не на то, чтобы просто повысить его знания, а чтобы показать, что необходимо делать именно ему. Следует выяснить, были ли у него раньше попытки изменить свое поведение (заняться физкультурой, снизить массу тела, бросить курить и т. д.), уточнить методы, которыми он пользовался при этом, какие были затруднения, в чем преуспел, и какие выводы он сделал. Анализ прежних попыток изменить поведение помогает наметить пациенту вместе с врачом новый план действий, который желательно записать в истории болезни. Осуществление этого плана нуждается в постоянной поддержке врача, поскольку даже самый внимательный слушатель при первом контакте может запомнить не более 50 % выданных врачом рекомендаций. Поэтому повторные визиты пациента к врачу, особенно в начале реализации намеченной программы, крайне необходимы. В последующем, по мере нарастания положительных сдвигов в стиле жизни пациента, такие контакты могут становиться реже, и пациент начинает брать все большую ответственность на себя.

Помимо врача, активную роль в работе по борьбе с факторами риска у конкретного больного может играть средний медицинский персон-

нал. В частности, медицинская сестра должна помочь пациенту осознать стоящие перед ним задачи. При этом она может дать толковые советы по претворению в жизнь намеченного плана изменения образа жизни, рекомендовать популярную медицинскую литературу, а сами контакты с медицинской сестрой должны постоянно укреплять уверенность пациента в возможности достижения поставленной врачом цели. Однако ситуация в отношении участия среднего медицинского персонала в работе с больными АГ в настоящее время пока еще далека от своего идеала и в лучшем случае ограничивается измерением АД и выпиской указанных врачом рецептов. При опросе нами выявлено, что СМП в течение обычной недели выполняют в среднем 15-16 визитов на дом, в основном в деятельности много времени уходит на лечебные мероприятия.

При проведении социологического опроса по профилактической работе специалистов общеврачебной практики на базе поликлиники №10 г. Алматы (пилотный проект по реализации профилактики ССЗ) установлено, что за последние 5 лет курсы обучения, семинары и т.д. с выдачей сертификата по формированию здорового образа жизни прошли только 53,3% медсестер общеврачебной практики. 26,6% медсестер ответили, что не читают профессиональные журналы, т.е. не повышают свой профессиональный уровень. Беседы с пациентами по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний проводят 66,6% среднего медицинского персонала. На профилактику и формирование здорового образа жизни во время приема время уделяют всего 26,64% опрошенных медицинских сестер. У 26,6% опрошенных медсестер нет времени на занятие профилактикой. Также они считают, что пациенты не интересуются профилактикой заболеваний и не желают тратить на нее время. Опрос выявил, что все медсестры знают норму сахара в крови, но 26,6% медсестер не знают, каким должен быть уровень холестерина. Никто из опрошенного СМП не смог указать правильное соотношение в суточной калорийности здорового питания, согласно рекомендациям ВОЗ. И лишь 6,6% СМП правильно указали норму ежедневного потребления соли, рекомендуемое для профилактики и коррекции АГ.

Среднее количество минут в течение одного приема затрачиваемое на профилактику и ФЗОЖ на приеме у врача общей практики (ВОП) составило при первом опросе (в начале пилотного исследования) 1,69 минут, после проведения семи-

наров, тренингов по профилактике ССЗ увеличилось среднее время, затрачиваемое на проведение профилактических бесед и профилактического консультирования до 5 минут.

К этому следует добавить, что знания медицинских сестер по вопросам профилактики, превентивной медицины оставляют желать лучшего. Так, 61,2 % респондентов не могли правильно назвать продукты питания с повышенным содержанием холестерина, 47,6 % не знали норм АД, 32 % – нормальных величин массы тела и т. д. Это свидетельствует, что без специальной подготовки средний медицинский персонал в настоящее время в целом не может быть хорошим по-

мощником врача в его работе с больными АГ. Здесь необходимо, с одной стороны, обучение врачом своей медсестры наиболее практически важным аспектам превентивной медицины вообще и конкретной работе с пациентами, имеющими повышенное АД, в частности, а с другой – большее внимание вопросам профилактики следует уделить как в период учебы в медицинском училище (колледже), так и во время курсов повышения квалификации.

Таким образом, активная работа по изменению образа жизни больного АГ является неотъемлемой частью эффективно поставленного лечения и первичной профилактики ССЗ.

УДК 616-084:614.25

## ИЗУЧЕНИЕ ЗНАНИЙ И НАВЫКОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ СРЕДИ ВРАЧЕЙ И СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА

Т.С. ХАЙДАРОВА, Р.Р. МИРМАНОВА

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК,  
Алматинский областной центр формирования здорового образа жизни, г. Алматы

### Резюме

Показана реалистичность и результативность разработанной образовательной технологии многофакторной профилактики ССЗ (Школа Здоровья) в отношении оздоровления поведенческих ФР ССЗ среди пациентов поликлиники. Показано, что участие медицинских работников первичного звена здравоохранения в Школах Здоровья способствует повышению эффективности коррекции у пациентов ФР и повышает активность профилактического консультирования наблюдаемых контингентов.

### Тұжырым

Емханадағы емделушілердің арасында жүрек-қан тамыр ауруларын дамытатын мінез-құлықтық қауіп факторларын сауықтыру жайында жүрек-қан тамыр ауруларының көп факторлы алдын алуында әзірленген білім беру технологиясының нәтижелігі және шынайылығы көрсетілген. Денсаулық сақтау саласындағы бастапқы буын медицина қызметкерлерінің «Денсаулық мектебіне» өз үлестерін қосуы қауіп-қатер тобындағы науқастарды түзетудің тиімділігін жоғарылатуға септігін тигізетіндігі және бақылау контингентіне профилактикалық кеңес беру белсенділігін жоғарылатындығы көрсетілген.

### Summary

Was showed the realism and effectiveness of developed educational technology of multifactor prevention of CVD (School Health) in respect of recovery of behavioral CVD risk factors among clinic patients. It is shown that the participation of medical professionals of primary care in the School Health enhances the effectiveness of the correction of patient's risk factors and increases the activity of preventive counseling of the observed contingents.

Современные эффективные методы лечения ССЗ позволяют улучшить прогноз и качество жизни больных, но этих мер недостаточно для улучшения показателей здоровья населения в целом [6, 66]. Это связано, прежде всего, со зна-

чительной распространенностью среди населения ФР развития этих заболеваний, обусловленных поведенческими привычками и нездоровым образом жизни, что определяет постоянный приток новых случаев заболеваний. В эпидемиоло-

гических исследованиях поведенческих факторов риска развития наиболее распространенных неинфекционных заболеваний, проведенных Национальным центром проблем ФЗОЖ МЗ РК (всего проведено 4 широкомасштабных социологических исследований образа жизни населения РК по 5 регионам) продемонстрирована значительная распространенность среди населения (среди детей старше 11 лет и взрослого трудоспособного населения модифицируемых основных факторов риска ССЗ, в частности ИБС, АГ, что определяет высокие показатели инвалидизации и смертности от этих заболеваний и существенный ущерб обществу, который они наносят [1].

Многофакторность развития и прогрессирования этих заболеваний неоднократно продемонстрирована в научных исследованиях, что положено в основу концепции их профилактики [40]. В сравнительных контролируемых исследованиях доказана эффективность как отдельных профилактических технологий, так и программ профилактики ССЗ [14,27,36].

В научных исследованиях последних лет получены убедительные доказательства клинической и социально-экономической эффективности обучающих профилактических технологий для пациентов, в частности пациентов с АГ, проводимых как в амбулаторно-поликлинических условиях, так и в организованных коллективах, на рабочем месте [44,57,71]. Сфера здравоохранения прямо ответственна за внедрение мер медицинской профилактики ССЗ и ФР развития этих заболеваний. Этот аспект деятельности медицинских работников тесно связан как с их профессиональной компетентностью. В доступной литературе найдено много научных работ, позволяющих получить доказательства реалистичности образовательных профилактических технологий и форм их проведения медицинскими работниками первичного звена здравоохранения. В этой связи важно отметить, что формирование у самого врача или медицинской сестры/фельдшера профилактически ориентированного отношения к сохранению собственного здоровья и оздоровлению своего образа жизни окажет влияние на его профессиональные навыки, в частности, на отношение к профилактике ССЗ, коррекции ФР и активность профилактического консультирования пациентов.

Эффективность изменения образа жизни напрямую зависит от врачей, которые несмотря на высокую компетентность в диагностике и лече-

нии, не имеют достаточных навыков для обучения своих пациентов управлять заболеванием: не умеют общаться на понятном для пациента языке, стремятся информировать пациента о заболевании, а не научить профилактике управлению своим заболеванием в конкретных ежедневных условиях жизни.

С позиции развития профилактического направления в здравоохранении роль медицинского работника первичного звена - врача и среднего медицинского персонала возрастает, и ее трудно переоценить.

**Цель исследования.** Изучить эпидемиологическую ситуацию в отношении основных ФР ССЗ и оценить готовность, знания и умения врачей и среднего медицинского персонала общей практики

В ходе проведения организационного эксперимента нами проведен опрос до и после эксперимента. Выявлена потребность медицинских работников первичного звена в знаниях по профилактике ССЗ и коррекции основных поведенческих ФР как с позиции самоконтроля, так и профессионального интереса. 57% опрошенных ВОП и 33% СМП указали что надо усилить программы по подготовке в ВУЗах (СУЗах) по профилактике и ФЗОЖ. 100% опрошенных ВОП проводят лекции и семинары, 57,5% выпускают стендовую информацию и распространяют брошюры, листовки и лифлеты, 14% организуют и работают в ШЗ, выступают и публикуются в СМИ, проводят беседы и консультации по профилактике поведенческих факторов риска 43% врачей. Опрос показал, что лишь 28% врачей общей практики используют в своей работе индекс Кетле, для оценки массы тела своих пациентов.

Как показали наши исследования (2010-2011 гг.), проведенные на базе поликлиники № 10 г Алматы, врачи участковые в 1,8 раза больше направляют пациентов к другим врачам, чем ВОП (М-ср направлений врачей участковых терапевтов 84,6 и М-средняя направлений ВОП 46,9), поэтому можно сделать заключение, что общеврачебная практика имеет ряд преимуществ перед традиционной участковой системой обслуживания, так как некоторые разделы по оказанию медицинской помощи по различным специальностям оказываются врачом общей практики.

Нами также установлено, что врачи специалисты (как участковые, так и ВОП) не в полной мере используют информационные блоки по профилактике поведенческих факторов риска ССЗ,

по самопомощи и самоконтролю. Использование в практике алгоритмов действий медицинских работников ПСМП по профилактике поведенческих факторов риска развития ССЗ отмечено только у 42,87% ВОП (2011 г). Сложности, возникающие при проведении Школ Здоровья, как отметили при опросе ВОП заключаются в отсутствии времени (100% ответов опрошенных врачей), отсутствие мотивации указали 85,74%, что не включено в государственный заказ и нет официального определения профилактического консультирования в Школах здоровья как самостоятельной услуги отметили все опрошенные врачи (100%), и серьезной проблемой является сложность вовлечения и недоверие со стороны населения (42,87%). Врачи (85,74% - до исследования 71,45% - после исследования) и СМП (79,92% -до и 59,94% после исследования) отметили, что испытывают значительные сложности при вовлечении населения в Школы Здоровья.

До 85,74% врачей общей практики поликлиники №10 обучились проведению профилактического консультирования. Впервые продемонстрировано, что повышение профилактических знаний медицинских работников первичного звена о ФР ССЗ и навыков в сохранении собственного здоровья увеличивает частоту профилактического консультирования наблюдаемых ими пациентов. Улучшились показатели профилактической работы ВОП и СМП: увеличилось время, затрачиваемое на профилактику и ФЗОЖ (с 28,57% до 57,16%). В течение одного приема увеличилось среднее количество минут, затрачиваемое на профилактику и ФЗОЖ с 1,69 минут до 5 минут. Увеличилась доля ВОП, которые про-

водят опрос и затем проводят лекции с 42,9% до 71,45% и от 0 до 42,87% соответственно. Увеличилось количество школ здоровья (с 57,6% до 71,45%). Увеличилась доля ВОП (СМП) использующих алгоритмы профилактики с 10,7% до 30,5%. После проведения обучения ВОП и СМП в поликлинике №10 больше стали использоваться следующие методы работы: опрос, определения АД, холестерина, сахара в крови.

Результаты показали что, результативность мер по коррекции ФР ССЗ зависит от отношения к ним медицинских работников и активности их участия в Школе Здоровья на рабочем месте. Отмечено, что участие медицинских работников в комплексных обучающих профилактических мероприятиях: обучение в Школах Здоровья, знакомство с тематической литературой, повторное индивидуальное собеседование оказывает более выраженное позитивное влияние на динамику ФР, чем только ознакомление с тематической литературой.

Результаты исследования обосновали необходимость активного выявления ФР ССЗ и включения унифицированных методов их оценки в программы профилактики заболеваний. Показана реалистичность и результативность разработанной образовательной технологии многофакторной профилактики ССЗ (Школа Здоровья) в отношении оздоровления поведенческих ФР ССЗ среди пациентов поликлиники. Показано, что участие медицинских работников первичного звена здравоохранения в Школах Здоровья способствует повышению эффективности коррекции у пациентов ФР и повышает активность профилактического консультирования наблюдаемых пациентов.

УДК 616.8-008.615:613.861

**СТРЕСС – АДАМ ӨМІРІНІҢ ҚАЛЫПТЫ БӨЛІГІ****Т.П. ПАЛТУШЕВА, Д.О. ДІЛІМБЕТОВА, А.Т. ШАЙКЕНОВА, М.Қ. ХАМЗИЕВ**Салауатты өмір салтын мәселелерінің қалыптастырудың ұлттық орталығы,  
Алматы облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы, Алматы қаласы**Резюме**

В статье дано общее описание термину «стресс», а также занимаемое им место в жизни человека. Рассмотрены причины проявления механизмов стресса, их работа и неблагоприятное воздействие на человека, в том числе пути борьбы и стратегии управления стрессом.

**Тұжырым**

Мақалада стресс ұғымына жалпы сипаттама беріліп, оның адам өміріндегі орны айрықшаланады. Стрестік механизмдердің пайда болу себептері мен оның қалай жұмыс істейтіндігі, стрестің теріс көріністері, стресті басқарудың стратегиялары мен күресу жолдары кенінен қарастырылады.

**Summary**

In this article we give a general description of the term «stress», and a place, which it occupies in human life. Also was describing the causes of stress mechanisms, their work and the adverse effects on human, the ways of struggle and stress management strategies.

Әлеуметтік-экономикалық қиындықтарға толы нарық заманында өмір сүріп жүрген әрбір адамға «стресс» ұғымы бейтаныс еместігі сөзсіз. Адам өмірінің ажырамас қалыпты бөлшегіне айналған бұл «психофизиологиялық күй» адам мінез-құлқының қозғаушы күші. Сонымен, стресс дегеніміз не, онымен қалай күресуге болады деген сұрақтар аталмыш мақалаға өзек болмақ.

Стресс – бұл қоршаған ортаның түрлі жағымсыз әсерлеріне тірі ағзаның қорғаныштық жауабы. «Стресс» сөзі бұл өмірдің қиын жағдайларына бейімделуге ықпалданған ағзаның жағдайын анықтайды. Стресс – бұл қазіргі заманның ажырамас бір бөлімі. Стресс – бізді үнемі қоршап жүреді. Бұл механизм адамның түрлі өзгерістерге толы бұл әлемде өмір сүруіне және де қоршаған ортаның күрделі жағдайларына бейімделуіне көмектеседі. Әр адам стресті бір кез болса да өз басынан өткізеді.

Стреске алып келетін себептердің бірі физикалық немесе психологиялық, яғни кез келген қоздырғыш болуы мүмкін. Физикалық қоздырғыштар дегеніміз – бұл суық, ыстық, аштық, шөл, физикалық жүктемелер және т.б. Физикалық қоздырғыштардың әсерінен адам ағзасы физикалық күйзеліске (стреске) ұшырайды. Ал психологиялық қоздырғыштар эмоциалық бұзылыстарға алып келеді. Бұл реніш, өкпе, ұйқысыздық, көңіл-күйдің түсуі және т.б. [1, 2]

Стрестік жағдайды тудыратын қоздырғыш – бұл оқиға емес, ол адамның сол оқиғаны өзінше

қабылдауы, ойлауы, бағалауы болып табылады. Бір сөзбен айтқанда, стресс адамның физикалық та, психологиялық та денсаулығына кері әсерін тигізеді. Олар жүрек-қан тамыр аурулары (миокард инфаркті, гипертониялық ауру), асқазан-ішек аурулары (гастрит, асқазан және 12 елі ішектің ойық жарасы), иммунитеттің төмендеуі сияқты көптеген аурулардың дамуына алып келеді. [3]

Стрестік механизм қалай жұмыс істейді? Стрестік жағдай туындағанда организмнің барлық жүйесі белсене жұмыс істей бастайды, яғни жүректің жиырылу жиілігі ұлғаяды, артериалдық қан қысымы жоғарылайды, жүрек - қан тамырлары мен бұлшық ет тонусы төмендейді, майдың ыдырауы ұлғаяды, көңіл-күй өзгереді. Адам баласы шектен тыс физикалық немесе психикалық жүктемеге ұшырағанда оның ағзасы ең алдымен қорғануға тырысады да кейінірек сол жағдайға бейімделе бастайды. Бұл жағдай оң стреске жатады. Бірақ көп жағдайда адамның ағзасы ой және физикалық жүктемелермен күресе алмай да қалады. Мұндай жағдайда кез келген қосымша жүктеме ағзаның қалыпты жағдайын бұзып, ағзаны қандай да бір ауруға шалдықтыруы мүмкін. Бірақ стресс – бұл ауру емес ол керісінше қорғаныштық механизм екендігін естен шығармауымыз керек. Егер ағза өзінің қорғаныштық механизмін созылмалы түрде ұзақ уақыт пайдаланатын болса, онда адам баласы аурушаң болып кетеді. Яғни, стрестің әсері жүрек қағысы, жоғары артериалдық қысым, гастрит, запор, шаштың

түсуі, бөртпе немесе аллергия, менструациялық циклдің бұзылуы сияқты түрлі көріністермен байқалуы әбден мүмкін. Бірақ барлық стрестік жағдай тек зиян келтіреді деп айтуға болмайды. Стресс ағзаны өзгерген жағдайға дайындайды, оған жақсырақ бейімделуге мүмкіндік береді. Тіпті, көптеген қуанышты және қайғылы жағдайлар ағзаны күштеңдіре түседі.

Стресс – менеджментінің 3 негізгі стратегиясы бар. Олар:

- 1) Проблемадан алшақтау (кету);
- 2) Проблемаларды өзгерту;
- 3) Проблемаға деген көзқарасты өзгерту.

Осы 3 стратегияның бір-бірінен айырмашылықтарын қарастырайық.

**Бірінші жағдай.** Келесі жағдайды елестетіп көріңіз: сіз кинотеатрға келіп қызық бір кино көруге ынғайланып отырдыңыз. Кино басталды. Бірақ сіздің жаныңызда отырған көршіңіз тынымсыз, ол өз-өзімен бірнәрселерді айтып, сөйлеп сізге кедергі келтіруде. Сіздің мазаңыз қашып, тітіркеніп, жыныңыз келе бастады. Яғни, сіз стрестік жағдайға түсудесіз. Мұндай жағдайда сіз не істей аласыз? Ең қарапайым нұсқа – бұл стресс тудырып тұрған жағдайдан алшақтау. Яғни, егер кинотеатрдың залы толық толмаған болса сіз басқа бір бос орынға ауысып отырыңыз. Ал сіздің көршіңіз сол отырған орнында өз-өзімен сойлеп отыра берсін.

**Екінші жағдай.** Ал егерде проблемадан қашып кету (алшақтау) мүмкін болмаса, яғни кинотеатр залында бос орын жоқ болса, онда сіз жаныңызда отырған көршіңізге қарап оның ақырын сөйлеуін өтініңіз. Егер бұл да мүмкін болмаса, яғни көршіңіз сіздің өтінішіңізді орындамаса онда сіз бақылаушыны (контролер) шақырып көршіңізге ескерту жасатыңыз.

**Үшінші жағдай.** Егер көршіңіз не сіздің өтінішіңізге, не бақылаушының (контролердің) ескертуіне мүлдем мән бермесе онда сіз өзіңіздің проблемаға деген көзқарасыңызды өзгертініз. Оны қалай жасауға болады? Ол өте оп-оңай. Егер кино қызық болса сіз киноға қарап, бар көңіліңізді киноға бөліңіз, сөйлеп отырған көршіңізге мүлдем мән бермеуге тырысыңыз.

Сонымен қатар мамандар стрестік жағдаймен күресудің басқа бірнеше әдістерін бөліп қарастырады. Біріншіден, міндетті түрде салауатты өмір сүру бұл:

- Толыққұнды тамақтану;
- Ауасы таза, яғни желдетілген бөлмеде ұйықтау;

- Демалу, мысалы, табиғатта демалу;
- Физикалық жаттығулар жасау және т.б.

Екіншіден, әр адам өзінің үйдегі және жұмыстағы міндеттерін жақсы білулері керек: жұмыста үй шаруаларын, ал үйде жұмыс мәселелерін ойламау керек.

Енді стрессорлық жағдайға өз ағзаңыздың реакциясын қалай анықтауға болатындығын қарастырайық. Ол үшін стресске күнделік арнау керек. Яғни, өзіңнің жеке стресінді анықтау үшін. Бұл өте маңызды, біріншіден стрестің пайда болуы әр адамда әртүрлі, екіншіден ережеге сай стрестің бір ғана себебі емес көптеген себебі болады, үшіншіден сіз тығырықтан шығудың өзіңіз үшін ең ынғайлы жолын анықтай аласыз. Бұл әдіс қиын емес, бірақ шыдамдылықты қажет етеді. Ол үшін сіз күнделік арнап оған бірнеше апта бойы күнделікті өз бойыңыздан стрестің көріністері қашан және қалай байқалғандығын міндетті түрде жазып жүріңіз. Көбінесе, өзіңіздің бақылаушыңызды кешке жұмыстан кейін немесе ұйықтар алдында жазып жүрсеніз жақсы болады. Өйткені, келесі күні бәрі есіңізден шығып кетеді. Бұлай күнделік жазу арқылы сіз өміріңізде стрестік жағдайдың пайда болуына не себеп болғанын тез және оңай анықтайсыз. Мүмкін стресті тудыратын себептерді күнделігіңізде жазылған күнделікті қайталанатын жағдайлардан тауып аласыз. Егер біз күнделікті ақтарып қарайтын болсақ, онда ұмытшақтық, жүйкенің тітіркенуі, дененің тітіркенуі, бұлшықеттің жиырылуы, мазасыздық, яғни бір орында отыра алмау (тыным таппау), ауыздың құрғауы, ұйқының бұзылуы, тез шаршағыштық, қорқыныш сезімі, көңіл-күйдің бұзылуы, бастың жиі ауыруы, буындардың ауыруы, тәбеттің төмендеуі немесе көп тамақ жеу, запор, жүрек қағысы және т.б. сияқты стрестің кейбір негізгі көріністерінің қайталанатындығын байқаймыз. Міне осылай қай уақыттарда және қай жерде (үй, жұмыс) мұндай жағдайлардың жиі болатынын анықтауға болады. Яғни, осы күнделікте жазылған жазбаларға қарап қорытынды жасауға болады. [4]

Он және теріс стрестің бір-бірінен айырмашылықтары. Теріс стрестің көріністері:

- Тез шаршағыштық және жұмыста болатын жиі қателіктер;
- Орындалған жұмыстан қанағаттанушылықтың болмауы;
- Әзіл сезімінің жоғалуы;
- Ұйқының нашарлауы, жаман түстер көру немесе күндізгі ұйқышылдық;
- Мазасыздық, аландаушылық;

- Жүрек қағысы;
- Дененің тітіркенуі;
- Бас айналуын ұстамасы;
- Бастың ауыруы, желкенің ауыруы, т.б.;
- Денеге бөртпенің шығуы.

**Теріс стреспен қалай күресуге болады?** Стресс тудыратын жәйттерден қашып кету мүмкін емес, сондықтан стресстің алдын алу қажет. Оның бірнеше жолдары бар. Атап айтсақ:

**Проблеманы талқылау.** Проблемаларыңызды жақындарыңызбен немесе достарыңызбен ортаға салып талқылау олардың тез шешілуіне алып келеді.

**Денені еркін ұстап(босансып) үйрену.** Ыңғайланып отырып, тынысыңызға зейін салыңыз. Баяу және терең дем алып, әрбір дем алу мен дем шығаруға мән беріңіз. Өзіңізді жағалауда демалып жатқан күйде елестетіңіз: жылы құм, теңізден соққан самал жел, толқындардың жағаға жәй ғана шалпылдауы... Сосын жеңіл қозғалыстармен өзіңіздің мойын және иық бұлшық еттеріңізді уқаланыз. Тіпті жақындарыңыздан мойын және иық бұлшық еттеріңізді уқалап беруді өтінуден ұялмаңыз.

**Жақсы нәрселер туралы жиі ойлану.** Өмірдің тек қана жарық жағын ойлауға тырысыңыз, кез келген күйзеліске жағымды еске түсірулерді қарсы қоюға тырысыңыз. Яғни, жақсы бірнәрселерді еске алыңыз немесе елестетіңіз. «Мен өз өзіме сенімдімін» деген сияқты бірнеше жағымды бекітулерді дайындап алып, оларды жиі-жиі қайталауға тырысыңыз.

**Ұтымды ойлау.** Қандай да бір мәлімет алған сайын бұл мәліметтің жеке сіз үшін қандай әсері бар екендігі және одан сіздің өміріңіз қаншалықты өзгертіндігі туралы ойланыңыз. Шешім қабылдай отырып оның салдары туралы да ойланыңыз. Жағдайды өз қалауыңыз бойынша өзгерту мүмкін болмағанға қынжылудың аса қажеті жоқ. Жүйке күйзелісінің алдын алу үшін кей кездері «Қазір мен қорқамын» немесе «Қазір мен тітіркенуді сезініп тұрмын» деп өз-өзіңізге мойындаңыз. Негізінен әр адам өз денсаулығы мен өз іс-әрекеті үшін жауапты. Соны естен шығармау керек.

**Өмір қозғалыс.** Міндетті түрде спорттық залда арнайы бір жаттығумен шұғылдану міндетті емес, баспалдақпен көтерілу, бау-бақшаға қарау, серуендеу деген сияқты тағыда басқа жаттығулармен шұғылданып та көңіліңізді аулауға болады. Егер сіздің көңіл күйіңіз түсіп кетсе немесе бірнәрсеге қатты уайымдасаңыз жәй ғана серуендеп өз көңіліңізді аулауға болады. Қарапайым судың өзі стрестен жақсы сергітеді. Су —ол ағзаның қан айналымын жақсартып, бойдағы жиналған жүйкелік тітіркенуді жуып шаяды. Мыса-

лы үшін, жәй ғана құбырдан ағып тұрған жылы суға қолыңызды ұстап тұрсаңыз бойыңыз босансып, өзіңізді еркін сезіне бастайсыз.

**Эмоцияны шығару.** Жылағыңыз келсе - жыланыз, күлкіңіз келсе - күліңіз, ұялмаңыз, себебі ол стрестен арылудың ең керемет әдістерінің бірі. Өйткені, 1 минуттық күлкі — ыдырайтын калория мөлшері бойынша орташа физикалық күштің 45 минутына тең келеді.

**Жыныстық қарым — қатынас.** Сүйікті адамыңмен жыныстық қарым-қатынасқа түсу адам ағзасына өте жақсы әсер етеді, яғни түрлі абыржу, уайым-қайғы және т.б. теріс жүйке жүктемелерінен арылуға көмектеседі. Сондықтан ол туралы да естен шығармау қажет. Ал егерде қандай да бір себептермен жыныстық қарым-қатынасқа түсе алмайтын болсаңыз, онда оны уқалау (массаж) немесе жылы-жылы еркелетулермен алмастыруға болады.

**Дұрыс тамақтану.** Өзіңіздің ас мәзіріңізге көңіл бөліңіз. Тамақ тек қана дәмді емес сау болуы керек. Тамақ жемес бұрын оның түріне, иісіне мән беріңіз. Алдыңызға қойылған астың түрі мен иісінен тәбетіңіз ашылып, сол асты асықпай шайнап дәмінен ләззат аласыз. Өйткені, астың да тыныштандырғыш әсері бар.

**Ұйқы — ең жақсы ем.** Үнемі ұйқының қанбауы теріс стресске алып келеді. Күндіз ұйықтамауға тырысыңыз, ұйқыға ерте жатпаңыз, ұйықтар алдында тамақ ішпеніз, бірақ аш қарынға да жатуға болмайды. Өзіңіз үшін ұйқыға жату-тұру уақытының ережесін белгілеп алыңыз. [1, 3, 5]

Теріс стреспен өзіңізше күресем деген сәтсіз іс-әрекеттеріңізбен өзіңізді өзіңіз қинамаңыз, керісінше медициналық көмекпен психотерапевтке қаралыңыз.

Сонымен, стресс — бұл адам өмірінің ажырамас қалыпты бөлігі болып табылады. Адам онымен өмір сүре алады, күресе алады. Сондықтан, жоғарыда қарастырылған стресті басқару мен онымен күресудің әдіс-жолдарын ұтымды пайдалану — қоғам алдында тұрған салауатты өмір салтының келелі міндеттерінің бірі болып табылады.

#### ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

- 1) <http://stress.ru>
- 2) <http://encyclopedia.kz>
- 3) «Кикілжіннің денсаулыққа әсері» / Алжанова Н.Ш. / «Валеология, денсаулық және өмірлік дағдылар» / - № 3. - 2008 ж.
- 4) © Олег Радюк, 2003
- 5) «Стрестік жағдайлардағы адам белсенділігінің өзіндік реттеу ерекшеліктері» / Жолдасова М.К., Кустубаева А.М. / «Психология және социология» - № 4. - 2010 ж.
6. [www.softodrom.ru](http://www.softodrom.ru)

УДК 796:612.6-053.2/.7

**ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ****Г.П. КАСЫМОВА, С.М. БАВАЕВ, Б.Н. УСЕНОВА,  
Н.С. ПОДКОТИЛОВА**КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,  
Центр спортивной медицины и реабилитации, г. Алматы**Тұжырым**

Кешенді медициналық тексерулер нәтижелері мен медицинлық көмекке жүгіну материалдары бойынша Алматы қ. жас спортсмендердің аурушылдық көрсеткіштері 2798,8‰ құрайды. Басты аурушылдық класстары болып тыныс алу жүйесінің аурулары, ас қорыту мүшелерінің аурулары, жаракаттар мен уланулар, қан айналу жүйесінің аурулары, көз және оның қосалқыларының аурулары табылады. Созылмалы аурулары бар жас спортсмендер 42,2% құрайды, бұл өз кезегінде балалар ағзасының өсуі мен дамуына кері әсерін тигізетін оқу және жаттығу-жарыстық жүктемелердің үйлесімсіздігімен түсіндіріледі. Жыл сайын 10-нан 20% дейінгі жас спортсмендер ауру және жаракат себептеріне байланысты спорт сабақтарынан алыстатылады.

**Summary**

Indicators of incidence of young athletes of Almaty on materials of negotiability and results of complex medical examinations make 2798,8‰. Leading classes of the diseases are diseases of respiratory organs, diseases of digestive organs, traumas and poisonings, diseases of system of blood circulation and an illness of an eye and its appendages. Young athletes with chronic diseases make 42,2% that speaks, quite often, influence of academic, training and competitive loads which negatively influence on development and growth of a children's organism. Annually from 10 to 20% of young athletes are discharged of sports activities because of diseases and traumas.

Интенсификация тренировочного процесса, психоэмоциональная напряженность соревновательной борьбы и снижение возрастного ценза на всех этапах подготовки юных спортсменов является характерной особенностью современного спорта.

Данная тенденция привела к тому, что в настоящее время во многих видах спорта проводится 6-12 тренировок в неделю, а на соревнованиях различного масштаба (чемпионаты города, области, страны, Европы, мира, Олимпийские Игры) по спортивной гимнастике, плаванию, фигурному катанию и другим видам спорта, чаще участвуют и нередко становятся победителями дети, не достигшие совершеннолетия. В связи с этим, в современном спорте сложилось направление, преследующее достижения высоких спортивных результатов в раннем возрасте. Вместе с тем, ранняя специализированная тренировка с использованием значительных по объему и интенсивности физических нагрузок без учета индивидуальных особенностей организма может привести к пред- и патологическим нарушениям юного организма [1,2].

Взгляд на спортсменов, как на здоровый контингент, не верен, так как среди них распространены острые и хронические заболевания, а также нарушения физического развития, перетренированность и физическое напряжение.

Ранняя спортивная специализация в совокупности с высочайшими физическими нагрузками уже препубертатном возрасте обуславливает необратимые изменения в организме юного спортсмена или спортсменки. Доказан эффект перераспределения клеточного фонда в организме спортсменов силовых видов спорта, относительного снижения уровня микроциркуляции в поперечно-полосатых мышцах и миокарде вследствие развития рабочей гипертрофии, стойкого нарушения гормонального статуса у спортсменок, подвергавшихся хроническим нагрузкам большого объема и интенсивности в пубертатном периоде (плавание, спортивная гимнастика). Обращает на себя внимание выраженная маскулинизация (практическое отсутствие молочных желез, узкий таз, огрубелость черт лица) высококвалифицированных спортсменок в отдельных видах спорта (легкая атлетика, лыжные гонки и др.). Все это, ни в коей мере, не может служить доказательством физического совершенствования в процессе занятий спортом, а свидетельствует лишь о неизбежности платы за рекорды в соответствии с неумолимостью физиологических законов длительной адаптации (приспособления) к узкоспециализированной деятельности [3].

В широких масштабах проводятся научные исследования, посвященные юношескому спорту в системе подготовки спортивных резервов,

включающих рациональное планирование режима нагрузок, эффективных методов воспитательной работы с юными спортсменами, разработку модельных характеристик спортсменов, детальную структуру тренировочных и соревновательных нагрузок на различных этапах многолетней подготовки, совершенствование системы комплексного контроля в управлении тренировкой юных спортсменов. Эффективность занятий спортом у детей и подростков определяется не только выбором спортивной специализации и учета индивидуальных особенностей юных спортсменов, но и особенностями проведения тренировочных занятий и своевременной реабилитацией после перенесенных заболеваний и травм. Несмотря на приверженность специалистов к более ранней специализации в детском и подростковом возрасте, следует учитывать важнейший факт, что в отличие от взрослого, на детский организм при занятиях спортом приходится двойная нагрузка - наряду с адаптацией к большим физическим и психоэмоциональным напряжениям, связанным с тренировочным процессом, имеется необходимость гармоничного и полноценного возрастного развития организма ребенка [4-6].

В связи с этим, особый интерес вызывает состояние здоровья юных спортсменов, исследованное по материалам заболеваемости по обращаемости и результатам проведенных медицинских осмотров, что в целом позволяет дать полноценную характеристику состоянию здоровья детского и подросткового контингента, занимающегося спортом, что немаловажно учитывать при

проведении тренировочных и соревновательных нагрузок, целесообразности использования медикаментозных и немедикаментозных средств восстановления, и врачебном контроле.

Показатели заболеваемости юных спортсменов г. Алматы, занимающихся в спортивных секциях и ДЮСШ, полученные по материалам обращаемости в среднем за три года и результатам комплексных медицинских осмотров составляют 2798,8‰ (таблица 1). Ведущими классами заболевания являются болезни органов дыхания (876,0‰), болезни органов пищеварения (750,8‰), травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин (300,0‰), болезни системы кровообращения (213,6‰) и болезни глаза и его придатков (139,3‰), что в совокупности составляет 81,5% всей истинной заболеваемости.

Следует обратить внимание, что в общей структуре истинной заболеваемости юных спортсменов высокий уровень также принадлежит болезням мочеполовой системы (131,4‰), болезням кожи и подкожной клетчатки (114,1‰) и эндокринным болезням, расстройствам питания и обмена веществ (83,8‰), что в совокупности свидетельствует о наличии, как острой, так и хронической патологии у данного контингента.

Анализ заболеваемости детей, занимающихся спортом, по материалам обращаемости в среднем за три года и данным комплексных медицинских осмотров позволил распределить юных спортсменов по группам заболеваний следующим образом: первую группу составляют 21,4% всех

Таблица 1. Показатели структуры истинной заболеваемости юных спортсменов (на 1000 обследованных человек)

Классы болезней	Показатели истинной заболеваемости на оба пола (‰)
I. Инфекционные и паразитарные болезни	37,3
II. Новообразования	1,3
III. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения с вовлечением иммунного механизма	7,0
IV. Эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ	83,8
V. Психические расстройства и расстройства поведения	67,6
VI. Болезни нервной системы	9,1
VII. Болезни глаза и его придатков	139,3
VIII. Болезни уха и сосцевидного отростка	67,1
IX. Болезни системы кровообращения	213,6
X. Болезни органов дыхания	876,0
XI. Болезни органов пищеварения	750,8
XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки	114,1
XIV. Болезни мочеполовой системы	131,4
XIX. Травмы, отравления и другие последствия воздействия внешних причин	300,0
Итого:	2798,8

юных спортсменов (здоровые); вторую группу — 35,9% (практически здоровые) и третью группу — 42,7% (больные с хроническими заболеваниями).

Юные спортсмены с хроническими заболеваниями составляют 42,2%, что объясняется, нередко, сочетанным влиянием учебных и тренировочно-соревновательных нагрузок, которые отрицательно влияют на развитие и рост детского организма. Ежегодно от 10 до 20% юных спортсменов отстраняются от занятий спортом по причине заболеваний и травм.

Таким образом, детальное исследование состояния здоровья юных спортсменов свидетельствует о негативных тенденциях при формировании спортивного потенциала и специализированном отборе. Вместе с тем, высокий уровень специальной физической подготовки, нецелесообразное изыскание резервов повышения эффективности специальной физической подготовки у растущего организма, в дальнейшем чревато развитием патологических состояний и перенапряжением организма. Желательно, чтобы в эпоху коммерциализации большого спорта спортивный потенциал республики повышался не за счет чрезмерных физических нагрузок и психоэмоционального истощения, а на основе глубоко продуманной

научной базы, влекущей за собой гармонизацию личности и спортивное долголетие.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:

1. Граевская Н.Д. Становление и состояние отечественной «олимпийской» медицины // Бюллетень Центральной олимпийской академии. Спецвыпуск: медико-биологические проблемы спорта. — М., 1998, № 4. — С. 37-44.
2. Медик В.А., Юрьев В.К. Состояние здоровья, условия и образ жизни современных спортсменов. — М.: Медицина, 2001. — 144 с.
3. Кудрявцева Н.В. Новые формы физкультурно-оздоровительных программ для детей и молодежи // Юбилейный сборник трудов ученых РГАФК, посвященный 80-летию академии. — М., 1998, Изд-во: Физкультура, образование и наука. — Т. III. — С. 77-84.
4. Менькова С.В. Интеграция двигательной и познавательной деятельности детей школьного возраста. — СПб, 1997. — 99 с.
5. Никитушкин В.Г. Методология программно-нормативного обеспечения многолетней подготовки квалифицированных юных спортсменов: Автореф. дис.окт. пед. наук. — М., 1995. — 30 с.
6. Хрушев С.В., Левин М.А. Влияние систематических занятий спортом на неспецифическую и специфическую (иммунологическую) реактивность юных спортсменов // Детская спортивная медицина. — Руководство для врачей. — М.: Медицина, 1991. — С. 107-119.

УДК 796:616-08

**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, ЗАНИМАЮЩИМСЯ СПОРТОМ (НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ И РЕАБИЛИТАЦИИ Г. АЛМАТЫ)****Г.П. КАСЫМОВА, С.М. БАВАЕВ,  
Б.Н. УСЕНОВА, Н.С. ПОДКОТИЛОВА**КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,  
Центр спортивной медицины и реабилитации, г. Алматы**Резюме**

Деятельность «Центра спортивной медицины и реабилитации г. Алматы» по организации лечебно-профилактической помощи лицам, занимающимся спортом, многогранна и функциональна, что определяется не только спецификой выполненных им задач, но и необходимостью выполнения стратегических решений, направленных Президентом Республики Казахстан Н.А. Назарбаевым на укрепление здоровья населения и процветание отечественного спорта.

**Тұжырым**

Спортпен шұғылданатын тұлғаларға емдеу-профилактикалық көмекті ұйымдастыру бойынша, Алматы қаласындағы «Спорттық медицина және қайта қалпына келтіру орталығы» қызметі шексіз және функционалды болып табылады. Бұл өз кезегінде, тек орындалған міндеттер ерекшелігімен ғана емес, сонымен қатар, Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә.Назарбаевтың халық денсаулығын нығайту және отандық спортты гүлдендіруге бағытталған стратегиялық шешімдерін орындау қажеттілігімен анықталады.

**Summary**

Activity of «the Center of sport's medicine and rehabilitation of Almaty» on the organization of the treatment and prophylactic help to the persons who are going in sport, is many-sided and functional that is defined not only of specificity of the problems executed by it, but also of necessity of performance of the strategic decisions directed by the President of Kazakhstan Republic - N.A.Nazarbayev on strengthening of health of the population and prosperity of domestic sports.

Физические упражнения и двигательная активность являются неотъемлемым компонентом здорового образа жизни, эффективным средством профилактики многочисленных заболеваний и укрепления здоровья.

Гармоничное развитие личности, связанное с развитием высоких спортивных достижений составляет стратегический приоритет Казахстана. Доказано, что не сам по себе спорт высших достижений таит в себе опасность для здоровья, а связанный с ним так называемые «факторы риска» - такие, как недочеты отбора — допуска к тренировкам лиц с отклонениями в состоянии здоровья (в том числе, скрыто протекающие) даже при сохраняющейся высокой работоспособности, недочеты образа жизни и методики тренировки, неправильное использование средств искусственного повышения работоспособности (особенно фармакологических), введение новых видов спорта без достаточного научного обоснования (особенно для женщин), плохой врачебно-педагогический контроль, отсутствие должной профилактики в определенных видах спорта и другие. Выявления и изучения «факторов риска» с учетом специфики спорта, их предупреждения

и устранения сведут опасность для здоровья спортсменов к минимуму. Выявления и устранения «факторов риска» — важнейшая задача тренера, врача и спортсмена. Становится очевидным, что только за счет нагрузок все труднее становится достичь дальнейшего повышения спортивных результатов, что обосновывает развитие новой системы восстановления в спорте, а также единство педагогических, психологических и медицинских средств в зависимости от характера и этапа тренировки, и вида спорта, а также разработку вопросов питания спортсменов, витаминизацию

Несмотря на развитие кризисной ситуации в начале 90-х годов прошлого века и закрытие врачебно-физкультурных диспансеров в Казахстане, Республиканский врачебно-физкультурный диспансер, переименованный в Центр спортивной медицины и реабилитации, является координационной базой по медицинскому обеспечению спортсменов.

Центр спортивной медицины и реабилитации г. Алматы осуществляет врачебный контроль за занимающимися физической культурой и спортом, медицинским обеспечением занятий

массовым формами физической культуры. Центр организует медицинское обслуживание учебно-тренировочных занятий, сборов, спортивных соревнований и оздоровительно-массовых физкультурных мероприятий.

Всего за 2008–2010 годы под динамическим наблюдением находилось 21897 спортсменов, выполнено 246984 посещений к врачам, число проведенных углубленных медицинских осмотров составляет 190540. Одновременно, следует отметить, что число посещений по поводу заболеваний в 2010 году по сравнению с 2008 годом, сократилось на 33,7%.

В 2008 году сотрудниками «Центра спортивной медицины и реабилитации» обслужено 154 соревнования, в 2009 году – 84 и в 2010 году – 108, одновременно, если в 2008 году число участников соревнования составило 14499 человек, то в 2009 году – 12355, и в 2010 году – 8585 человек, что соответственно, на 40,8% ниже по сравнению с 2008 годом.

Параллельно, изменилось число обслуженных учебно-тренировочных сборов: 2008 год – 187; 2009 год – 56 и 2010 год – 263, что отразилось на числе участников учебно-тренировочных сборов. Так, в 2009 году, число участников при сопоставлении с аналогичным показателем 2008 года снизилось на 53,1%, а в 2010 году увеличилось на 28,5%.

В задачи Центра входит не только оказание медицинской помощи, но и применение лечебно-физической культуры, физиотерапия, других немедикаментозных методов в реабилитации спортсменов. Так, в 2008–2010 годах в «Центре спортивной медицины и реабилитации» проведены физиотерапевтические процедуры 2169 спортсменам, лечение в кабинете ЛФК – 605, массаж проведен – 1736 спортсменам и выполнено 11302 процедур массажа, закончили лечение в кабинете лазерной терапии – 618.

Важное значение для своевременной диагностики пред- и патологических состояний у спортсменов имеет проведение функционального и лабораторного исследований. За анализируемые три года (2008–2010 года) в Центре проведено 13732 электрокардиографических обследований, 4911 ультразвуковых обследований, эхокардиографических обследований – 2184; выполнено – 233880 клинических и биохимических анализов.

Отмечается рост проведенных врачебно-педагогических наблюдений в 2010 году при сравнении с 2008 годом на 19,2%, что свидетельствует

о тесной работе медицинских сотрудников Центра и тренерского состава спортивных команд, направленных на достижение спортивных результатов и сохранение потенциала здоровья спортсменов. Важным фактором является тот момент, что врачебно-педагогические наблюдения в основном были проведены на учебно-тренировочных сборах, когда имеет место перенапряженность компенсаторных возможностей организма и чрезмерные физические нагрузки. Тем не менее, на учебно-тренировочных сборах в 2008 году было выполнено 90,8% врачебно-педагогических наблюдений, в 2009 году – 41,3% и в 2010 году – 76,5%.

Число случаев медицинского обслуживания зависит от врачебной специальности. Наибольшее число (32,8%) зарегистрировано у врачей, занимающихся контролем за состоянием здоровья спортсменов, доля врачей по лечебно-физической культуре составила 16,2%; физиотерапевтов – 14,5%; невропатологов – 12,2%; травматологов – 6,0%; офтальмологов – 5,0%; отоларингологов – 4,5%; стоматологов – 3,7%; хирургов – 2,1% и прочие специальности – 3,0%.

Структура врачебных посещений зависит также от профиля специальности. Несомненно, координатором по оценке состояния здоровья спортсменов и адекватности физических нагрузок, является врач по контролю за занимающимися спортом и физической культурой. В связи с этим, основная задача медицинского обслуживания спортсменов врачами данного профиля – профилактические мероприятия, направленные на предупреждение развития пред- и патологических состояний у спортсменов. Всего в структуре всех посещений к врачам Центра, профилактический осмотр составил – 77,1%, на долю лечебно-консультативных посещений приходится – 18,8% и на долю диспансерных – 4,1%.

По результатам прошедших углубленных медицинских обследований в 2010 году, 15,2% спортсменов нуждались в лечении, что наряду с качеством проведенного углубленного медицинского осмотра свидетельствует о передозировании физических нагрузок спортсменов, предусматривающих перенапряжение органов и систем, и влекущих за собой развитие заболеваний, так и состоятельности самих медицинских осмотров и комплексном подходе в оценке состояния здоровья спортсменов. При этом, наличие патологии у спортсменов, выявленных при профилактическом осмотре, занимающихся в ДЮСШ и

спортивных секциях, сборных команд предопределяет целесообразность проведения данных мероприятий.

«Центр спортивной медицины и реабилитации» осуществляет организационно-методическую работу в организации врачебного контроля за занимающимися физической культурой и спортом в системе образовательных учреждений, а также контроль за организацией широкого внедрения ЛФК в систему медико-социальной реабилитации различных групп населения.

Центр обобщает опыт работы по различным разделам деятельности врачебно-физкультурной службы в Республике Казахстан, проводит кон-

ференции, совещания по многочисленным аспектам спортивной медицины, проводит пропаганду здорового образа жизни среди занимающихся физической культурой и спортом, а также среди различных слоев населения. «Центр спортивной медицины и реабилитации» является клинической и учебной базой Казахского Национального медицинского университета им. Асфендиярова по последиplomной подготовке спортивных врачей. Центр координирует свою деятельность с органами государственного управления физической культурой и спортом, образования, здравоохранения и общественными организациями по спортивной медицине и реабилитации.

УДК 613.2+613.7/8:616.1/.8-056.8

## **НЕМЕДИЦИНСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ЗДОРОВЬЯ: ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА И МОТИВАЦИЯ К ВЕДЕНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА АЛМАТЫ**

**Ж.Е. БАТТАКОВА, Т.И. СЛАЖНЁВА, Ш.Е. КАРЖАУБАЕВА,  
Т.С. ХАЙДАРОВА, М.А. ДАРИШЕВА**

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

### **Резюме**

В статье приведены показатели распространённости основных поведенческих факторов риска (табакокурение, потребление алкоголя, питание, физическая активность) развития заболеваний населения города Алматы в 2011 году.

### **Тұжырым**

Мақалада 2011 жылдағы Алматы қаласы тұрғындарының ауруларының дамуы (темекі шегу, алкогольды тұтыну, тамақтану, физикалық белсенділік) негізгі мінез-құлықтық қауіп факторларының таралу көрсеткіштері келтірілген.

### **Summary**

The article presents the prevalence indicators of major behavioral risk factors (smoking, alcohol consumption, diet, physical activity) of development of diseases among the population of Almaty city in 2011.

Социально-экономические преобразования, произошедшие в Казахстане в последние десятилетия, выявили ряд негативных факторов, влияющих на состояние здоровья и качество жизни населения. Научные исследования показывают, что большая часть населения не принимает никаких усилий для формирования и поддержания здорового образа жизни, хотя знают, что здоровье — это высшая ценность и что образ жизни оказывает влияние на здоровье [1-6].

Одним из значимых факторов, влияющих на здоровье, является поведение населения. Регу-

лярное изучение поведенческих и связанных с ними факторов риска (ФР) и разработка системы мониторинга поведенческих ФР неинфекционных заболеваний (НИЗ) для оценки динамики их распространенности среди населения страны является источником получения надёжной информации для научно-обоснованных решений в области политики укрепления здоровья и профилактики заболеваний [7,8].

Из 10 основных причин, приводящих к потере лет здоровой жизни, 5 факторов непосредственно относятся к образу жизни (табак, алко-

голь, недостаточное потребление фруктов и овощей, недостаточная физическая активность, запрещенные наркотики) и 3 фактора - косвенно относятся к образу жизни (высокое артериальное давление, высокий уровень холестерина, высокий индекс массы тела).

По данным экспертов ВОЗ, в Казахстане на семь ведущих факторов риска приходится почти 60% общего бремени хронических заболеваний: табакокурение (13,4%), потребление алкоголя в опасных дозах (12,8%), повышенное артериальное давление (12,3%), гиперхолестеринемия (9,6%), избыточная масса тела (7,4%), недостаточное потребление фруктов и овощей (5,5%), низкая физическая активность (3,5%) [9].

Высокая распространенность факторов риска привела к росту распространенности хронических неинфекционных заболеваний. Именно эти заболевания, а также травмы, несчастные случаи и отравления возглавляют структуру заболеваемости и смертности населения Казахстана [10].

Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК в процессе проведения национальных опросов населения и экспертных оценок установлены показатели распространенности поведенческих факторов риска, способствующие возникновению неинфекционных заболеваний в республике (рис. 1).

Каждый регион Казахстана имеет свои особенности образа жизни, отражающие уровень социально-экономического и культурного разви-

тия и оценка изменений поведенческих факторов характеризует степень эффективности всех профилактических мер, предпринимаемых государством с целью вовлечения населения в процессы самосохранительного поведения и повышения ответственности за своё здоровье.

Была изучена распространенность поведенческих факторов риска в г. Алматы среди взрослого населения методом интервьюирования. Отбор и формирование изучаемых групп осуществлён методом случайной выборки. Путем кластерной рандомизации определены группы социологического опроса: школьники, учащиеся СУЗов и ВУЗов, работающие в организациях г. Алматы.

Всего в г. Алматы приняли участие в исследовании 689 человек старше 18 лет, из них мужчин – 331 и женщин – 358 человек.

Информацию о здоровом образе жизни (ЗОЖ) в основном городские жители получают через СМИ (65,0%±1,82). Треть респондентов получают информацию о ЗОЖ от родственников и друзей (32,1%±1,78). Также значимым источником информации для населения г. Алматы являются медицинские работники (25,7%±1,67). 8,1% респондентов отметили, что не интересуются информацией о здоровом образе жизни и профилактике заболеваний.

Каждый второй опрошенный подвергается негативному воздействию пассивного курения. При этом пассивному курению в большей степени подвержены мужчины (t=4,17).

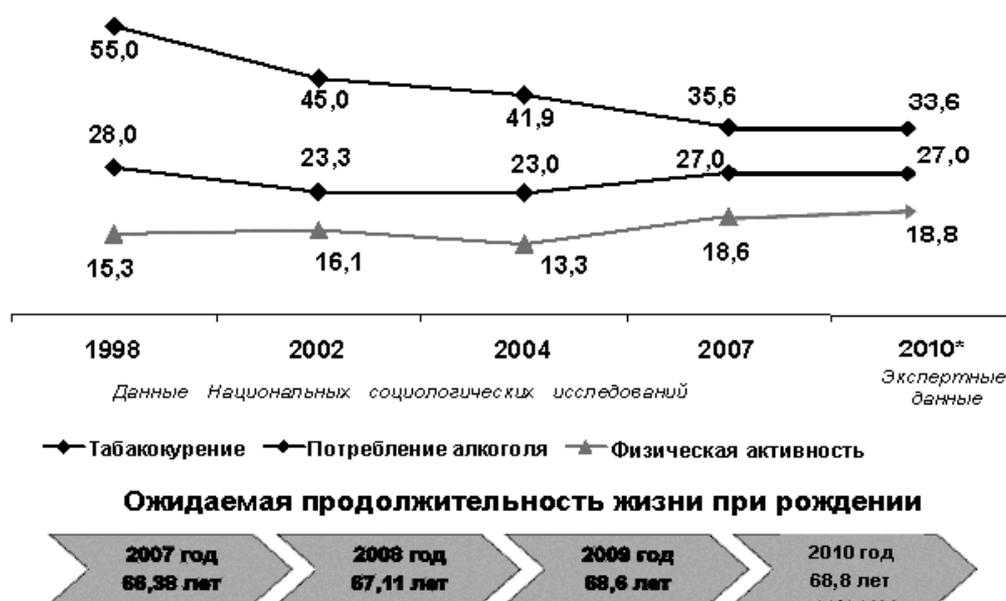


Рисунок 1. Показатели образа жизни, %

Распространенность табакокурения в г. Алматы составила  $27,7 \pm 1,71\%$ . Мужчины курят достоверно чаще -  $43,3 \pm 2,73\%$  ( $t=9,32$ ), чем женщины -  $13,0$  ( $t=12,5$ ). Среди мужчин высокие уровни курения приходятся на наиболее трудоспособный возраст 30-39 лет и 40-49 лет. Среди женщин большое число курящих выявлено в возрасте 30-39 лет, что в 4,3 раза выше по сравнению с возрастной группой 18-29 лет (рис. 2).

Более половины респондентов курит от 5 - 20 сигарет в день, треть курящих – до 5 сигарет и 14,9% - более 20 сигарет (рис.3.).

Мужчины по сравнению с женщинами выкуривают большее количество сигарет в день и имеют более продолжительный стаж курения, что значительно повышает риск развития никотин обусловленных синдромов и заболеваний.

Распространенность употребления алкоголя в г. Алматы составила  $34,5 \pm 1,81\%$ . Из них среди мужчин –  $48,0 \pm 2,75\%$  и среди женщин –  $22,1 \pm 2,19\%$ . Наибольшее число употребля-

ющих алкоголь выявлено в возрасте 30-39 лет и 40-49 лет (рис.4).

Наиболее популярным алкогольным напитком среди респондентов г. Алматы является пиво. Употребляют пиво и крепкие алкогольные напитки в опасных для здоровья дозах 8,8% мужчин и 2,5% женщин. Значительный процент женщин также указало на употребление вина, однако большинство из них употребляют его в безопасных дозах.

Каждый четвертый респондент только 1 раз в день в питании использует горячие блюда. В рационе опрошенных преобладают мясные продукты, при этом среди мужчин данный показатель достоверно выше ( $t=6,56$ ). Процент лиц преимущественно употребляющих мясные продукты больше в возрасте 30-39 лет и 40-49 лет и снижается в возрасте 50 лет и старше.

В рационе 20% опрошенных преобладают каши, из них среди женщин показатель составил 25,1%, среди мужчин – 14,5%. Каши в большей степени употребляют в рационе лица 50-ти лет и старше.

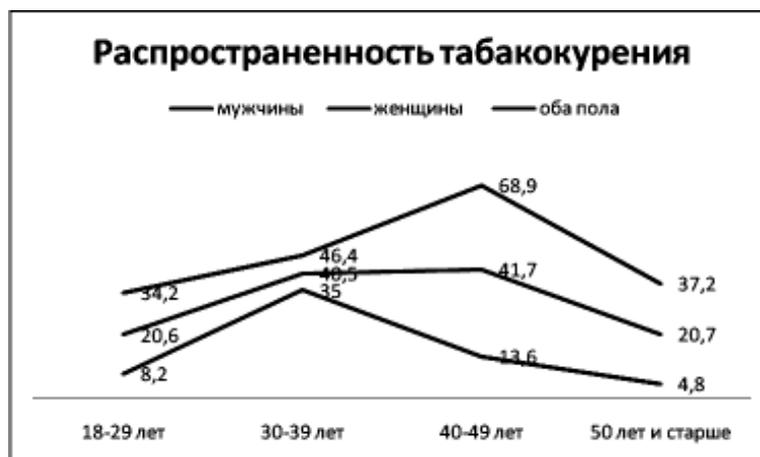


Рисунок 2. Распространенность табакокурения среди взрослого населения г. Алматы в разрезе пола и возраста (%)

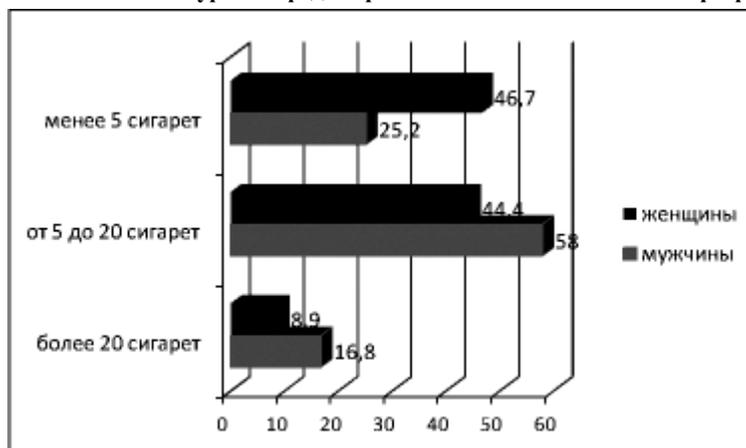


Рисунок 3. Количество выкуриваемых сигарет в день среди взрослого населения г. Алматы в разрезе пола (%)

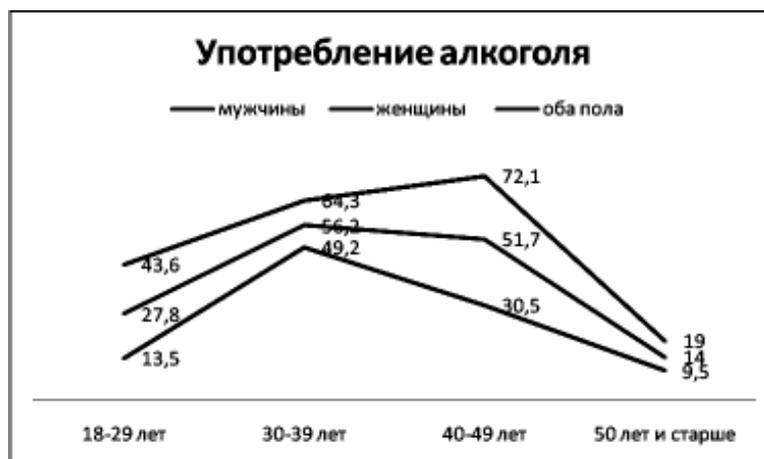


Рисунок 4. Распространенность употребления алкоголя среди взрослого населения г. Алматы в разрезе пола и возраста (%)

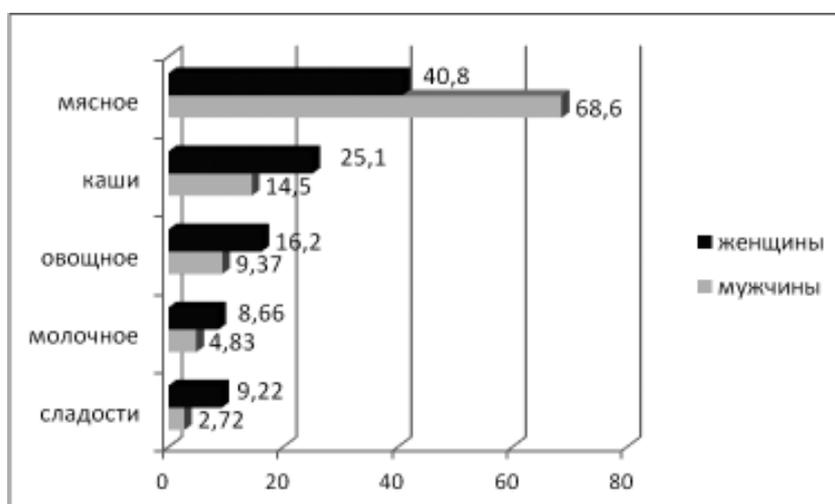


Рисунок 5. Продукты питания преобладающие в рационе взрослого населения г. Алматы в разрезе пола (%).

Половина ( $52,5 \pm 1,9\%$ ) респондентов г. Алматы ежедневно употребляют недостаточное количество овощей и фруктов (рис. 5).

Согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, среднее потребление овощей и фруктов должно быть не менее 400 грамм [11]. Нами установлено, что  $52,5 \pm 1,9\%$  респондентов г. Алматы не употребляют рекомендуемые 400 грамм овощей и фруктов ежедневно, при этом показатели среди мужчин и женщин практически не отличаются (мужчины –  $53,9 \pm 2,62\%$  и женщины –  $51,1 \pm 2,63\%$ ).

Часто испытывают стрессы 41,7% жителей мегаполиса, при этом женщины достоверно чаще испытывают стресс ( $t=3,57$ ) по сравнению с мужчинами.

Выявлен низкий уровень физической активности, как мужчин, так и женщин, прожива-

ющих в г. Алматы. Регулярно выполняют физические упражнения всего - 17,7% респондентов; регулярно посещают спортивные комплексы - 8,56%; занимаются профессиональным спортом - 1,6%.

$26,1 \pm 1,67\%$  респондентов указали на наличие хронических заболеваний. В целом респонденты позитивно оценили свое здоровье. Вместе с тем, среди мужчин достоверно больше лиц с высокой самооценкой своего здоровья ( $t=2,66$ ). 77,8 $\pm$ 1,58% респондентов совершали попытки изменить свои привычки и вести здоровый образ жизни, но они не имели системного характера.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать заключение о недостаточной эффективности профилактических мероприятий по снижению уровня курения и употребления алкоголя. Жители г. Алматы имеют более высокие показатели, чем

Таблица 1. Показатели физической активности среди взрослого населения г. Алматы в разрезе пола (%)

	мужчины	женщины	оба пола
Нет	33,5±3,1	33,8±3,11	33,7±1,8
Нерегулярно	32,9±2,89	43,6±3,05	38,5±1,85
Регулярно выполняю физические упражнения	22,1±3,75	13,7±3,11	17,7±1,45
Регулярно посещаю спортивные комплексы	8,16±3,56	8,94±3,71	8,56±1,07
Занимаюсь профессиональным спортом	3,32±0,48	0	1,6±0,48

средне - республиканский уровень распространённости данных привычек среди населения, а по физической активности более 2/3 населения не занимаются совсем или занимаются нерегулярно физическими упражнениями. Это указывает на необходимость усиления мер по профилактической работе медицинского персонала, работодателей, организациях образования и в семье.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Голева О.П., Закоркина Н.А., Попушанский В.Г., Блинова Е.Г. Формирование хронических заболеваний у подростков // Ж. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2005. - №6. — С.16-18.
2. Бойко Ю.П., Добридень О.В., Бойко А.Ю. Образ жизни и здоровье пожилых людей //Ж. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2005. -№6. — С.18-19.
3. Уйба В.В., Рыжков Н.А. Определение интегральных показателей медико-экономической эффективности сети лечебно-профилактических учреждений. //Ж. Проблемы управления здравоохранением. — 2006. - №3(28). — С. 11-16.
4. Вялков А.И., Кучеренко В.З. Теоретические и организационно-методические основы рисков в медицинской практике. //Ж. Проблемы управления здравоохранением. — 2006. - №3(28). — С. 52-57.
5. Малышева Е.В., Ганцев Ш.Х., Рахматуллина И.Р. здоровье, образ жизни и удовлетворенность медицинской помощью населения крупных городов Российской Федерации. // Ж. Проблемы управления здравоохранением. — 2006. - №3(28). — С.68-71.
6. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Сейдуманов С.Т. Политика формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан: становление и развитие, Алматы, 2010.
7. Потемкина Р.А. Разработка системы мониторинга поведенческих факторов риска неинфекционных заболеваний. // Ж. Профилактика и укрепление здоровья. — 2005. - №5. С. 45.
8. Аканов А.А., Тулебаев К.А., и др. Основные показатели и проблемы образа жизни населения Республики Казахстан (первое национальное исследование) — Алматы — 2000. — 110с.
9. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2002г - Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни. Женева, ВОЗ, 2002г.
10. Аналитическое исследование общей смертности населения в Казахстане. Алматы. -2006. - 96 с.
- 11.Профилактика через первичное здравоохранение. - Б.: Одиссей 2003.-С.168.

УДК 614.88:614.2:64.011.225

**РОЛЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ  
В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТЬ  
В УСЛОВИЯХ НЕПРЕРЫВНОГО ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА  
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**Г.А. КАРИБАЕВА, К.К. МЕДЕУБАЕВА**

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника №11»,

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

**Резюме**

В статье описана важность первичной медико-санитарной помощи в развитии здравоохранения Казахстана.

**Summary**

The article describes the importance of primary health care system in development of health care in Kazakhstan.

Все годы, с начала обретения Казахстаном независимости, развитию и совершенствованию системы здравоохранения уделяется особое внимание. В Государственной Программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 гг. пристальное внимание уделено вопросам совершенствования качества медицинских услуг первичного медико-санитарного звена.

Единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ) является одной из направлений и путей достижения, поставленных целей Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 гг. В числе основных задач ставит перед собой формирование конкурентной среды оказания медицинских услуг, путем повышения качества, доступности и прозрачности оказываемых услуг, и, в конечном итоге, ориентацию на конечный результат.

Принцип «деньги идут вслед за пациентом» позволил реализовать право свободного выбора пациентом врача и медицинской организации, тем самым, создавая мощный стимул для повышения качества оказываемых медицинских услуг, в том числе и за счет развития конкуренции в сфере здравоохранения.

Первичная медико-санитарная помощь, бесспорно, является наилучшим способом оказания полной и эффективной помощи населению. За последние 20 лет в Казахстане отмечается планомерное развитие здравоохранения. Для обеспечения доступности медицинской помощи населению республики действует гарантированный

объем бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), перечень которого утвержден Правительством РК.

На сегодняшний день задачи и цели, поставленные перед первичным медико-санитарным звеном, кардинальным образом отличаются от тех целей и задач, которые ставились перед нами в самом начале становления независимости. С внедрением новой системы, каждому гражданину РК представилось право самостоятельного выбора врача, стационара и поликлиники. Так, в 2010–2011 гг. правом свободного прикрепления с дальнейшим обслуживанием в Городской поликлинике №11, г. Алматы, воспользовались 2110 человек. Это в свою очередь накладывает определенные обязательства на менеджеров здравоохранения данной медицинской организации по выработке управленческой стратегии непрерывного улучшения качества оказываемых медицинских услуг путем обучения кадрового потенциала, правильного распределения кадровых ресурсов, мотивации и дифференцированной оплаты медработников.

Сегодня, мы, организаторы здравоохранения являемся свидетелями становления принципиально новой модели оказания медицинской помощи, сфокусированной на интересах пациента, рациональном финансировании здравоохранения, профилактике заболеваний и раннем их выявлении.

Министерством здравоохранения РК в целях реализации целого комплекса национальных программ наблюдения за состоянием здоровья таких целевых групп населения, как дети, подростки и

женщины репродуктивного возраста. Проведение скрининговых исследований определенных возрастных категорий - в организациях первичной медико-санитарной помощи с 2011 года введены должности социальных работников, психологов, вторых медсестер для участковых терапевтов и педиатров, также созданы новые структурные подразделения: отделения профилактики и социально-психологической помощи.

С июля 2010 года успешно действует интернет-портал «Бюро госпитализации». Являясь частью ЕНСЗ, портал «Бюро госпитализации» обеспечивает право каждого гражданина РК свободного выбора стационара. Так, правом свободного выбора стационара из числа прикрепленного населения Городской поликлиники №11 в 2011 году воспользовались 1298 человек, получивших лечение в 40 стационарах республики и г. Алматы в плановом порядке. При этом в региональных клиниках г. Алматы пролечились 93% граждан, выехали в другие регионы 1,0%, в республиканских клиниках специализированную помощь получили 6 % жителей.

Внедрение ЕНСЗ позволило обеспечить рациональное использование коечного фонда в РК, и переместить удельный вес расходов со стационарной помощи на ПМСП. Перераспределение средств со стационара на ПМСП в свою очередь, позволило усилить профилактическую направленность системы оказания медицинской помощи, широкое применение стационарозамещающих технологий, ЗОЖ, раннее выявление заболеваний, профилактическую лекарственную терапию, что приведет к увеличению ожидаемой продолжительности жизни, снижению смертности и первичного выхода на инвалидность.

Опыт прошлых лет показывает, что реализация ЕНСЗ идет полным ходом, о чем свидетельствует стойкая тенденция к увеличению объемов стационарозамещающих технологий в организа-

циях первичного медико-санитарного звена: количество пролеченных больных в дневном стационаре Городской поликлиники №11 повысилось на 15,1% и составило 2566 в 2011 году (2228 в 2010 году), при этом выполнение плана госзаказа по дневным стационарам составило 100%.

Акцентируя внимание системы здравоохранения на первичном медико-санитарном звене для реализации задач, поставленных ЕНСЗ, актуальными являются также вопросы мотивации и оплаты труда медицинских работников ПМСП.

Так, в 2011 году в соответствии с приказом Министра здравоохранения РК от 20.05.2011 года № 310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников», созданы условия для дифференцированной оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечного результата. Начат мониторинг за мероприятием выплат дополнительного компонента подушевого норматива организациям первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП).

Таким образом, ключевым, можно сказать и поворотным моментом в совершенствовании системы качества медицинских услуг, становится переосмысление роли руководителей медицинских организаций, от которых теперь требуются знания и навыки в области финансового менеджмента и предпринимательской деятельности.

Вместе с тем в создании конкурентной среды важно соблюдать осторожность, поскольку некоординируемая конкуренция в конечном итоге приводит к производственной обособленности и фрагментарности. Это неприемлемо для сферы здравоохранения, которая должна характеризоваться преемственностью в оказании медицинской помощи на всех уровнях ее оказания. В этом смысле государство играет конструктивную роль, регулируя конкуренцию и обеспечивая универсальные стандарты и преемственность в оказании медицинской помощи.

УДК 616-001-084(574)

## ТРАВМАТИЗМ – ПРОБЛЕМА ВО ВСЕМ МИРЕ

**А.Т. ШАЙКЕНОВА, Ш.Ш. ИРИСБЕКОВ, М.К. ХАМЗИЕВ, Т.С. ХАЙДАРОВА**  
 Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК,  
 Алматинский областной центр формирования здорового образа жизни, г. Алматы,  
 ГККП сельская больница с. Боралдай, Алматинская область

## Резюме

В статье рассказывается об остроте проблемы травматизма, показаны ее особенности, пути решения и меры профилактики.

## Тұжырым

Мақалада жаракаттану мәселесінің өткірлігі, оның ерекшелігі, шешу жолдары және сақтандыру жолдары көрсетілген.

## Summary

Article contains information about importance of injuries problem, shows the features, decisions and prevention measures.

В современном мире и Казахстане растет осознание серьезности этой проблемы общественно-здравоохранения и понимание того, что многие случаи дорожно-транспортного травматизма можно предотвратить, если воздействовать на ключевые факторы риска. Ввиду масштабности этой проблемы правительства разных стран мира приняли историческое решение активизировать действия, направленные на решение в следующие десять лет глобального кризиса в области безопасности дорожного движения. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН провозгласила Десятилетие действий по обеспечению безопасности дорожного движения в 2011-2020 гг. и была поддержана рекордно большим числом стран, в том числе и нашей республикой. В этой связи в рамках проекта «Десятилетие действий» во всех регионах страны 11 мая 2011 года состоялись пропагандистские акции по безопасности дорожного движения. В ноябре 2010 года на «Первой Всемирной министерской конференции по безопасности дорожного движения» была принята Московская декларация по безопасности дорожного движения, Всемирной организации здравоохранения предложено сыграть ключевую роль в рамках этого проекта и обеспечить координацию всех действий.

В республике травматизм во всех его проявлениях занимает второе место в структуре заболеваемости (6,88 %), как причина выхода на инвалидность - 3 место. Тогда как во всем мире этот недуг, как результат халатного отношения к себе

и окружающим, занял третье место после опухолевых и сердечно-сосудистых заболеваний в структуре смертности в экономически развитых странах. Причем независимо от страны, религии, цвета кожи и языка, травматизм распространен среди мужского населения в возрасте 15-30 лет. И если, согласно данным Всемирной организации здравоохранения, ежегодно в мире погибают вследствие травм 3,5 млн. человека, более 2 млн. травмированных людей навсегда остаются инвалидами, то для Казахстана статистика такова: ежегодно в республике более 600 тысяч человек получают различные повреждения, из них 22 процента составляют дети, 78 процентов - подростки и взрослые.

Травматизм, как важный показатель влияния социальных условий жизни на состояние здоровья населения, бывает разным: **производственный** (промышленный и сельскохозяйственный), **непроизводственный** (транспортный, уличный, бытовой, спортивный) и **детский**. С недавних пор возникло такое понятие, как офисный травматизм. По данным Министерства здравоохранения РК, за последние годы сложилась отрицательная динамика уровня первичной инвалидности как результата полученных травм: в 2007 году он составил 27,7 случая, в 2008 - 28,8, а в 2009 - 29,2 случая на 10 тысяч населения. И, пожалуй, это единственная проблема в казахстанской системе здравоохранения, по которой наблюдается ухудшение ситуации, независимо от мер, предпринимаемых со стороны государства.

Хотя травматизм так широко распространен среди казахстанцев, наряду с этим системный подход по реабилитации и восстановлению трудоспособности лиц, получивших различные травмы, отсутствует. Как показывает анализ несчастных случаев, основными причинами травматизма со смертельным исходом являются нарушения Правил дорожного движения, техники безопасности, трудовой и производственной дисциплины.

Примечательно, что лидером в структуре инвалидности и смертности является дорожно-транспортный травматизм как в мире, так и в Казахстане. Так, по оценкам в мире ежегодно в дорожных авариях погибают более 1,2 млн. человек и около 50 млн. получают травмы. На долю Казахстана приходится следующая статистика: за последние 10 лет в Казахстане произошло свыше 127 тысяч дорожно-транспортных происшествий, в которых погибли более 25 тысяч и получили ранения более 151 тысячи человек.

Ситуация усугубляется большим количеством случаев гибели и травм у детей. Ведь каждый день в Казахстане в среднем регистрируется 8 дорожно-транспортных происшествий с участием детей. Дети являются наиболее уязвимыми и неопытными участниками дорожного движения. В мегаполисах дети получают травмы в 3 раза чаще. Это связано с тем, что основной причиной смерти в результате непреднамеренных травм среди детей и подростков являются дорожно-транспортные происшествия. Причиной 80 процентов несчастных случаев становится переход проезжей части в неположенном месте и вблизи идущего транспорта.

Постепенно в современном мире и Казахстане растет осознание серьезности этой проблемы и понимание того, что многие случаи дорожно-транспортного травматизма можно предотвратить, если воздействовать на ключевые факторы риска: несоблюдение и незнание правил дорожной

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

Стоит отметить, что помимо искалеченных жизнью дорожно-транспортный травматизм наносит также весьма ощутимый ущерб экономике государства. Так, по оценкам казахстанских медиков, суммарные экономические потери превысили 960 млрд. тенге. Несмотря на то, что доля дорожно-транспортного травматизма составляет около 4 процентов от всех травм, именно на эту группу приходится наибольшее количество смертей и тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата, особенно мальчиков от 8 до 16 лет.

Большую лепту в грустную статистику вносит и производственный травматизм. Так, согласно официальной статистике, за последние 5 лет в результате несчастных случаев, связанных с трудовой деятельностью, погибло более 2 тысяч казахстанцев. Лидером по количеству смертей является Карагандинская область. При этом число пострадавших при несчастных случаях, связанных с трудовой деятельностью, за тот же промежуток времени насчитывает около 18 тысяч человек.

Хочется отметить, что неблагоприятное положение с травматизмом объясняется, прежде всего, неудовлетворительным состоянием культуры всего общества.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. ВОЗ. Доклад о профилактике детского травматизма в Европе – Италия, 2009.
2. Центр медицинской профилактики 2010-2011, Москва.
3. Параграф. Информационная система 2012, Алматы.

УДК 614.2(574)

## ОБ ОСОБЕННОСТЯХ ЕДИНОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В 2012 ГОДУ

**И.Б. ДЖУМАШЕВА**

ГККП «Теректинская Центральная районная больница»,  
с. Фёдоровка, Западно-Казахстанская область

### Резюме

В статье подробно описываются принципы Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ).

### Тұжырым

Мәтінде Біртұтас ұлттық денсаулық сақтау жүйесінің қағидалары нақты сипатталған (БҰДСЖ).

### Summary

Article describes in detail the principles of the Unified National Health System (UNHS).

С 1 января 2010 года в Республике Казахстан с целью дальнейшего совершенствования отрасли здравоохранения Министерством Здравоохранения внедрена Единая национальная система здравоохранения (ЕНСЗ). Основными принципами ЕНСЗ явились:

1. Свободный выбор пациентом стационара;
2. Формирование конкурентной среды;
3. Прозрачность оказания медицинских услуг;
4. Финансирование медицинских организаций по конечному результату.

Внедрение ЕНСЗ предоставило право каждому гражданину самостоятельно выбирать врача и поликлинику на территории города и по необходимости по направлению врача пациент может самостоятельно выбрать для лечения любую профильную больницу на территории республики. Исключением является госпитализация в экстренных случаях, когда пациент доставляется службой скорой медицинской помощи в дежурную больницу для оказания скорой и неотложной помощи. Для оказания стационарной медицинской помощи привлечены все имеющиеся в стране больницы, которые прошли аккредитацию и готовы оказать качественные медицинские услуги.

В результате создания таких конкурентных отношений размещён государственный заказ на получение гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи (ГОБМП). Некоторые частные клиники, которые прошли аккредитацию Министерством Здравоохранения Республики Казахстан, начали руководствоваться правилами об оплате за оказанный объём медицинских ус-

луг за счёт средств республиканского бюджета. При этом Министерство Здравоохранения полностью оплачивает затраты, использованные на лечение в выбранном больным стационаре. Для этого создан во всех регионах Комитет по оплате медицинских услуг, который финансирует больницы с учётом достижения ими конечного результата. Лечение в больницах осуществляется в соответствии со стандартами диагностики и лечения, что гарантирует предоставление качественной медицинской помощи. Для этого республиканским экспертным советом подготовлены и утверждены наиболее эффективные и современные подходы к диагностике и лечению больных.

Одним из важных составляющих ЕНСЗ является организация работы Портала госпитализации для плановых больных, направляемых из организаций ПМСП. Чёткая работа Портала должна обеспечивать защиту прав пациентов в части прозрачности очередности, свободного выбора медицинской организации в рамках ГОБМП, взаимодействия участников ЕНСЗ, планирования количества случаев госпитализации. Работа Портала регламентируется приказом МЗ РК.

В 2012 году ЕНСЗ будет продолжать развиваться, а ее принципы сохраняться. Текущий год является годом совершенствования финансирования ЕНСЗ в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан на 2011-2012 гг.».

По пункту 4 данной программы определены следующие задачи: совершенствование организации, управления и финансирования здравоохранения в рамках ЕНСЗ по 4-м направлениям:

1. Формирование эффективной системы здравоохранения, основанной на приоритетном развитии ПМСП;

2. Совершенствование системы управления и менеджмента в отрасли здравоохранения;

3. Совершенствование механизмов финансирования здравоохранения;

4. Обеспечение высокого качества и доступности медицинской помощи.

Финансирование здравоохранения — это одно из важнейших слагаемых устойчивого развития здравоохранения. Методы финансирования создают набор определённых стимулов для поставщиков. Эти стимулы должны формировать поведение поставщиков, направленные на повышение качества и доступности медицинской помощи, улучшение связей между уровнями оказания медицинской помощи, улучшение потоков движения пациентов, стимулировать развитие технологий.

В 2012 году будут внесены изменения в финансирование следующих видов медицинской помощи. Во-первых, в финансировании амбулаторной помощи будет проведена апробация комплексного подушевого норматива, онкологические пациенты будут переведены на местный бюджет, за исключением НИИ онкологии и радиологии. Деньги на лечение онкологического пациента будут идти за ним по всем этапам лечения. Так же изменение методов финансирования стационарной помощи затронет вопрос возмещения инвестиционных и капитальных затрат стационаров.

С 2010 года в Казахстане применялись МЭТы, которые к концу 2011 года выполнили свою миссию. Финансирование в текущем году будет осуществляться по КЗГ (клинико-затратные группы). В чём же различие между МЭТ и КЗГ? Разница в их структуре, и в тех экономических стимулах, которые они создают для стационаров. При

финансировании по КЗГ появляются возможности формирования фонда экономии, что необходимо для внедрения дифференцированной оплаты труда и мотивации трудового коллектива. Возможность накапливать средства и выплачивать дифференцированную оплату, в первую очередь, хорошо отразится на пациенте. Во-первых, на пациенте позитивно отразится качество работы медицинского персонала, а во-вторых, на пациенте положительно отразится работа удовлетворённого человека, мотивированного к своей работе. В случае КЗГ появляется спрос на качественную работу ПМСП со стороны стационаров, спрос на развитие стационарозамещающей помощи.

Предприятия на ПХВ, которые имеют возможность перепрофилирования коек, проводят перепрофилирование самой востребованной медицинской помощи. КЗГ также способствуют развитию и снижению стоимости высоких медицинских технологий. В результате всех этих изменений выигрывает пациент, для которого повышаются качество и доступность медицинской помощи. Для медицинской организации появляются возможности лизинга медицинского оборудования и приобретение основных средств на сумму до 50 миллионов тенге.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламаты Казахстан на 2011-2015г»
2. Приказ №764 от 03.11.2011 г. «О создании координационного штаба по внедрению ЕНСЗ»
3. Материалы обучающего семинара для медицинских работников по ЗКО
4. Приказ №492 от 03.07.2010г «Об утверждении инструкции по организации плановой госпитализации в стационар в рамках ГОБМП через Портал бюро госпитализации».

УДК 614.2:32(574)

## ӘЛЕУМЕТТІК-ЭКОНОМИКАЛЫҚ ЖАҢҒЫРТУ – ҚАЗАҚСТАН ДАМУЫНЫҢ БАСТЫ БАҒЫТЫ

Г.А. КӘРІБАЕВА

№11 қалалық емханасы, Алматы қаласы

Медициналық қызмет көрсетудің сапасын арттыру, саламатты өмір салтын алға бастыру – ел болашағын жақсартудағы мемлекет саясатының маңызды мәселелерінің бірі болып отыр.

Бүгінде елімізде «Саламатты Қазақстан - 2015» бағдарламасына алғашқы болып енген жүрек-қан тамырлары ауруларының мәселесі бойынша жасалған шаралар 1 жыл ішінде едәуір оң нәтижелер берді, қан айналу жүйесі ауруларынан болатын өлім көрсеткіші 1,7 есе төмендеді. Бүгінде жүрек-қан тамырлары жүйесіне жасалатын операциялар тек Астана мен Алматыда ғана емес, Қазақстанның барлық облыстарында жасалып жатыр, елімізде ең жаңа бағыттар бойынша ондаған орталықтар құрылды, көліктік медицина дамытылуда.

Жүрек-қан тамырлары ауруларына жәрдем бағытында Ұлттық скрининг компаниясы белгілеген жүрек-қан тамырлары ауруларының алдын-алу профилактикалық бағдарламасы бойынша Алматы қаласы Жетісу ауданының денсаулық сақтау ұйымдарында да соңғы жылдар ішінде біршама жұмыстар атқарылып, оң нәтижелерге қол жеткізілді. 21204 адам тексеруден өткізіліп, 4642-22,69% науқас анықталып, оның 3675-79,8% айықтырылды, диспансерлік тіркеуге 1161-і алынды.

Қан айналу жүйесі ауруларынан болатын өлім көрсеткіші 2010 жылмен салыстырғанда 22,5 пайызға төмендеді. Ендігі жерде мемлекеттік бағдарлама бойынша қатерлі ісік ауруларының алдын алу және одан болатын өлімді азайту мәселесі бірінші кезекке шықпақ.

Елбасы үкіметке екі ай мерзім ішінде Қазақстанда онкологиялық жәрдемді дамыту бағдарламасын әзірлеу тарсырылғанын және Ұлттық медициналық холдинг арқауында Астанада қуатты Ұлттық ғылыми онкологиялық орталық құру қажеттілігін өз үндеуінде мәлімдеді.

Жалпы бұл бағытта да аудандық медицина ұйымдарында жүйелі түрде жұмыстар атқарылуында, оның ішінде:

- Сүт безі қатерлі ісігінің алдын-алу мақсатында 4124 әйел қаралды, 745 -18% науқас анықта-

лып, оның 567-і – 76,6% сауықтырылды, 294 «Д» диспансерлік тіркеуге алынды;

- Жатыр мойыны қатерлі ісігінің алдын-алу мақсатында 4580 әйел қаралып, 297 – 6,57% ауру анықталып, оның 100% сауықтырылды;

- Тоқ ішек және тік ішек қатерлі ісіктерінің алдын-алу мақсатында 9661 кісі тексеруден өтіп, 397 – 4,1% залалсыз ісік анықталып емдеуге жіберілді.

Ақпанның 4-і күні Алматы қалалық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы ұйымдастыруымен №11 қалалық емханасында қатерлі ісік ауруларының алдын алу мақсатында осы бағытта тексерілгісі келетін тұрғындар үшін «Ашық есік күні» жарияланды. Осы күні емханада онколог-маммолог дәрігері 32 кісіні қабылдап, оның 3-і әрі қарай тексерілуге жіберілді. Гинеколог дәрігері 25 әйелді қарап онкоцитологиялық тексеруге жіберді. Маммографиялық тексеруден 16 әйел өткізілді. Хирург-проктолог 6 кісіні қабылдап, оның екеуі әрі қарай тексеруге жіберілді. Аудандық медицина мекемелері арқылы 2011 жылы бірнеше бағдарламалар бойынша 53104000 тенге көлемінде республикалық және жергілікті бюджеттер есебінен науқастарға тегін дәрілер босатылды.

Елбасымыз соңғы үндеуінде мәлімдегендей Үкімет үстіміздегі жылдың бірінші шілдесіне дейін азаматтардың өз денсаулығы үшін ынтымақтастығы механизмін енгізуді ескере отырып, денсаулық сақтау жүйесін дамыту жөнінде ұсыныстар енгізуі тиіс.

Бізден денсаулық сақтау ісі тегін, бірақ бүгінде зейнетақы қорларында жасалып жатқандай, денсаулық сақтау ісінің де болашағы медициналық сақтандырылуда екендігін және адам науқастану оның өзіне тиімсіз екенін түсінуі керек. Адамның өзі, оған жұмыс беруші және мемлекет жауапкершілікте болады. Адамның денсаулығы неғұрлым нашар болса, ол соғұрлым аз сақтандырылатын болады; неғұрлым жақсы болса, сақтандыру сомасы да көп болмақ.

Салауатты өмір салтын өрбіту мақсатында соңғы жылдары еліміздің біраз жерлерінде спорттық нысандар салынды, бірақ оларғы үлкендердің де, балалардың көп жағдайларда қол жеткізе алмайтынын Елбасы атап өтіп, аталған нысандардың келешекте қарапайым ха-

лыққа қол жетімді ету шараларын қарастыру міндеттелді. Елбасы біздерге медициналық көмекті сапалы және қолжетімді ету жолында үлкен міндеттер жүктеп отыр, осы міндеттерді абыроймен атқарып, ел сенімін ақтау үшін аянбай еңбектене береміз.

УДК 616.9-036.22

## ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОМУ ОБЕСПЕЧЕНИЮ ВОЙСК ВООРУЖЕННЫХ СИЛ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

**О.К. ДАРИБАЕВ**

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК, г. Алматы

### Резюме

В статье освещены мероприятия по противоэпидемической защите войск Вооруженных Сил Республики Казахстан.

### Тұжырым

Мақалада Қазақстан Республикасы Қарулы Күштері әскерлерінің індетке қарсы қорғанысы жайлы шаралар сипатталған.

### Summary

This article describes the antiepidemic protection actions of the Kazakh Army Forces.

Комплекс мероприятий по противоэпидемическому обеспечению определяется механизмом развития эпидемического процесса. Эпидемический процесс — это процесс возникновения и распространения инфекционных заболеваний среди людей, который связан с жизнедеятельностью возбудителей инфекционных заболеваний. В зависимости от особенностей взаимодействия микро- и макроорганизмов в определенных социальных и природных условиях, схемы развития эпидемического процесса будут разными при разных заболеваниях. Однако, при любой схеме течения эпидемического процесса выделяют 3 звена: источник инфекции, механизм передачи возбудителя и восприимчивый организм.

Комплекс мероприятий, направленных на предупреждение инфекционных заболеваний или на их прекращение, включает в себя мероприятия в отношении всех трех звеньев эпидемического процесса. Основа механизма передачи возбудителя — это свойство микроорганизма перемещать-

ся из одного организма в другой. Механизм передачи реализуется факторами передачи (элементы внешней среды). В зависимости от характера инфекции элементами внешней среды могут быть: почва, пища, вода, воздух, предметы быта и обстановки.

Мероприятия, направленные на пресечение путей передачи возбудителя, заключаются в воздействии на элементы внешней среды, которые преследуют цель не допустить попадания возбудителя из источника инфекции на различные объекты внешней среды, т.е. предупредить использование людьми зараженных пищевых продуктов или контакт с зараженными элементами внешней среды. Другие мероприятия, обеспечивающие разрыв механизма передачи, заключаются в уничтожении возбудителя на объектах внешней среды (дезинфекция) и уничтожения переносчиков (дезинсекция, дератизация).

Однако заболевания можно не допустить и в условиях возможного заражения. Это достигается

ся вакцинацией, обеспечивающей специфическую невосприимчивость к заболеванию, и экстренной профилактикой, направленной на уничтожение возбудителя в организме в период инкубации. Мероприятия по противоэпидемическому обеспечению условно делятся на профилактические и противоэпидемические.

Профилактические мероприятия направлены на предупреждение заноса инфекционных болезней в воинские коллективы и создание условий, препятствующих распространению заболеваний среди личного состава части. Профилактические мероприятия преследуют также цель предупредить возникновение эпидемий, обеспечить систематическое снижение уровня спорадической заболеваемости и исключить распространение инфекции за пределами войсковой части.

Профилактические мероприятия планируются на очередной календарный год в соответствии с результатами эпидемиологического анализа за истекший год и результатами санитарно-эпидемиологического наблюдения. Профилактические мероприятия — это еще и мероприятия, которые предопределяются отдельными этапами деятельности и боевой подготовкой.

По объему и содержанию противоэпидемические мероприятия в войсковой части делятся на мероприятия в одиночном очаге и мероприятия при развитии вспышки. В первом случае преследуется цель не допустить повторных случаев заболеваний в части, во втором случае ставится задача ликвидировать вспышку.

Уставом внутренней службы определено, что забота о сохранении здоровья военнослужащих и материально-бытовом обеспечении части является обязанностью командира. Непосредственными исполнителями этих мероприятий являются медицинские работники. Однако целый ряд мероприятий в системе противоэпидемического обеспечения выходит за пределы компетенции и возможностей медицинской службы. Это касается, прежде всего, ряда санитарно-гигиенических мероприятий по размещению, питанию, водоснабжению, банно-прачечному обслуживанию и личной гигиене военнослужащих, а также режимно-ограничительных и некоторых других мероприятий. Логическим выводом из этого является комплексный подход к проведению противоэпидемических мероприятий, реализация которых осуществляется командирами, должностными лицами вещевого, квартирно-эксплуатационной, продовольственной служб. Своевремен-

ность, полнота и качество проведения этих мероприятий контролирует медицинская служба. Начальник медицинской службы части организует деятельность служб тылового обеспечения в интересах противоэпидемической защиты личного состава, разрабатывает проекты приказов и планов, которые становятся обязательными для всех указанных в этих документах исполнителей, независимо от их подчиненности.

Действенную практическую помощь в организации и проведении мероприятий по противоэпидемическому обеспечению, начальнику медицинской службы части оказывают специалисты санитарно-эпидемиологического центра ВС РК. Помимо этого, специалистами СЭЦ ВС РК проводятся специализированные мероприятия по противоэпидемическому обеспечению в частях, соединениях, гарнизонах. Осуществляется методическое руководство деятельностью начальников медицинских служб в области профилактики инфекционных заболеваний и борьбы с ними. Для выполнения задач по противоэпидемическому обеспечению частей, соединений, гарнизонов, СЭЦ ВС РК имеет в своем распоряжении лаборатории, транспортные средства, дезинфекционно-душевые установки, а также специалистов (эпидемиологов, бактериологов, гигиенистов и др.). СЭЦ ВС РК выделяет из своего состава подвижные группы специалистов для работы в очагах (по мере возникновения), обеспечивают противоэпидемическую защиту войск при учениях. Наряду с выездами в части, соединения, гарнизоны по эпидемическим показаниям, специалисты ВС РК проводят в зоне ответственности плановые обследования и оказывают необходимую помощь медицинским службам.

По отдельным вопросам противоэпидемического обеспечения войск специалисты СЭЦ ВС РК установили связь с гражданскими учреждениями (РГКП «Научно-практический центр Санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга», комитета ГСЭН МЗ РК, Научный Центр карантинных и зоонозных инфекций им. М. Айкимбаева) и получают информацию об эпидемиологическом и эпизоотологическом состоянии района размещения (действия) личного состава.

Наиболее частым источником инфекции в частях является молодое пополнение, определенное эпидемиологическое значение, как источник инфекции могут быть лица, прибывающие из отпусков, командировок, а также местное население.

Оценка роли отдельных путей заноса инфекционных болезней, актуальность которых тре-

бует проведения профилактических мероприятий, осуществляется по результатам эпидемиологической диагностики.

Если устанавливается преимущественная роль пополнения в заносе инфекции (дифтерия, менингококковая инфекция, туберкулез, кишечная инфекция и т.д.), то активизируются мероприятия для своевременного выявления её источников во время приема пополнения. Установление заноса инфекции лицами, прибывающими из отпусков и командировок, требует усиления барьерных мероприятий (медицинские осмотры, изоляция и т.д.).

При выявлении среди личного состава больных зоонозными инфекциями (псевдотуберкулез, лептоспироз, Ку-лихорадка и др.) необходимо проведение дератизации и усиление ветеринарного надзора, что заранее (при составлении плана противоэпидемического мероприятия) согласовывается с территориальными органами здравоохранения Министерства здравоохранения РК.

Противоэпидемические мероприятия, направленные на прерывание путей передачи инфекции в условиях части, гарнизона основываются на ведущих типах эпидемий, это в основном мероприятия по профилактике кишечных и трансмиссивных инфекций.

При ведущем водном типе течения эпидемического процесса дизентерии - это обеспечение личного состава доброкачественной водой (строительство водопроводов, организация надежной очистки и обеззараживания воды, контроль за техническим состоянием системы водоснабжения, санитарно-гигиенический и бактериологический контроль за качеством питьевой воды в системе и т.д.).

При ведущем пищевом типе течения эпидемического процесса — это предотвращение заражения пищевых продуктов на объектах питания (проведение качественного обеззараживания посуды и кухонного инвентаря, строгое соблюдение кулинарной обработки, хранение готовой пищи и её раздачи).

Защита личного состава от трансмиссивных инфекций при размещении в эндемичных районах достигается своевременным проведением дезинсекции, использованием в период активности переносчиков репеллентов.

Задачи создания специфической невосприимчивости личного состава решаются с помощью прививочных препаратов против соответствующих инфекций с учетом потенциальной эффективности их применения и целесообразности иммунизации людей в конкретных условиях.

В плане профилактических мероприятий учитываются и мероприятия, повышающие неспецифическую резистентность личного состава к инфекционным болезням (физическая тренировка, закаливание, полноценное питание, рациональный режим труда и отдыха и т.д.).

Планирование мероприятий по профилактике заноса в часть особо опасных инфекций отличается некоторыми особенностями. Предусматриваются мероприятия по предупреждению заноса ООИ в часть и по предупреждению распространения ООИ и выноса их за пределы части. Особое внимание уделяется работе по повышению знаний эпидемиологической профилактики, клиники, диагностики ООИ. Также особое внимание уделяется выделению и подготовке помещений для развертывания изоляторов, обсерваторов, созданию резерва дезинфекционных средств, медикаментов, защитных средств для персонала.

Это многолетние планы, но один раз в год они уточняются, корректируются. При возникновении непосредственной угрозы заноса ООИ в часть, комплексный план конкретизируется относительно той инфекционной болезни, занос которой наиболее вероятен. В таких случаях разрабатываются отдельные планы по холере, или по чуме, или по натуральной оспе. Проводятся учебно-тренировочные занятия по организации работы медицинских учреждений частей в строгом противоэпидемическом режиме, при внезапном появлении больных ООИ, по вопросам перепланирования соматических госпиталей под ВМГ ООИ.

Значительное место уделяется повышению уровня санитарного просвещения, гигиенического обучения и воспитания воинов через средства массовой информации (ведомственное газетное издание «Сарбаз»). Кроме того, необходимо постоянно подчеркивать, что полученные знания обязательно должны быть применены в повседневной жизни на практике. Следует уделить особое внимание формированию здорового образа жизни военнослужащих (отказ от курения, употребления алкоголя и т.д.).

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агафонова В.И. Практическая эпидемиология для врачей Военно-морского флота / В.И. Агафонова. — М.: 1975.
2. Абиьгазин А.Б. Опыт организации медицинского обеспечения личного состава частей и соединений СВО ВС РК в период подготовки и проведения тактических учений / А.Б. Абиьгазин, Б.Ж. Ильясов // Вестник Военной медицины Казахстана. — Астана, 2003. - №5.

УДК 614.3 – 036.22:355.1 (574)

## ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА В ВООРУЖЕННЫХ СИЛАХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ

**О.К. ДАРИБАЕВ, Е.Н. ЕРМАГАМБЕТОВ, Г.А. БЕКБЕРГЕНОВА,  
К.Т. ДАРКУЛОВ, Е.Т. КЕМЕЛБЕКОВ**

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК, г. Алматы

### Резюме

Рассмотрены вопросы организации санитарно-эпидемиологического надзора в Вооруженных Силах Республики Казахстан в полевых условиях.

### Тұжырым

Қазақстан Республикасының Қарулы Күштерінде далалық жағдайдағы санитарлық-эпидемиологиялық қадағалауды ұйымдастыру сұрақтары қарастырылған.

### Summary

The issues of organization of sanitary and epidemiological surveillance in the Armed Forces of the Republic of Kazakhstan in field conditions are considered.

Правильная организация квалифицированно-го санитарно-гигиенического надзора и противоэпидемических мероприятий в войсках при выездах на полигоны (в лагерь) является важнейшим элементом в комплексе мероприятий медицинской службы по сохранению здоровья военнослужащих.

Из опыта обеспечения противоэпидемической защиты войск-участников таких международных учений как «Рубеж 2006» в Мангистауской области, «Степной орел» в Алматинской области, «Взаимодействие 2008», «Взаимодействие 2009», «Мирная миссия 2010» в Жамбылской области отмечаются качественные улучшения санитарно-эпидемиологического состояния полевых лагерей, тылового и медицинского обеспечения войск.

Противоэпидемическая защита, санитарно-эпидемиологический надзор осуществляется санитарно-эпидемиологическими подразделениями, как правило, входящих в состав медицинского отряда. Состав зависит от поставленных задач, района учений, количества воинских контингентов и др. факторов. Проведение лабораторных исследований, инструментальных замеров производится на базе автолабораторий, санитарная обработка военнослужащих производится за счет дезинфекционно-душевых установок.

Основные принципы организации санитарно-эпидемиологического надзора и противоэпиде-

мического обеспечения войск в полевых условиях группируются на следующие этапы:

**Изучение санитарно-эпидемической обстановки состояния района учений.** При этом необходимо:

- Выяснить наличие, характер и распространённость инфекционных заболеваний среди населения для решения вопроса о возможном размещении войск;
- Собрать сведения о фауне данной местности, в частности, о грызунах, установить наличие среди них эпизоотий, а так же эпизоотических заболеваний среди домашних животных;
- Выявить наличие переносчиков инфекционных заболеваний (насекомых и клещей) и в случае необходимости наметить меры борьбы с ними;
- Обследовать санитарно-техническое состояние источников водоснабжения в предполагаемом районе учений, произвести взятие проб воды для лабораторных исследований, дать санитарную оценку источников воды;
- Обследовать состояние территории предстоящих учений, наметить мероприятия по её очистке;
- Учесть и обследовать местные санитарно-технические учреждения (бани, прачечные, больницы, госпиталя, ЛПУ, водоочистные сооружения и т.д.) для решения вопроса об их временном использовании для нужд войск.

Часть перечисленных вопросов уточняются и отрабатываются во взаимодействии с органами гражданского здравоохранения.

**Противоэпидемическое обеспечение войск непосредственно в процессе учений. Санитарно-эпидемиологический надзор за территорией и размещением.** Наиболее санитарно значимыми объектами являются пункты полевого питания, полевые бани, медицинские пункты, полевые умывальники, наружные уборные и мусоросборные площадки (ямы). Важнейшим фактором успешности проводимых мероприятий является правильное размещение личного состава в палатках и других приспособленных помещениях, организация режима отопления в холодный период и водопотребления в летний, особенно в районах пустынной и горно-пустынной местности.

На практике, сложности при осуществлении санитарного надзора за территорией и размещением, в основном возникают в первые дни развертывания полевых лагерей, в период их обустройства. В дальнейшем осуществляется текущий надзор за очисткой и дезинфекцией умывальников, туалетов, мусороприёмников и обработка возможных мест выплода мух и прочих насекомых.

**Санитарно-эпидемиологический надзор за водоснабжением.** Контроль за водоснабжением личного состава является одной из главных задач санитарно-эпидемиологического надзора. В условиях жаркого климата рекомендуются следующие минимальные нормы водоснабжения: 15 л на человека в сутки (4 л — чай и запас воды во флягах, 3,8 л — приготовление пищи и мытьё кухонного инвентаря, 1,2 л — мытьё индивидуальной посуды (котелков), 3 л — умывание). На санитарную обработку (помывку) личного состава рекомендованы нормы водоснабжения — 45 и более литров на человека.

В связи с тем, что водоснабжение в полевых условиях, децентрализованное, существует постоянная опасность загрязнения воды в процессе её забора, транспортировки и хранения в подразделениях. Вода в этих условиях должна подвергаться обязательному обеззараживанию - хлорированию. При невыполнении санитарных требований на каждом из этапов водоснабжения существует опасность вспышек инфекционных заболеваний, фактором передачи которых является питьевая вода.

В связи с этим, выполнялся ряд профилактических мероприятий на водозаборных сооружениях, открытых водоемах, средствах подвоза и хранения воды, например:

1. В районах учений (полигонов) на различных расстояниях (до 1 км) от полевых лагерей, блокпостов и др. имелись открытые водоемы

(родники, озера и т.д.) используемые местным населением в основном для хозяйственно-бытовых нужд, водопоя домашнего скота. Вода в этом районе не зависимо от сезона и очистных мероприятий не соответствовала санитарным нормам по микробиологическим показателям. В связи с этим на всех прилегающих водоемах устанавливались указатели о запрете употребления воды из источника. Среди участников проводилась санитарно-просветительная работа о недоброкачественности данной воды, командованием учений устанавливался круглосуточный пост военной полиции, ответственных подразделений.

2. Подвоз воды для питьевых и хозяйственно-бытовых нужд осуществлялся специальными транспортными средствами (водовозы) из водозаборных сооружений находящихся на удалении до 30 км. Контролировалось обязательное наличие санитарного паспорта на транспорт и средства хранения воды, медицинского обследования водителей. Были организованы текущая дезинфекция емкостей для воды, ежедневно осуществлялось хлорирование воды насыпным методом с регулярным лабораторным контролем, в том числе на наличие остаточного хлора в воде.

3. Личный состав полностью был обеспечен индивидуальными флягами, запасом хлорсодержащих таблеток «Акватабс» (производилось постоянное пополнение препаратов), фляги в свою очередь также подвергались дезинфекции. С 2008 года в практику международных учений прочно вошло такое эффективное профилактическое мероприятие, как обеспечение участников бутилированной питьевой водой на постоянной основе.

**Санитарно-гигиенический надзор за организацией питания.** Вопрос правильной организации питания и должного санитарно-эпидемиологического надзора на объектах питания является обязательным требованием в воинских коллективах, и в первую очередь в полевых условиях. На учениях любого уровня предъявляются высокие требования к безопасности пищевых продуктов на всех этапах — от транспортировки продовольствия до выдачи готового блюда. При значительных воинских контингентах возникали свои особенности в выполнении надзора так, что число полевых пунктов питания достигало до 20, разбросанное нахождение пунктов питания (радиус до 15 км), наличие работников питания и продовольствия из различных стран, в том числе дальнего зарубежья. Весь декретированный контингент проходил внеочередное лабораторное

обследование на кишечную группу, специальный транспорт обязательно имел санитарные паспорта, проводилась их текущая дезинфекция, продовольствие имело сопроводительную документацию, удостоверяющую безопасность продуктов, вводились ограничения на использование скоропортящихся продуктов.

**Санитарно-гигиенический надзор за организацией банно-прачечного обслуживания.** Помывка личного состава осуществлялась в полевых банях с использованием дезинфекционно – душевых установок самих подразделений и санитарно-эпидемиологического подразделения медицинского отряда в соответствии с утвержденными графиками. Помывка военнослужащих в бане производилась еженедельно с обязательной одновременной сменой полного комплекта нательного и постельного белья, с проведением телесного осмотра в профилактических целях.

Кроме того, в зависимости от района учений, сезона и эпидемиологических показаний создавались прививочные бригады для вакцинации участников. Например: В 2006 году в Мангиста-

уской области была проведена иммунизация противочумной вакциной.

Обязательной частью противоэпидемических мероприятий являлось регулярное проведение санитарно-просветительной работы среди участников учений по профилактике инфекционных заболеваний, соблюдению личной гигиены, профилактике тепловых ударов, обморожений, укусов насекомыми и змеями.

Понимание значения противоэпидемической защиты войск, населения со стороны медицинской службы Вооруженных Сил Республики Казахстан, учреждений Министерства Здравоохранения Республики Казахстан и представителей зарубежных стран-участников военных учений способствовали успешному выполнению поставленных задач.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. МУК «Клиника, диагностика, лечение, эпидемиология и профилактика энтеральных инфекций в ВС РК» 2005 г.
2. «Биологическая защита войск» ВМА. - Санкт-Петербург, 2003.

УДК 612.392.64:664.4:614.31

## ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЙОДА В ПОВАРЕННОЙ СОЛИ

А.М. ШАЙХИНА, А.С. АМИРОВА

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

#### Резюме

Применение эффективных методов определения йода в поваренной соли позволяет контролировать её качество на наличие и количество йода.

#### Тұжырым

Асқа салатын тұзда йодты анықтаудың тиімді әдістерін қолдануы, оның сапасын және йодтың мөлшерін тексеруге мүмкіндік береді.

#### Summary

Application of effective methods for iodine determination in salt allows to control the quality of salt on presence and quantity of iodine.

Актуальность проблемы «скрытого голода» за последние несколько лет признают во всем мире как одну из угроз физическому и интеллектуальному здоровью человека. К «скрытому голоду» относится хронический дефицит микроэлементов и витаминов. Одним из важных микроэлементов, поступающего в организм человека с

пищей и водой, является йод. Потребление недостаточного количества йода вызывает йододефицитные заболевания (ЙДЗ). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), одна треть жителей земного шара живет в условиях повышенного риска развития ЙДЗ, проявление которых выражается у более 740 милли-

онов человек, а у более 50 миллионов людей имеется выраженная умственная отсталость в результате йодной недостаточности.

При исследовании причин распространения эндемического зоба у человека было установлено, что содержание йода в воздухе, воде и пищевых продуктах районов, где наблюдается эта болезнь приблизительно в 1,5-3 раза меньше по сравнению с содержанием йода в воздухе, воде районов, где эндемический зоб не встречается. Считают, что щитовидная железа при пониженном поступлении йода не может снабдить организм необходимым количеством гормона тироксина, для образования которого необходим йод. При этих условиях обмен веществ в организме человека нарушается: понижаются окислительные процессы и газообмен, наблюдается задержка организмом воды и хлоридов, уменьшается содержание кальция и фосфора в крови и т.д. В результате происходит эндемическое увеличение щитовидной железы (зоб). Эндемический зоб распространен почти во всех странах и главным образом в тех районах, которые удалены от морей.

В Казахстане в 11 областях имеются очаги распространения йодной недостаточности. В этих регионах население подвержено риску получения йододефицитных заболеваний. Наибольшее распространение на юге и востоке Казахстана получил эндемический зоб. Профилактика йододефицитных состояний решена в Казахстане простым, универсальным, доступным и приемлемым методом — ежедневным потреблением населением в пищу качественной йодированной соли. Ежедневно потребляя йодированную соль (содержание йода 40 мг\кг соли, соответствует нормам Технического регламента Таможенного Союза 021\2011 от 9.12.2011г.№880) в количестве не более 6 грамм соли в сутки (рекомендовано ВОЗ), человек удовлетворяет суточную физиологическую потребность организма жизненно необходимым микроэлементом.

Органами санитарно-эпидемиологического надзора выборочно осуществляется контроль качества йодированной соли. В настоящее время имеется несколько отличающихся один от другого вариантов эффективных методов определения йода в соли, каждый из которых используется в зависимости от химической формы йода в соли — йодат калия или йодид калия. Эти методы регламентируются в стандарте СТ РК Р 51575-2003 г. «Соль поваренная пищевая йодированная. Методы определения йода».

В стандарте установлены два метода определения:

· **Первый метод** — это определение массовой доли йода в соли, обработанной йодистым калием. Сущность которого заключается в окислении йодида-ионов марганцовокислым калием в щелочной среде до йодат-ионов, удалении избытка марганцовокислого калия щавелевой кислотой в кислой среде, восстановлении йодат-ионов до йода йодистым калием и титровании выделившегося йода тиосульфатом натрия в присутствии крахмала.

· **Второй метод** — определение массовой доли йода в соли, обработанной йодноватокислым калием. Метод основан на титровании йода, выделившегося при взаимодействии йодата калия и йодида калия в кислой среде, раствором серноватокислого натрия в присутствии индикатора (крахмала).

Эти методы определения йода в соли не требуют сложного оборудования для титрования соли. В тоже время анализы этими методами занимают много времени — около 5-7 часов.

Известны и широко применяются также эффективные методы быстрого определения йода в соли. Быстрое определение йода в «пятне» представляет собой высокочувствительный метод, позволяющий быстро обнаруживать его в пробах соли. Анализ в пятне представляет собой экспресс-метод обнаружения йода в пробах соли, его легко проводить даже не месте отбора проб соли. Имеются разновидности для определения йодата калия и йодида калия. Наборы для проведения анализов йода в «пятне», тест-киты выпускаются компанией MBI Madras, Индия, по три флакона с пробкой-капельницей по 10 мл в одной упаковке и снабжен инструкцией по применению на английском языке и цветной шкалой сравнения.

Методика проведения очень проста. Небольшое количество образца соли рассыпается тонким слоем на ровную поверхность и наносят 1-2 капли реактива. Появление синего окрашивания (йодкрахмальная реакция) указывает на наличие йода. Интенсивность синего пятна зависит от количества йода. Такие эффективные качественные методы определения йода или еще их именуют капельными реакциями, которые описаны в литературе и применялись в лабораториях СЭС в 50-е годы, можно проводить с приготовлением необходимых реактивов самим в лабораторных условиях. Для получения такого реактива на

йодированную соль необходимо к 10 мл 0,5% раствора крахмала добавить 2 капли 25% серной кислоты, 4 капли 0,5% раствора азотнокислого калия или натрия (нитрит калия или натрия) и все перемешать. Затем проводить определение, как было описано выше.

Также в ГОСТ 4233-77 «Реактив. Натрий хлористый. Технические условия» регламентирован метод определения массовой доли йодидов, которым можно определять количество йода в соли. На базе нашей лаборатории в 2011 году было проведено исследование на содержание йода 218 проб поваренной соли по СТ РК ГОСТ Р 51575-2003 «Соль поваренная пищевая йодированная. Методы определения йода».

При этом выявлены на несоответствие количества йода требованиям нормативных документов в четырех пробах:

1 проба соли йодированной, изготовитель ТОО «Туз» Атырауская область

- 3 пробы соли йодированной, изготовитель ЧП Жусамбаев М., Джамбулская область, район «Сарысу», ауыл Камкалы;

Согласно СТ РК ГОСТ Р 51754-2003 «Соль поваренная пищевая. Технические условия» и Технического регламента Таможенного Союза 021\2011 от 9.12.2011 г. №880, норма йода ( $40 \pm 15$ ) мг\кг в нестандартных пробах поваренной соли составляло от 7 до 15 мг\кг.

УДК 614.2:616-082(1-22)

## ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

**З.С. ДАУЛЕТОВА**

ГККП «Теректинская центральная районная больница»,  
с. Фёдоровка, Западно-Казахстанская область

### Резюме

В статье описаны основные направления здравоохранения для комплексного повышения качества медицинских услуг.

### Тұжырым

Мәтінде дәрігерлік қызметтерінің сапаларын кешенді жоғарлату үшін денсаулық сақтаудың негізгі бағыттары сипатталған.

### Summary

This article describes the main issues of health care system to improve the quality of medical services.

В своем послании Президент Республики Казахстан Н.А. Назарбаев поставил задачу перед медицинскими работниками внедрить следующий комплекс национальных программ: наблюдение за состоянием здоровья целевых групп населения.

В первую очередь это дети, подростки, женщины фертильного возраста. Особый акцент сделали на расширение доступности медицинской помощи для сельских жителей. Вести пропаганду здорового образа жизни.

В рамках внедрения Единой национальной системы здравоохранения (ЕНСЗ) в 2010 году по Теректинской центральной районной больнице

была создана служба по управлению качеством медицинских услуг. Внедрение системы внутренних аудитов позволило уменьшить недовольство населения качеством медицинских услуг.

С июля 2011 года внедрен Портал бюро госпитализации, что дало возможность населению заранее запланировать дату плановой госпитализации. Увеличилось число больных, получивших стационарозамещающую помощь, что позволило уменьшить госпитализацию в круглосуточный стационар. С 2011 года Теректинская центральная районная больница (ЦРБ) перешла на реализацию стратегического плана, ориентированного на достижение конечного результата.

В рамках Госпрограммы РК «Саламатты Қазақстан на 2011-2015 гг.», утвержденный приказом МЗ РК №152 от 24.03.2011 года, создана комиссия по подведению ежеквартальных итогов внутреннего аудита. Для повышения мотивации работников ПМСП с января 2011 года применяются стимулирующие компоненты. Так, за 4 квартала 2011 года по 9-ти основным индикатором достигнут положительный результат по недопущению материнской и младенческой смертностей. Стимулирующие компоненты получили медицинские работники ПМСП.

Систематически проводится внутренний аудит – анкетирование населения на удовлетворительность качеством медицинских услуг, что на сегодня составляет 90,1 %, неудовлетворенность – 3,3%, сомневающиеся – 6,6%. По результатам анкетирования была проверена работа приемного отделения, кухни, физио-кабинета, хозяйственный отдел. Проведено 2 производственных собрания. В приемном отделении разработан и внедрен алгоритм неотложной помощи детям, взрослым, беременным, сортировка больных по ВОЗ программе.

Приемное отделение полностью оснащено современным медицинским оборудованием. Все медицинские работники приемного отделения прошли аттестацию. Систематически проверя-

ется работа врачебной амбулатории и акимов округов по охране матери и ребенка. С выездом на место проведены круглые столы для решения проблемных вопросов и принятия своевременных мер.

По Теректинской ЦРБ внедрено интегрированное ведение детских болезней. Создан центр по подготовке медицинских работников. Подготовлено 20 врачей, 60 средних медицинских работников. Интегрированное ведение детских болезней позволяет своевременно выявлять больных детей раннего возраста и госпитализировать их.

На сегодня основные направления здравоохранения следующие:

- 1) Укрепление здоровья населения;
- 2) Развитие системы кадровых резервов;
- 3) Повышение эффективности системы здравоохранения;
- 4) Своевременное лекарственное обеспечение населения.

Теректинская центральная районная больница приложит все усилия, чтобы выполнить задачи, поставленные Президентом Республики Казахстан.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Государственная программа развития здравоохранения «Саламаты Қазақстан на 2011-2015 гг.».

УДК 616-001.16/.17-083.98

## КҮЙГЕНДЕРГЕ МЕДИЦИНАЛЫҚ ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ КӨРСЕТУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ

**И.Ю. АЛЕТОВА, Г.К. ИБРАЕВА, Л.А. МОРОЗОВА**  
Медициналық жедел жәрдем станциясы, Алматы қаласы

### Резюме

В статье рассказывается о лечении и об оказании скорой медицинской помощи ожоговым больным.

### Тұжырым

Мақалада күйгендерге медициналық жедел жәрдем көрсету және емдеу туралы айтылған.

### Summary

The article tells about the treatment and the rendering of emergency medical care to the burn patients.

Күйгендерге жедел көмек көрсеткендегі ең бірінші әрекет жанып жатқан киімдерді, отты сөндіру. Ол үшін өртенген киімдерді жылдам шешіп тастау керек немесе жанып жатқан жерді басқа бір матамен жауып сөндіруге болады. Өртеніп жүгіріп жүргенді қалайда жылдам ұстап жерге жығып, күйіп жатқан киімдерін басып сөндірген жөн болады.

Өртті сөндіруге ылғалды заттарды пайдаланған дұрыс топырақ, құм немесе ылғалданған маталар және т.б. Өртенген адамға су шашып құю арқылы сөндіруге болады, ал жазғы мезгілдерде суға сүңгітіп сөндірген жөн. Өрт аумағынан шығарда тыныс жолдарын сақтау немесе жаракатын азайту үшін, шамасы барлары жылдам мұрынауыздарын суланған матамен басып алғаны жөн.

Оқиға болған жерде жаракаттанған адамды тексеру, оған көрсететін көмек жылдам да және ретімен ойланып жасалуы керек. Жаракаттың жалпы жағдайына көңіл аударғанда оның есінің бар-жоғын анықтаған жөн. Женіл күйік алғандар, әдетте, жарасының қатты ауыруынан шыдамсызданып қатты қозғалып, жылдам көмек сұрап бақырады. Көлемді түрде және терең күйгенде жаракаттанған адам жарасының ауырғанын айтып бақырмайды, тек қана дірілдеп тоңып, қатты шөлдеп су сұрайды. Егерде есі ауытқыған немесе жоқ болса, онда адам күйген заттардың қалдықтарымен, алкогольмен, әлде басқада заттармен уланған немесе күйіктен басқада жаракат алған. Әрине, жылдам көмек көрсету үшін, бұндай жағдайда есінің неден жоқтығын тез анықтау керек. Керек болған жағдайда қарапайым реанимациялық жедел көмек көрсету керек (жабық жүрек массажы, ауыздан-ауызға, ауыз-

дан-мұрын арқылы дем алдыру). Реанимациялық жедел көмек жүрегі мен тынысы тоқтап қалған жаралыларға жүргізіледі.

Әдетте, дәрігерге дейінгі көмек жаракат ошағының қасында болғандықтан, алғашқы көмектер бұнда да көрсетіледі. Негізінен оларды есі, жүрек қызметі және тынысы бұзылғандарға бөледі. Мүмкіндік болса анальгетиктер, жүрек және тыныс аналептиктері жасалынады. Ауыр жаракаттардың шөлін басу үшін тұзды-сілтілі су беріледі (бір литр суға жарты шай қасық тамақ содасы және бір шай қасық ас тұзы салынған).

Алғашқы көмектің ең негізгісі ауырсынуды басу немесе азайту. Жаралылардың көбісі ауырғанын басатын дәріні керек етеді. Әскери-далалық жағдайларда жаралының өзі немесе жолдасының көмегімен шприц-тюбик арқылы өзіне ауырғанын басатын дәрі жібереді. Ауыр күйген жаракатқа бұны санитар немесе санитарлық нұсқаушы жасайды. Ал қазіргі тыныштық мезгілінде ондай көмекті жедел жәрдемге келген медициналық қызметкерлер керсетеді.

Күйген жерлерінің жарасын ластанудан және қосымша жаракаттанудан сақтау үшін киімін кесіп босатып, жара бетін дәкемен жауып байлап тастайды. Ауруханаға дейінгі тасымалдауға кетеін уақытта күйіктік шокқа қарсы емдерді бастау үшін, ең маңыздысы көлемді және терең күйгендердің жарасының пайыздық көлемін шамамен анықтау.

Электр тоғы соққандағы алғашқы көмек негізінен тоққа ұшыраған адамды электр жүйесінен шығарып алу, себебі тоқтың салдарынан бұлшық еттері жиырылып қалғандықтан, ол адам өзін-өзі босата алмайды. Көмек кезінде

қауіпсіздікті сақтау үшін көмекші бар болса резинка қолғап, етік киіп, болмаса аяғының астына құрғақ мата төсеп, адамды киімнің етегінен немесе жеңінен тартып, тіпті болмаса аяғымен теуіп тоқтан ажырату керек. Әрине, тоқты ажырататын арнайы мүмкіндіктер болса соны пайдаланған жөн.

Электр тоғынан босатқаннан соң, тоққа ұшыраған адамға жедел медициналық көмек көрсетілуі қажет. Шалқасынан жатқызып, жақсы тыныс алу үшін түймелерін босатып, бетіне, кеудесіне суық су шашып, мүсәтір спиртін иіскетіп, қатты-қатты дем алдырады. Өздігінен тыныс алмаса, ауыз бен ауыз немесе аппарат арқылы дем алдырады, керек болса жабық жүрек массажын жасайды. Электр тоғы сокқанда есінен айрылған жарақаттардың барлығы да міндетті түрде ауруханаға жатқызылып 2-3 тәулік маман дәрігердің бақылауында болуы тиіс.

Оттан болған күйік жарасының өзіндік ерекшеліктері болады. Дегенмен, негізінен әдеттегі күйік жарасында қолданылатын емдерді пайдаланады, яғни жараны өлеттенген тіндерден тазартып, жара орны грануляциялы тіндермен толғаннан кейін, тері отырғызу (аутодермопластика) операциясын жасайды. Тоқтан болған күйік жарасы көбінесе терең болғандықтан, кейде аяқ немесе қолдарына ампутация да жасауға тура келеді.

Химиялық күйік мезгілінде адам организмінде жалпы өзгерістер аз байқалады, сондықтан да күйіктік шок өте сирек кездеседі. Уақытында көмек көрсетілмей химиялық заттар денеге сіңген мезгілде ғана жалпы улану байқалуы ықтимал. Дер кезінде көрсетілген алғашқы көмек химиялық күйіктен сақтануға мүмкіншілік береді. Сондықтан химиялық зат тиген киімді жылдам шешіп тастаған жөн.

Химиялық күйіктердегі алғашқы жедел жәрдемнің негізгі мақсаты, күйген жердегі химиялық күйдіргіш заттардың әсерін жылдам тоқтату. Алғашқы жәрдем неғұрлым жылдам болса, солғұрлым нәтижелі болады. Ол үшін жылдам қраннан су ағызып, күйген жерді 10-15 минут ағын судың астында ұстап жуған жөн болады. Егер жарадан химиялық заттың иісі кетсе, онда көрсетілген көмектің дұрыс және әсерлі болғ-

андығының айғағы. Ағын сумен жуып болғаннан кейін, жара бетін лимон қышқылының ерітіндісімен (сілтімен күйгенде) немесе тамақ содасының ерітіндісімен (қышқылмен күйгенде) шайып жуады да, сосын таза дәкемен байлап тастайды.

Химиялық өнімдер шығаратын зауыттарда немесе басқа да химиялық заттармен байланысты мекемелерде істейтін жұмысшылардың барлығы да қауіпсіздік ережесін жақсы білуі керек және міндетті түрде орындауы шарт. Сонымен қатар, көрнекті жерде химиялық күйдіргіш заттардың тізімі және оған қарсы қолданылып күшін жоятын заттардың кестесі ілулі тұруы керек. Мекеменің денсаулық бөлмесінің дәрі қорабында бұл заттардың барлығы да міндетті түрде сақталуы керек.

Оқиға болған жерде алғашқы жедел жәрдем көрсетілгеннен кейін, жарақатты ауруханаға тасымалдауды ұйымдастыру керек. Ең алдымен есі, тыныс жолдары бұзылғандарды, жану өнімдерімен уланғандарды, сонымен қатар күйіктік шоқтағыларды тасымалдауға кіріседі. Ол үшін тасымалдау алдындағы және жол кезіндегі емдеу әрекеттерін ұйымдастырады. Егер аурухана жақын болып, оған жарақатты 30 минутта жеткізуге болатын болса, онда жолшыбай емдеудің керегі жоқ, егер 1-1,5 сағат уақыт керек болса, онда ауырсынуды басатын анальгетиктер жасайды: тамырға не бұлшық етіне 2% - 1 мл пантапон және пипольфен қосып салады, керек болса жүрек дәрілерін және тынысты жақсартатын дәрілер (1 мл 10% кофеин, 1-2 мл кордиамин, 0,06% 1 мл коргликон, 20 мл 40% глюкозаға қосып салады), тынысты жақсарту үшін спазмды басуға қан тамырға 10 мл 2,4% эуфиллин ертіндісін салады, мүмкіндік болса шөлін бөсеңдету үшін су, тұзды-содалы сусын, ыстық шай немесе кофе берген жөн. Егер жол уақыты 1,5 сағаттан асатын болса, онда жол мезгілінде қан тамыры арқылы күйіктік шокқа қарсы ертінділер құяды: стабизол немесе рефортан (250-500 мл), глюкоза (5% ертіндісі 500 мл) және манитол (15% ертіндісі (200-400 мл). Көлемді және терең күйгендерді, көп факторлы жарақат алғандарды ауруханаға жеткізгенге дейінгі кезеңдегі жүргізілетін емдер, міне, шамамен осындай болуы керек.

УДК 618.19-073.75 (574.24)

## **РЕЗУЛЬТАТЫ МАММОГРАФИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**К.Ж. БУРМАГАНОВ**

Акмолинский областной центр формирования здорового образа жизни, г. Кокшетау

### **Резюме**

Мониторинг профилактических скрининговых осмотров подтвердил эффективность проводимых мероприятий и показал необходимость совершенствования скрининговых программ в Казахстане.

### **Тұжырым**

Тексерулердің алдын алу скринингтік қарау барлауы өткізілетін шаралардың тиімділігін растады және скрининг бағдарламаларының Қазақстанда әбден жетілдірудің қажеттігін көрсетті.

### **Summary**

Monitoring of preventive screening examinations confirmed the effectiveness of the conducted activities, and showed the necessity of improving the screening programs in Kazakhstan.

**Актуальность.** По данным ВОЗ, в мире ежегодно заболевают раком молочной железы около 1 миллиона женщин. По данным экспертов, в общей структуре онкологической заболеваемости рак молочной железы (РМЖ) становится все более серьезной проблемой казахстанских женщин и занимает 2 место в общей структуре онкопатологии. В целом, как и во всем мире, в Казахстане наблюдается устойчивое увеличение случаев этого заболевания в среднем на 1-2% в год, ежегодно выявляется более 3 тыс. случаев РМЖ, в Акмолинской области - в среднем более 170 случаев. РМЖ лидирует среди причин смертности женщин. Сегодня в РК действует программа маммографического скрининга. Благодаря внедрению данной программы удалось добиться повышения выявляемости рака молочной железы на ранних стадиях до 70%. Доказано, что скрининг-обследования являются одним из основополагающих принципов раннего выявления онкологических заболеваний. В связи с этим в Государственной программе развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. предусмотрено расширение видов и целевых групп скрининга. Программа маммографическо-

го скрининга начата в области в 2008 году, а с 2011 года в маммографический скрининг включена «вторая» читка маммограм.

**Цель.** Изучить и сравнить данные скринингового обследования за 2010-2011 гг. по Акмолинской области.

**Материал и методы.** В статье использованы материалы осмотра женщин скринингового возраста. Проведена статистическая обработка материалов исследования.

**Результаты.** В рамках маммографического скрининга (план на 2010-2011 гг. - 44797 женщин) осмотрено 47511 - 106%, выявлено 48 случаев рака молочной железы (0,10%, европейский стандарт = 0,2-0,3%). Без патологии 22155 - 85%. Доброкачественные заболевания молочной железы у 1997 - 7,6%. Больше данных о доброкачественных образованиях - 97 человек (0,37%), злокачественные образования - 16 человек (0,06%). Количество больных с верифицированным диагнозом рака молочной железы 48 случаев 0,1%, из них по стадиям: IA - 6, IIA - 25, IIB - 7 человек, III ст - 9, IV ст - 1. При этом за 2010-2011 гг. всего впервые установлен диагноз РМЖ у 320 женщин.

УДК 616-071-084:614.2:613

## СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЯ ЗОЖ НА УРОВНЕ ПОЛИКЛИНИКИ

С.С. САЙДУЛЛАЕВА

ГККП «Городская поликлиника №20», г. Алматы

### Резюме

В статье представлены данные скрининга на выявление неинфекционных заболеваний (ССЗ, СД, БСК, РШМ, РМЖ, рак кишечника) на уровне поликлиники №20 города Алматы.

В ежегодных Посланиях народу Казахстана Президент Республики Н.А. Назарбаев подчеркивает следующее: «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. Для чего необходимо серьезно взяться за профилактику и пропаганду здорового образа жизни». Основанием воплощения идей стала Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламаты Қазақстан», утвержденная Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 и приказы Министерства Здравоохранения Республики Казахстан № 685 от 10 ноября 2009 года и № 145 от 16 марта 2011 года «Об утверждении Пра-

вил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».

ГККП «Городская поликлиника №20» города Алматы относительно новая, открылась в 2009 году в микрорайоне «Жулдыз». Мероприятия по раннему выявлению и профилактике заболеваний проводятся с момента ее функционирования. Обслуживаемое население за 3 года возросло на 9108 человек с 28450 (2009 г.) до 37558 (2012 г.) из них - детей до 14 лет возросло на 2343, от 8171 до 10514 (соответственно).

Планирование и проведение профилактических медицинских осмотров целевых групп населения в связи с изменениями численности обслуживаемого населения и приоритетными направлениями, корректировалось ежегодно (таблица 1).

**Таблица 1. Динамика проведения профилактических медицинских осмотров (скринингов) целевых групп населения 2009-2011 гг.**

№	Медосмотр целевых групп насел.	2009			2010			2011		
		осмотр	Предварительный диагноз	% (выявления)	осмотр	Предварительный диагноз	%	осмотр	%	
1	Дети	5982	3173	53,0	6845	3542	51,7	9140	2865	31,3
2	БСК	3035	590	19,4	3084	935	30,3	5511	1862	33,7
3	Рак шейк.мат	1000	107	10,7	1138	75	66,5	1296	43	3,3
4	Рак мол.жел.	878	183	20,8	881	332	37,6	1116	324	29,0
5	Сахар.диабет	-----	-----		-----	-----		4212	2	0,05
6	Глаукома	-----	-----		-----	-----		3293	3	0,09
7	Рак кишечника	-----	-----		-----	-----		2056	-	

Основные приоритеты целевых групп медосмотров:

- 1) Дети всех возрастов;
- 2) Болезни системы кровообращения (БСК);
- 3) Рак шейки матки (РШМ);
- 4) Рак молочной железы (РМЖ);

Дополнено в 2011 году:

- 5) Сахарный диабет (СД)
- 6) Глаукома
- 7) Рак тонкой и толстой кишки (РТиТК)

Анализ данных медицинских осмотров целевых групп населения показал, что наблюдается:

- относительное снижение выявления заболеваний в динамике с 2009-2011 гг. у детей;
- рост выявления БСК;
- снижение выявления заболеваемости женщин с подозрением на патологию рака шейки матки;
- рост выявления абсолютных показателей патологии молочной железы;
- низкая выявляемость сахарного диабета и глаукомы;
- не выявлены больные с подозрением на рак тонкой и толстой кишки;

Основная задача скринингов, раннее выявление и оздоровление целевых групп - не всегда

выполняется качественно. Причинами некачественного профилактического скрининга являются: нехватка специалистов, недостаток условий, и т.д. Хотя выявленные или с подозрением на патологию пациенты проходили дообследование и оздоровление у врачей по профилю заболевания. Сложность представляет организация школ здоровья: школы диабета, школы здорового сердца и т.д. Для оздоровительных мероприятий необходимы в достаточном количестве специалисты по профилю и определенные условия и средства для проведения профилактической работы и отслеживания состояния здоровья взятых на диспансерный учет пациентов.

Кроме скринингов, профилактическая работа с населением осуществляется согласно программам, месячным и годовым планам посредством лекций, бесед, раздач информационно-образовательных материалов, и санитарно-просветительную работу через СМИ.

Проводится пропаганда спортивных мероприятий, особенно среди школьников по физическому развитию. Иницируется организация массовых спортивных мероприятий в школах таких как «Малые спартакиады» под девизом «Мы против табака и лишнего веса. Мы за здоровый образ жизни!»

УДК 616-053.2-039.41-084

**ПРИНЦИПЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ****Р.К. СУГУРБЕКОВА**

Городская поликлиника №1, г. Тараз

**Резюме**

Данная статья рассматривает принципы проведения и основные мероприятия комплексного оздоровления, а также диспансеризацию часто болеющих детей.

**Тұжырым**

Бұл мақала жиі ауыратын балалардың диспансеризациясын, кешенді сауықтырудың негізгі шараларын және оның өткізу қағидаларын қарастырылады.

**Summary**

This article contains principles and key activities of a comprehensive rehabilitation and medical examinations of sickly children.

Частые острые респираторные заболевания (ОРЗ) занимают ведущее место в структуре заболеваемости детей, особенно первых лет жизни. В среднем, каждый часто болеющий ребенок, в зависимости от возраста, переносит от 3-4 до 5-6 эпизодов ОРЗ в год. Среди детей посещающих ДДУ 58,9% составляют часто болеющие дети. При чем в 26,8% случаев клинически характерны не только частые и повторные заболевания, но и длительно (от 7 до 14-18 дней) текущая респираторная инфекция. У таких детей ОРЗ протекает тяжело с осложнениями из-за незрелости и нарушения специфической иммунной защиты, а также ослабления неспецифической резистентности растущего организма.

В группу часто и длительно болеющих (ЧБД) относятся дети подверженные частым респираторным заболеваниям из-за транзиторных, коррегируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющие стойких нарушений связанных с врожденными и наследственными патологическими состояниями. Уточнение генеза частых ОРЗ позволяет индивидуально адаптировать программу оздоровления. Среди всех причин, способствующих возникновению частых и длительных заболеваний у детей выделяют две основные группы: эндогенные и экзогенные.

К эндогенным факторам риска относятся: а) неблагоприятные анте-и/или постнатальное развитие ребенка, б) остаточные явления перенесенной перинатальной гипоксии, в) различные формы диатеза генетический предрасполагающие растущего организма к определенным заболева-

ниям, г) иммунодефицитные состояния, как первичные, так и вторичные, д) генетически детерминированные энзимопатии или транзиторная ферментативная недостаточность, е) аллергия как извращенная реакция организма на определенные факторы внешней и внутренней среды, ж) дисбактериозы, з) очаги хронической инфекции рото-носоглотки.

Экзогенные факторы: а) высокая контагиозность возбудителей ОРЗ, б) низкий уровень санитарной культуры населения (неправильный образ жизни, дефекты ухода за детьми, пренебрежение закаливанием и занятиями физической культурой нерациональное питание и режим дня) в) низкий уровень материального благополучия и неблагоприятные социально-бытовые условия, г) начало посещения детьми дошкольных учреждений в раннем возрасте, д) экологические нарушения, е) ятрогенные воздействия на иммунную систему.

Оздоровление часто и длительно болеющих детей включает проведение профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заболеваний и укрепление здоровья детей, а также лечебных воздействий, способствующих коррекции выявленных патологических отклонений. Требуется планомерное и систематическое проведения целого комплекса медико-социальных мероприятий. При оздоровлении ЧБД внимание должно быть уделено следующим принципам: 1) индивидуальности (учитывая особенности нарушений состояния здоровья каждого конкретного ребенка), 2) комплексности, 3) постоянно-

ти( круглый год) т.к. «сезонности» заболеваемости ЧБД нет, 4) этапности, 5) преемственности.

Одним из важных мероприятий комплексного оздоровления является рациональный режим дня. Нормализация режима дня предупреждает переутомление и перевозбуждение ребенка. Обязательным является дневной сон и отдых, увеличение продолжительности сна на 1-1,5 ч. при нарушениях сна, других астеноневротических расстройств показаны прогулки на свежем воздухе перед сном, прием седативных трав (пустырник, валериана) или готовых лекарственных форм из трав (Саносан, Персен) Эти препараты обладают успокаивающим действием, снимают раздражительность, нормализуют сон.

Питание должно содержать оптимальное количество белков, жиров, углеводов, минеральных солей и витаминов, обязательным включением в ежедневный рацион свежих овощей и фруктов. Соблюдение гипоаллергенной диеты, выявление причинно- значимого аллергена и проведение специфической гипосенсибилизации детям с пищевой аллергией предупреждает развитие тяжелых форм аллергии, предрасполагающей к частым респираторным заболеваниям.

Учитывая, что нередко одним из причин у детей из группы ЧБД является дисфункция и / или незрелость вегетативной нервной системы с пониженной устойчивостью к изменяющимся климатическим и гелиографическим факторам внешней среды, особое внимание должно уделяться рациональному закаливанию и физическому воспитанию.

Закаливающие процедуры надо начинать при полном здоровье ребенка в любой сезон года, но лучше летом. Одно из основных условий закаливания-непрерывность, имеет значение постепенность, приучать ребенка к перепадам воздуха, воды нужно осторожно.

Особый подход нужен к ослабленным детям, закаливания таких детей по щадящей методике и только после разрешения педиатра. Детям в периоде реконвалесценции не ранее 5-го дня после перенесенного ОРЗ контрастные закаливающие процедуры целесообразно применять в условиях щадящего режима с использованием двигательных нагрузок примерно в половинном объеме. Закаливающие процедуры необходимо сочетать с проведением гимнастики и массажа грудной клетки. Эти процедуры повышают функциональную эффективность дыхательной системы. Массаж проводится 2-4 раза в год, курс составляет

14 дней. Рекомендуется систематическое проведение стопотерапии, представляющей собой массаж стоп. В оздоровлении часто болеющих детей важное значение имеет систематическое проведение специальных комплексов лечебной физкультуры, направленных на обеспечение хорошего дренажа бронхов и повышение тонуса дыхательной мускулатуры.

Закаливание воздухом начинают с воздушных ванн в помещении, оптимальная температура воздуха 21-16 С. Продолжительность воздушной ванны 3-10 мин.целесообразно сочетать закаливание с массажем и гимнастикой. Существенное значение имеет для закаливания воздухом рационально подобранная одежда: она должна обеспечить тепловой комфорт ребенку в помещении и вне его.

Закаливание водой начинают после предварительного проведения в течение 1-2 недель воздушных ванн в помещении. Постепенное увеличение силы воды достигается равномерным снижением температуры воды, увеличением площади смачиваемых кожных покровов, заменой местных водных процедур общими, которые также даются в порядке возрастающей интенсивности; влажное обтирание, обливание, ванна, душ, купание в открытом водоеме. При острых заболеваниях, сопровождающихся повышением температуры тела, все закаливающие процедуры исключаются и восстанавливаются по мере выздоровления с учетом индивидуальных особенностей организма ребенка.

Период реконвалесценции у ЧБД после перенесенных вирусных инфекций может затягиваться до 2-3 недель, поэтому рекомендуется домашний режим 10-14 дней. Обязательно лечение очагов хронической инфекции, особенно носоглотки. Необходима активная фитотерапия, ингаляции, применение пре- и пробиотиков в течение 10-14 дней.

В профилактике и реабилитации часто болеющих детей особое место занимает иммунореабилитация с использованием иммуностропных средств. Это растительные препараты из группы адаптогенов( Апилактоза, Апиликвирит, Женьшень медовый), бактериальные лизаты обладающие общим действием ( ВП-4, Бронхомунал,Рибомунил) и местным действием на слизистые( ИРС-19 и Имудон).Иммунологическая эффективность иммуномодуляторов ( Тималин, Т- активин и др.не доказаны, их рутинное применение не оправдано.Особую роль в повышении сопро-

тивляемости ребенка играет специфическая профилактика против гриппа. Доказана эффективность гемофилюсной и пневмококковой вакцин для профилактики острых респираторных заболеваний бактериальной этиологии. Эти вакцины применяются у детей: гемофилюсная с 2-х мес. возраста 3-хкратно и ревакцинация; пневмококковая - с 2-х лет. Возраста один раз в 5 лет.

Диспансеризация: 1) Наблюдения педиатра-4 раза в год, лор, стоматолог, физиотерапевт и др. специальности 2 раза в год. 2) ОАК, ОАМ-2 раза в год. 3) ЭКГ, Рентгенография органов грудной клетки и др. (по показаниям). 4) План оздорови-

тельных мероприятий. 5) Снятие с диспансерного учета проводится после 2-х лет отсутствия частых заболеваний.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Часто болеющие дети / В.Ю. Альбицкий [и др.] - 2003. - 179 с.
2. Шабалов Н.П. Педиатрия / Н.П. Шабалов. - 2005. - С. 512-514.
3. Рахимова К.В. Организация диспансерного наблюдения за детьми в амбулаторных условиях / К.В. Рахимова, В.Н. Девятко. - 2005. - С. 62-64.
4. Аюпова С.Х. Клиническая педиатрия / С.Х. Аюпова // - Т. 1., - С. 343-346.

УДК 616.83-005-084:613.84

## БОРЬБА С КУРЕНИЕМ – ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

Д.И. ЖАБАСОВА

Городская поликлиника №2, г. Тараз

#### Резюме

В данной статье рассказывается о негативном действии никотина на ЦНС и о методах борьбы с курением.

#### Тұжырым

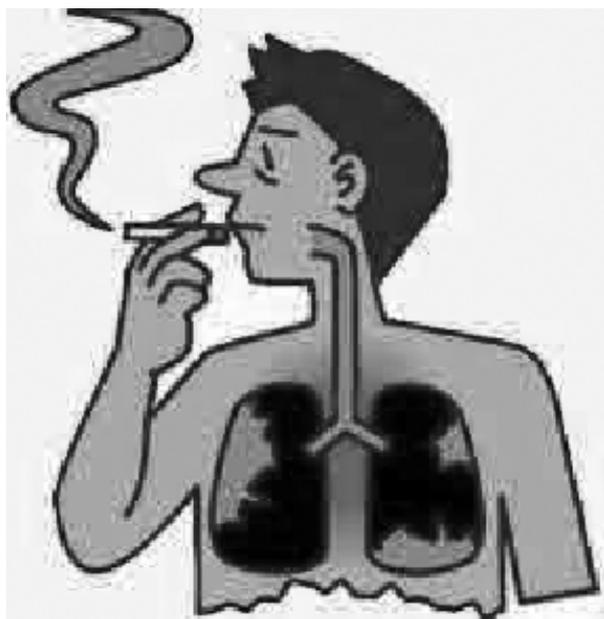
Берілген мәтінде орталық жүйке жүйесіне никотинның негативті әсері және темекі тартумен күрес әдістері туралы айтылады.

#### Summary

This article shows negative effect of nicotine on central nervous system and fighting methods with smoking.

**Будущее – за профилактической медициной.** Пропагандируя здоровый образ жизни, можно избежать многих заболеваний, таких как инсульт, инфаркт, общий атеросклероз. Нервная система является самой организованной, самой сложной и самой хрупкой системой нашего организма. Головной мозг является центром поведения всех органов и систем тела, центром всех движений тела (сознательных и несознательных), центром сознательного мышления. Весь организм работает на мозг, а он управляет организмом. Поэтому, говоря об опасности курения для здоровья, следует считать опасность, в первую очередь, для нервной системы. Попадая в легкие, никотин через кровь попадает в головной мозг в течение 7-8 секунд. Никотин действует на

все отделы нервной системы, в том числе и на центр удовольствия в головном мозге. Понятно, что именно нервная система привыкает к никотину, делая курящих людей его «рабами». Компоненты табачного дыма, в частности никотин, активно влияют на все нервные функции, но особенно чувствительна к нему центральная нервная система и прежде всего клетки головного мозга. Тем, кто курит, следует помнить, что под воздействием никотина происходит сужение мозговых сосудов, а, следовательно, уменьшается приток крови к нервной ткани. В связи с этим появляются частые головные боли, ослабление памяти. Нарушения нервной деятельности в результате курения могут привести и к более тяжёлым последствиям. Статистические данные показы-



вают несомненную роль курения в возникновении ряда нервных расстройств.

**Никотин** — это алкалоид без цвета и запаха, хорошо всасывается в кровь в щелочной среде. Многие курильщики предпочитают курить, запивая чем-нибудь щелочным, например, кофе или алкоголем, потому что тогда всасывание никотина происходит активнее. Никотин содержится в листьях растения под названием табак и не синтезируется искусственно. На табачных фабриках смешивают табак, полученный из различных частей растений разных сортов, так как концентрация никотина в верхних листьях больше, чем в нижних и в стеблях. Таким образом, получают табачные смеси, т. е. разные марки табака. Появление зависимости от какого-либо вещества сопровождается желанием поддерживать в крови определенный его уровень. Основной причиной, вызывающей желание закурить, является необходимость повысить концентрацию никотина, так как период «полувыведения» этого вещества очень короток — 40-100 минут (т.е. через 40 минут после курения содержание никотина в крови снижается наполовину).

**Курение и нарушения работы мозга.** Никотин влияет на разные уровни центральной нервной системы, вегетативные ее образования, в связи с чем нарушаются сосудистый тонус и способность адаптации сосудов к другим факторам. Вдыхание табачного дыма способствует повышению кровяного давления и возникновению эмфиземы. Данный эффект увеличивает риск ге-

моррагического инсульта у курящих в 2,5 раза. Смертность от субарахноидальных кровоизлияний особенно велика среди тех, кто выкуривал ежедневно пачку и более сигарет, и каждый день употреблял алкоголь.

Экспериментально доказано, что большие дозы никотина могут вызывать в стенках артерий и артериол дегенеративные изменения, относящиеся к аноксическому типу. При курении существенно снижается локальный мозговой кровоток. Возрастает риск закупорки магистральных сосудов головы. В них могут формироваться атеросклеротические бляшки, суживаться просвет сосудов, ухудшая условия кровоснабжения мозга. Нарушается деятельность сердца. Эти изменения в сердечно-сосудистой системе способствуют развитию как хронических (начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга, дисциркуляторная энцефалопатия, сосудистая деменция), так и острых (преходящие нарушения мозгового кровообращения, малый, ишемический и геморрагический инсульты) цереброваскулярных поражений.

#### **Проявления потребления никотина.**

##### **Поведенческие проявления ЦНС:**

- Тошнота или рвота;
- Повышенная возбудимость;
- Расслабление в стрессовых ситуациях;
- Улучшение кратковременной памяти;
- Уменьшение времени реакции;
- Повышение внимания и способности решать проблемы;
- Усиление бессонницы;
- Снижение чувства голода и массы тела;
- Расслабление скелетной мускулатуры;
- Тремор рук;

##### **Сердечно-сосудистая система:**

- Временное повышение сердечного ритма, кровяного давления, ударного объема, сердечного выброса и коронарного кровотока;
- Длительное снижение кровяного давления и коронарного кровотока;
- Снижение температуры кожи;
- Системная вазоконстрикция (сужение сосудов);
- Увеличение притока крови к скелетным мышцам;
- Повышение содержания в крови свободных жирных кислот, лактата и глицерола;
- Повышение активации тромбоцитов;

##### **Эндокринная система:**

- Повышение в крови уровней катехолами-

нов, АКТГ, гормона роста, пролактина, р-эндорфина, кортизона, вазоп-рессина;

- Раннее развитие менопаузы;
- Повышение риска развития остеопороза у женщин;

- Снижение массы тела;
- Повышение уровня основного метаболизма при физической активности и во время отдыха;

#### **Дыхательная система:**

- Повышение продукции мокроты;
- Кашель, затрудненное шумное дыхание;

#### **ЛЕЧЕНИЕ. В этих целях назначаются:**

— **препараты, вызывающие у курильщика отвращение к табачному дыму** (подкожное введение 1%-го раствора апоморфина гидрохлорида, полоскание полости рта растворами нитрата серебра — 0,25%, сульфата меди — 0,1%, колларгола — 1%, протаргола — 1%, танина — 1-2%, сульфата железа — 0,5%, перманганата калия — 0,1%, отварами корневища змеевика — 100-200 мл, плодов черемухи обыкновенной — 100-200 мл или жевание ее молодых побегов, смазывание десен эвкалиптовым маслом);

— **средства, способные имитировать действие никотина в организме** (гидрохлорид анабазина по 0,003 г в составе пленок с полиангидроглюкуроновой кислотой на бумажной или тканевой основе, жевательной резинки, в таблетках; гидрохлорид лобелина по 0,002 г в составе таблеток «лобесил»; цитизин по 0,0015 г в составе обоих видов упомянутых выше пленок и комбинированного препарата «табекс»);

— **никотин в чистом виде, который вводится неингаляционным путем**, что позволяет избежать поступления в легкие множества вредных веществ, образующихся при сгорании табака (жевательная резинка с 0,004 г никотина типа «Никоретте»);

— **стимулирующие средства:** настойки жень-

шеня, заманихи, лимонника, аралии; жидкие экстракты родиолы, левзеи; пантакрин, а также фенамин и меридил;

— **витамины:** масляные растворы ретинола и токоферола ацетата, аскорбиновая и никотиновая кислоты, витамины группы В, поливитамины;

— **транквилизаторы бензодиазепинового ряда (седуксен, феназепам, тазепам и др.), а также фитотранквилизаторы: настои валерианы, пустырника и др.** Если абстиненция характеризуется симптомами вялости, утомляемости, снижения работоспособности, показаны средства со стимулирующим эффектом: ноотропил, настойка женьшеня, экстракт элеутерококка. При признаках депрессии назначаются антидепрессанты (доксепин и др.); при агрессивности, дисфории — малые дозы «поведенческого» нейрелептика неулептила.

#### **МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ТАБАКОЗАВИСИМОСТЬЮ:**

- Резкое прекращение;
- Постепенное уменьшение количества сигарет;
- Никотиновая жевательная резинка;
- Гипнотерапия;
- Иглоукальвание (иглорефлексотерапия);
- Медикаментозная терапия;
- Фитолечение;
- Заменители сигарет;
- Полоскания и кремы;

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Александрова В. Ю., Зыряева Л. А. Организация медико-психологической помощи в борьбе с табакокурением: Методические рекомендации. — М., 1997г.
2. Биттун Реней. Бросить курить в ваших силах. — СПб.: Норинт, 2002.
3. Левшин В.Ф. «Курить или не курить?» Изд. ФИС 2002 г.
4. Марина Краснова Белянская «Реабилитация после инсульта» изд.2011 г.

УДК 616.12-005.4-035:615.22

## РОЛЬ ЛИПИДОСНИЖАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Л.А. ОСПАНОВА

ГККП «Аркалыкская региональная больница», г. Аркалык

### Резюме

Применяемые препараты триглицериды понижают уровень холестерина его производных при ишемической болезни сердца, восстанавливают васкуляризацию миокарда, снижают на 30 % угрозу смертности среди больных.

### Тұжырым

Жүректің ишемиялық ауыруы кезінде холестерин мен оның туындылары, үшглицеридтерді төмендететін препараттарды қолдану миокардты қайта васкуляризациялау, миокардтың қайта өліктену қаупін және бұл науқастар арасында 30% өлімді төмендетеді.

### Summary

The article presents against reception statins,  $\omega$ -3 polyunsaturated fatty acids drugs at sick of an ischemic heart trouble the general death rate has decreased for 30%, the risk of development of a heart attack of the myocardium, fatal coronary complications and requirement for carrying out revascularization a myocardium has simultaneously decreased.

В США от сердечно-сосудистых заболеваний ежегодно умирает 1 млн. человек, что составляет 50% от всех смертей. По данным ВОЗ, в 2005 году на долю инфаркта миокарда в структуре смертности во всех странах мира, включая развивающиеся, приходилось 13% — больше, чем на любое другое заболевание. В 2009 году по данным Агентства Республики Казахстан по статистике, болезни системы кровообращения явились причиной смерти 160 тысяч человек [1]. На прогноз ишемической болезни сердца (ИБС) оказывают влияние такие факторы, как возраст больного, пол, наличие ИМ в анамнезе, сахарный диабет, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, курение и предшествующие цереброваскулярные события. Вместе с тем в лечении больных, страдающих различными формами ишемической болезни сердца (ИБС), в последние годы появились эффективные методы медикаментозного лечения, которые необходимо использовать в клинической практике. Учитывая данные многочисленных клинических исследований, врачи всего мира, пришли к выводу, что снижение риска осложнений и увеличение продолжительности жизни у больных ИБС можно добиться, назначая с первых дней заболевания  $\beta$ -адреноблокаторы, липидоснижающие средства, антиагреганты и препараты ингибирующие ренин-ангиотензиновую систему [2].

Снижение повышенного уровня холестерина в плазме крови с помощью статинов сопровождается значительным снижением общей смертности и риска сердечно-сосудистых осложнений, в том числе фатальных. Исследование (4S) проводившееся в Скандинавии впервые четко продемонстрировало преимущества от снижения липидов у 4444 больных ИБС. В исследование включались больные стенокардией и/или после ИМ с исходным уровнем общего холестерина 5,5–8,0 ммоль/л. На фоне приёма симвастатина в среднем 5,4 года наблюдения общая смертность пациентов уменьшилась на 30%, снизилась потребность в проведении реvascularизации миокарда.

Более 9000 больных с ИБС были включены в исследование LIPID. Диапазон исходного уровня общего холестерина был широким. Одна группа пациентов в течение 6 лет принимала 40 мг правастатина, другая плацебо. В группе правастатина риск развития смерти от коронарных осложнений снизился на 24%, повторного ИМ на 29%. В другом исследовании CARE участвовали 4159 больных через 3–20 месяцев после перенесенного ИМ с исходно более низким уровнем общего холестерина (в среднем 209 мг/дл). Правастатин в дозе 40 мг снизил относительный риск развития фатального коронарного события или повторного ИМ на 24%.

Статины необходимо применять после ИМ незамедлительно после развития острого собы-

тия, либо по крайней мере еще в период пребывания больного в стационаре. Данные Шведского регистра больных с ИМ указали на более благоприятное течение заболевания в постинфарктном периоде при раннем и агрессивном применении статинов. Исследование MIRACL включившее в себя 3086 больных ОКС показало, что назначение статинов в первые 96 часов и далее в течение 16 недель, практически независимо от исходного уровня липидов способно благоприятно повлиять на прогноз заболевания.

Эффективность фибратов изучали у больных с ИБС, в том числе после ИМ, с другим типом нарушений липидного обмена. В исследование с гемфиброзилом были включены больные с холестерином липопротеидов высокой плотности менее 1,01 ммоль/л и холестерином липопротеидов низкой плотности <3,6 ммоль/л и триглицеридами <7,7 ммоль/л. У больных после ИМ на фоне гемфиброзила на 24% снизилась смертность. В исследовании VIP безафибрат, назначенный больным после перенесенного ИМ или со стабильной стенокардией с низким уровнем холестерина липопротеидов высокой плотности <45 мг/дл, ассоциировался с недостоверным снижением на 7,3% риска фатальных и нефатальных коронарных осложнений. Однако, в группе больных с исходно повышенным уровнем триглицеридов был получен более благоприятный результат.

В Италии провели многоцентровое, рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование в котором принимали участие 935 пациентов. В исследовании оценивали влияние приема этиловых эфиров омега-3 жирных кислот на гликемический профиль пациентов с гипертриглицеридемией, как имеющих нарушение толерантности к глюкозе (НТГ) или сахарный диабет (СД), так и без этих состояний. У 55% пациентов имелась нарушение толерантности к глюкозе или сахарный диабет 2 типа. Пациенты получали в течение 2 месяцев этиловые эфиры омега-3 ПНЖК в дозе 1 г в сутки в три приема либо соответствующее плацебо. Затем в течение 4 месяцев пациенты получали этиловые эфиры омега-3 ПНЖК в дозе 1 г в сутки в два приема либо плацебо. Через 6 месяцев на фоне проводимой терапии концентрация триглицеридов (ТГ) в плазме достоверно снизилась на 21,53% по сравнению с исходным уровнем, что на 15% больше, чем в группе плацебо. Таким образом, данное исследование свидетельствует о том, что

этиловые эфиры омега-3 ПНЖК представляют собой одну из значимых возможностей при лечении растущей доли популяции лиц среднего возраста, включая женщин в постменопаузе, у которых гипертриглицеридемия может являться одним из главных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и смертности от них.

В Италии было проведено рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое исследование на базе 326 кардиологических центров и 31 центра внутренних болезней. В исследование включали пациентов с хронической сердечной недостаточностью II-IV класса по классификации NYHA, независимо от ее причины и величины фракции выброса левого желудочка, которым в течение 3,9 лет назначали в случайном порядке  $\omega$ -3 ПНЖК в дозе 1 г в сутки (n=3494) или плацебо (n=3481). Первичными конечными точками были: смертность, а также смертность или госпитализации по сердечно-сосудистым причинам. В исследовании пациентам было рекомендовано применять любые препараты с доказанной эффективностью при ХСН (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента,  $\beta$ -адреноблокаторы, диуретики, сердечные гликозиды). Исследование GISSI-HF показало, что длительное назначение  $\omega$ -3 ПНЖК в дозе 1 г в сутки было эффективным в снижении как общей смертности, так и частоты госпитализаций в связи с сердечно-сосудистыми причинами. Хотя, этот благоприятный эффект был менее выраженным, чем в исследовании GISSI-P, следует отметить, что он был достигнут в популяции пациентов, уже получавших рекомендуемые препараты.

Согласно Европейским и Российским рекомендациям, липидоснижающие препараты должны получать больные ИБС, у которых, несмотря на диетические мероприятия, уровень общего холестерина превышает (4,9 ммоль/л) и/или уровень ХС ЛПНП более 2,97 ммоль/л, а критерием эффективности терапии статинами считается снижение ХС ЛПНП <2,5 ммоль/л. Американские эксперты рекомендуют больным, госпитализированным с ИМ, получить незамедлительно результаты ранее проведенных анализов липидов, а если это невозможно, то определить показатели липидного профиля натощак в пределах первых 24 часов после поступления. Больным с ХС ЛПНП >100 мг/дл следует назначить статины до выписки из стационара, с достижением как минимум целевого уровня ХС ЛПНП <100 мг/дл, а лучше оптимального – <70 мг/дл. У больных с

низким уровнем ХС ЛПВП следует использовать препараты никотиновой кислоты или фибраты. Статины оказывают незначительное воздействие на ТГ плазмы, их не следует назначать в тех случаях, когда гипертриглицеридемия имеет первостепенное значение (гиперлипидемия I, IV и V типов). У лиц с высоким уровнем ТГ назначаются фибраты, препараты никотиновой кислоты (до начала терапии статинами) или препараты омега 3-полиненасыщенных жирных кислот.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2009 году / Статистический сборник. – Астана, 2009. – 312 с.
2. Чазова Е.И. Хроническая ишемическая болезнь сердца / Е.И. Чазова, Ю.Н. Беленкова. – М.: Литтерра, 2005. – С. 235-243.
3. Зиц С.В. Диагностика и лечение застойной сердечной недостаточности / С.В. Зиц. – М.: Медпресс, 2000. – 128 с.
4. Лечение сердечно-сосудистых заболеваний / Я.И. Коц [и др.]. – Екатеринбург.: Ассоциация «Уралкардиология», 2000. – 368 с.

УДК 612.392.84:613.287

## СҮТҚОРЕКТІЛЕР СҮТІНІҢ ҚҰРАМЫ ЖӘНЕ ФИЗИОЛОГИЯЛЫҚ ҚҰНДЫЛЫҒЫ

**С. ҚОЗЫҚАНҚЫЗЫ, А.Т. ШАЙКЕНОВА**

Қазақ Ұлттық аграрлық университеті,  
Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының орталығы, Алматы қаласы

#### Резюме

В статье приведены результаты исследования состава и физиологической ценности молока млекопитающих.

#### Тұжырым

Бұл мақалада сүтқоректілер сүтінің құрамы мен физиологиялық құндылығы туралы зерттеу нәтижелері келтірілген.

#### Summary

This article describes the results of research on composition and physiological value of mammals milk.

Соңғы жылдары біздің және де басқа көптеген елдер ғалымдарының күш-жігері ағзасының барлық қызметін жандандырып, денсаулықты жақсартуға көмектесетін, әртүрлі ауру - сырқауға қарсы биологиялық қорғаныш механизмдерін қалыптастыратын және физиологиялық процестерді реттеуге қатысатын функционалды компоненттермен жабдықтауға арналған жана шикізат көздерін табуға бағытталды.

Сүт – сүтқоректілердің тіршілігінде аса маңызды роль атқаратын, тағамдық құндылығы өте жоғары табиғи өнім. Сүтқоректілердің эволюциясы процесінде алуан түрлі биологиялық түрлер сыртқы ортаның және туар кездегі организмнің қалыптасу дәрежесіне байланысты химиялық құрамы жағынан мейлінше әр түрлі сүт бөлу қабілетіне ие. Олардың әрқайсысының химиялық

құрамы өз төлінің физиологиялық ерекшеліктеріне ғажап бейімделген [1].

Сүтқоректілердің сүті құрамындағы негізгі тағамдық заттардың мөлшері мен өзара қарым-қатынасы жағынан елеулі айырмашылықтарға ие. Сүттің тағамдық өнім ретіндегі құндылығы, оның компоненттер құрамының тым байлығы және олардың қолайлы тенесуі, барлық тағамдық заттардың жақсы сіңуі сияқты факторларға байланысты. Біздің еліміздің түрлі аудандары мен кейбір шетелдердегі халықтар ұлттық әдет-ғұрыпқа байланысты немесе сиыр ұстау мүмкіндігі жоқ жерлерде сиырдан басқа қой, ешкі, түйе, бие, бұғы, кодас, енеке, зебу, есек сүттерін тағам ретінде немесе емдік қасиетіне байланысты пайдаланады [1, 2].

Кесте 1. Әр түрлі сүттердің химиялық құрамы, % [3, 4]

Сүт түрі	Су	Құрғақ зат	Май	Ақуыз	Сүт қанты	Минералды заттар
Әйел	87,6	12,4	3,4	1,3	7,4	0,3
Сиыр	87,5	12,5	3,7	3,3	4,7	0,7
Бие	88,8	11,2	1,9	2,0	6,7	0,3
Түйе	87,1	13,6	4,5	3,5	4,9	0,7
Ешкі	87,0	13,1	4,1	3,4	4,6	0,9
Зебу	83,6	16,4	7,7	4,3	3,6	0,8
Қодас	82,7	17,3	7,8	4,7	4,5	0,8
Қой	82,9	17,1	6,7	5,8	4,6	0,8
Енеке	81,3	18,7	8,7	4,3	4,9	0,8
Бұғы	63,3	36,7	22,5	10,3	2,5	1,4
Есек	90,0	10,0	1,5	1,9	6,2	0,4

Кестедегі мәліметтерге талдау жүргізсек сүтқоректілер сүтінің арасында әйел және сиыр сүттерінің құрамындағы құрғақ заттың мөлшері бұғы сүтімен салыстырғанда біршама төмен, ал бие мен есек сүттерінде өте төмен екендігін көруге болады.

Есек жылқы туысына жататын сүтқоректі тақ тұяқты жануар. Есекті адамзат баласы ертеден қолға үйретіп бағып, күш көлігі ретінде пайдаланса, кейбір елдерде оның еті, сүті, терісі мен қанынан емдік өнімдер өндіреді.

Есектің сауылу кезеңі өте қысқа, тек 100 канша күн, тәулігіне 0,5 кг ғана сүт береді, бүгінгі күні ауыл шаруашылықтың әсерлесу дәрежесінің артуы мен қатынас құралдарының үздіксіз дамуына байланысты есекті күш көлігі ретінде пайдалану мүмкіндігі төмендеп, жылдан-жылға саны да күрт азаюына байланысты жабайы есек Халықаралық Табиғат Қорғау Одағының Қызыл кітабына енгізілген.

Қытай, АҚШ, Индия, Франция, Египет елдерінде сонау ерте заманнан бері есек сүтінің емдік және диеталық қасиетін өте жоғары бағалайтындығы жайлы көптеген деректер бар. Қытайдың Таң дәуірінің дәрігері Цун Сы Маудың «Алтын рецепт» және Миң дәуіріндегі Ли Шы Жынның «Дәрілік каталогы» кітаптарында есек сүтінің дәмінің тәтті, әрі усыз, негізінен балалар ағзасындағы суықты айдау, дене температурасын түсіру, талма ауруы және сары ауруды емдеуге қолданылатындығы, жылы күйінде үнемі ішсе ыстық уытты жойып, цистит, диабет, шұғыл жүрек шаншуы, демікпе және талма ауруларынан арылуға, қызыл шешек шығудың алдын алуға болатындығы, көзі қызарып ауырғандар есек сүтіне талқурайды батырып, шырынын сығып тамызса жазылатындығы жайлы жазылған. Оңтүстік Американың Перу елді мекені есек сүтін «Дерт біткенге шипалы дәрі» деп есептейді.

Олар есек сүті демікпе, кеңірдек қабыну, диабет, ревматизм, анемия, жалақ жара, асқазан қабыну және қуық түбі безі ауруларын және әйелдер ауруларын емдеуде, тіпті кейбір физикалық еңбекпен шұғылданатын адамдардың жұқпалы ауруларға шалдығуының алдын алуға және ағзаға күш қуат береді деп қарайды. Америкалықтар есек сүтін жұмыс өнімділігін арттыруға көмектесетін сергіткіш ретінде пайдаланады. XVI-шы ғасырда Француз халқы кеңінен есек сүтін ішуге құмар болған, себебі кезіндегі Француз патшасы есек сүтін үнемі тұтынса ағзаға күш - қуат бітіріп, денсаулық жақсара түседі деп санаған. Осыдан әлде неше ғасыр бұрын-ақ Египет пен Рим әйелдері терінің күту үшін есек сүтімен жуынатын болған, өйткені теріге тегістік пен биязылық беріп, ажарландыра түседі. Есек сүтінің маңызды бір қасиеті ұзақ ғұмыр сүруге көмектесетіндігінде. Бұған жақында Эквадор елінде 116 жасқа келген кею ана өзінің ұзақ өмір сүрудегі құпиясы есек сүтін ішетіндігінде екендігін жариялауы нақты мысал бола алады [4, 5].

Ислам дінінде есектің еті де, сүті де харам болып саналады, сондықтан қазірге дейін Қазақстан мен ТМД елдерінде есек сүтінің химиялық құрамы мен қасиеті туралы зерттеу нәтижелері өте аз. Осыған орай шетел ғалымдары мен дәрігерлерінің есек сүтінің химиялық құрамы мен құндылығы жайлы еңбектері мен зерттеу жұмыстарынан алынған мәліметтерге сүйене отырып, есек сүтінің құрамы мен басқа да мал сүттерінің құрамына салыстырмалы түрде талдау жүргізілді.

Сүттегі ең құнды зат — белок. Сүт белоктарының аса құндылығы белоктарының алмастырылмайтын амин қышқылды құрамын қамтамасыз ететін биологиялық толық құндылығы болып табылады. Ауыстыруға келмейтін амин қышқылдарының әрқайсысы белгілі бір биологиялық

роль атқарады. Сүттің толыққұндылығы құрамында: триптофан, лизин, метионин және балалар ағзасы үшін аса қажетті гицидиндердің жоғары болуымен сипатталады.

Кестедегі көрсеткіштерден әйел және сиыр сүттерінің құрамында 9 түрлі (нәрестелерге қажетті гистидин) алмастырылмайтын амин қышқылдарының мөлшері 43% және 42,54%, ал бие және есек сүттерінің құрамында 41,87% және 42,52% екендігін көруге болады. Осы сүттердің ішінде есек сүтінің құрамында алмастырылмайтын амин қышқылдардың барлығы бар, әрі әйел сүтіндегі мөлшерге өте жақын болғандықтан, толыққұнды белоктар қатарына жатқызылады.

Белоктарының құрамына байланысты сүтті казеиндік және альбуминдік (сарысу белокты) деп екі топқа бөледі. Казеинмен салыстырғанда сарысу белоктары – альбуминдер мен глобулиндер ағзаға ас қорыту ферменттерінің әсерінен тез қорытылып, сіңіріледі.

Кестедегі мәліметтерден сиыр, қой, ешкі, түйе сүттерінің құрамында неғұрлым ірі дисперсті және

қиын қорытылатын казеиннің мөлшері көп, ал әйел, бие және есек сүттерінде сарысу белоктары көп болатындығын көруге болады. Осы сүттердің арасында әйел сүтінде сарысу белоктары ең жоғары 71%, бие және есек сүттерінде жеке-жеке 49,3% және 64,3%. Бұл есек сүтінің құрамында сарысу белогының мөлшері түйе сүтіндегіден 6,3 есе, сиыр сүтінен 3,2 есе, қой сүтінен 2,8 есе, ешкі сүтінен 2,6 есе, бие сүтінен 1,3 есе көп екендігін, ал әйел сүтіндегі мөлшерге өте жақын, оның 91%-ін иеленетіндігін дәлелдейді.

Бұғы сүтінде май мөлшері ең жоғары орта есеппен 22,5% болса, ал әйел және сиыр сүттерінде 3,4 және 3,7%, бие және есек сүттерінде өте аз 1,9% және 1,5%. Бұл есек сүтіндегі май мөлшерінің сиыр сүтіндегінің өрнек 40%-ін құрайтындығын дәлелдеп отыр. Сүт майының құрамында линоль, линолен және арахион қатарлы биологиялық маңызы зор көп қанықпаған май қышқылдары бар, олар ауыстыруға келмейтін май қышқылдарына жатқызылады.

Кестедегі көрсеткіштерден әйел, сиыр және бие сүттерінің құрамындағы май қышқылдары-

Кесте 2. Әртүрлі сүт белоктарының ауыстырылмайтын амин қышқылдар мөлшері, % [3, 4]

Ауыстырылмайтын амин қышқылдары	Әйел	Сиыр	Бие	Есек
<i>Валин</i>	6,0	5,33	5,6	6,87
<i>Изолейцин</i>	5,8	4,57	3,91	5,62
<i>Лейцин</i>	10,1	9,66	10,87	9,91
<i>Лизин</i>	6,2	7,78	7,61	6,10
<i>Метионин</i>	1,8	2,41	3,41	2,27
<i>Треонин</i>	4,6	4,18	4,16	3,83
<i>Триптофан</i>	1,8	1,53	-	1,13
<i>Фенилаланин</i>	4,4	4,17	3,94	4,18
<i>Гистидин</i>	2,3	2,37	2,36	1,98
<b>Барлығы</b>	<b>43,0</b>	<b>42,54</b>	<b>41,87</b>	<b>42,52</b>

Кесте 3. Әртүрлі сүттер құрамындағы казеин мен сарысу белоктарының мөлшері, % [3, 4]

Түрі	Казеин	Сарысу белоктары
<i>Әйел</i>	29	71
<i>Сиыр</i>	80,2	19,8
<i>Бие</i>	50,7	49,3
<i>Түйе</i>	89,8	10,2
<i>Ешкі</i>	75,4	24,6
<i>Қой</i>	77,1	22,9
<i>Есек</i>	35,7	64,3

Кесте 4. Әртүрлі сүт майларының құрамындағы май қышқылдарының мөлшері, % [3, 4]

Май қышқылдары	Әйел сүті	Сиыр сүті	Бие сүті	Есек сүті
<i>Пальмитин</i>	23,61	32,31	27,26	28,55
<i>Стеарин</i>	5,83	7,82	0,97	1,75
<i>Олеин</i>	26,27	22,44	21,33	28,10
<i>Линол</i>	9,57	2,59	13,19	27,95
<i>Линолен</i>	0,62	0,91	4,34	2,75

ның мөлшері қарайлас, ал есек сүтінде өте жоғары, әсіресе ауыстыруға келмейтін қанықпаған май қышқылдарының мөлшері өте көп екендігін көруге болады. Есек сүтінің құрамында линол қышқылының мөлшері жалпы май қышқылдар мөлшерінің 27,95% иеленеді, бұл әйел, сиыр және бие сүттері құрамындағы мөлшерден жеке-жеке 18,38%, 25,36%, 14,76% жоғары. Биологиялық құндылығы жағынан құндырақ арахидон сияқты май қышқылдары адам ағзасында линол және линолен қышқылдарынан пайда болады. Есек сүтінде линол мен линолен қышқылдарының қосындысы барлық май қышқылдар мөлшерінің 30,7% иеленеді, бұл әйел, сиыр және бие сүттері құрамындағы мөлшерден жеке-жеке 20,51%, 27,2%, 13,17% жоғары, сиыр сүтіндегі мөлшерден 9 есе жоғары. Демек, есек сүтінің майында биологиялық жағынан құнды көп қанықпаған май қышқылдары мол деп айтуға болады.

Сүт стерині негізінен холестерин түрінде қалыптасады. Әйел, сиыр, қой және есек сүттерінің құрамында холестериннің мөлшері жеке-жеке 11, 15, 31 және 2,2 мг екендігі анықталған. Осы зерттеу нәтижелері есек сүтінде холестерин мөлшері әйел, сиыр және қой сүттеріндегі мөлшердің 20%, 14,7% және 7,1%-на тең келетіндігін дәлелдейді. Сондықтан есек сүті холестерин мөлшері төмен сүтке жатқызылады. Дәрігерлер есек сүтін диабетпен, қан қысымымен ауыратын науқастарды тамақтандыруда таптырмайтын органикалық тағам деген көзқарасты ұстанады.

Әртүрлі сүттердің арасында әйел сүтінде бифидогенді микроорганизмдердің дамуына көмектесетін лактозаның мөлшері 7,4%-ға дейін жетсе, ал бие және есек сүттерінде 6,7%, 6,2%. Бұл бие және есек сүттерінің құрамында ағзаны асқазан-ішек ауруларынан қорғайтын бифидогенді микроорганизмдерді дамуында маңызды роль атқаратын лактоза мөлшерінің әйел сүтіндегіден төмендеуі, ал басқа мал сүттерімен салыстырғанда біршама жоғары екендігін көрсетеді.

Кестедегі мәліметтерден әйел сүтінде кальций мөлшері ең аз, ал сиыр сүтінде өте көп екендігін көреміз. Сүт құрамындағы кальций мен фосфор қатынасының маңызы зор. Әйел сүтінде бұл 2,3:1, сиыр сүтінде 1,4:1, ал есек сүтінде 1,7:1 екендігі белгілі болды, бұдан есек сүтіндегі кальций мен фосфордың қатынасы әйел сүтіндегі қатынасқа өте жақын екендігіне көз жеткізуге болады. Сондай-ақ зерттеу нәтижелері микроэлементтердің ішінде селеннің мөлшері есек сүтінде басқа мал сүттеріндегіден 5-6 есе көп болатындығын көрсетті. Қазіргі кезде зерттеу нәтижелері селеннің (Se) тотығуға қарсы тұру, қалқанша безі гормондарын реттеу, организмнің қалыпты иммунитет және көбею қабілетін сақтау, кэшан ауруының алдын алу сияқты бірқатар маңызды роль атқаратындығы дәлелдеді.

Сүт құрамында зат алмасу процестерін реттеп отыруда маңызы зор барлық витаминдер кездеседі. Бірақ, әртүрлі сүтте олардың әрқайсысының мөлшері бірдей емес.

Кесте 5. Әртүрлі сүт құрамындағы минералды заттардың мөлшері, мг/100 г [3, 4]

Минерал заттар	Са	Р	К	Na	Mg	Fe	Zn	Cu	Se, мкг/100 г
Әйел	30	13	-	-	32	0,10	0,28	0,03	-
Сиыр	104	73	109	37,2	11	0,3	0,42	0,02	1,94
Қой	82	98	135	20,6	-	0,5	0,29	0,04	1,75
Бие	58,8	39,4	-	-	-	0,05	0,51	0,01	1,77
Есек	84,9	50	49,6	9,8	9	0,1	0,3	0,01	10,0

Кесте 6. Әртүрлі сүт құрамындағы витаминдердің мөлшері, мг/100 г [3, 4]

Минерал заттар	А	В1	В2	С	Е
Әйел	11,00	0,01	0,05	5,00	-
Сиыр	34,00	0,03	0,14	1,00	0,21
Қой	84,00	0,04	0,12	-	0,19
Бие	0,03	0,02	0,02	8,7	0,2
Есек	-	0,006	0,02	4,75	0,02

Кестеден қой сүтінде А витамині, ал сиыр сүтінде Е витаминнің мөлшері басқа сүттерден жоғары екендігін көреміз. Мұнда ең айырмашылық көп витамин - ол С витамині, оның бие сүтінде мөлшері ең жоғары, одан кейін әйел сүтінде болса, есек сүтінде сиыр сүтіндегіден 4,75 есе көп. Яғни есек сүтіндегі С витаминінің мөлшері әйел сүтіндегі мөлшермен бірдей, ал басқа витаминдер мөлшері төмен.

Жақын жылдардан бері шетелдің тағам танушы ғалымдары мен медицина дәрігерлері көптеген зерттеулер мен клиникалық тәжірибелер жүргізу арқылы есек сүтінің иммунитетті реттеу, дұрыс өсу, кәрілікті кешеуілдету, теріні ажарландырып, денсаулықты сақтауда, сондай-ақ созылмалы кенірдек қабынуы, тыныс жолдарының қабынуы, өкпе, туберкулез, ауыз қуысы және асқазан жарасы, іш қату, туыттан кейін немесе ауыр наукастан айыққандарда болатын анемия қатарлы науқастарды емдеу жақтарында аса маңызды рол атқаратындығын дәлелдеді. Бұған балалар дәрігерлері де атсалысуда, олар есек сүтінің құрғақ зат мөлшерінің (май мөлшері) төмен, жалпы белок пен минералды заттар мөлшерінің төмендігі балалардың бүйрегіне ауыртпашылық түсудің алдын алып, бүйректің толық

жетілмеуінің алдын алуға болатындығын, сарысу белоктары, лактоза, селен және С витаминдерінің мөлшері басқа сүттерден жоғары екендігін дәлелдеді. Олар әйел сүті мен есек сүтінің құрамындағы негізгі тағамдық заттардың өзара қатынасындағы айырмашылықты қоспалар қосу арқылы толықтыруға болатындығын зерттеп, есек сүтінің балаларды тамақтандыруға арналған сүт және толыққұнды алмастырғыштары ретінде қолдануға болатын шикізат көзі саналатындығын дәлелдеп отыр.

#### ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Әлімжанова Л.В. Сүт өнімі / Л.В. Әлімжанова. – Астана.: 1998.
2. Покровский А.А. Тағам туралы толғау / А.А. Покровский. – Алматы.: Қайнар, 1990.
3. Федотов П.А. Зоотехника, коневодство / П.А. Федотов. - Агропромиздат, 1989.
4. Лу Доң Лин. Есек сүтінің химиялық құрамы және тағамдық құндылығы / Лу Доң Лин, Жаң Дан Фең // Шин Жаң сүт өнеркәсібі. – 2006. - №4. – Б. 19-23.
5. Есек сүтін пайдалану және болашағына зер салу / Ма Лоң [және т.б.] // Жоңго сүт өнеркәсібі. – 2005. - №6. – Б. 40-41.
6. Қозықан С. Сиыр уызының сарысу белоктарын сүт өнімдер өндірісінде қолдану / С. Қозықан // Изденістер, нәтижелер. – 2010. - №3 (047). – Б. 62-65.

УДК 616-006-084

**ҚАТЕРЛІ ІСІКТІҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ****И.Ю. АЛЕТОВА, Г.К. ИБРАЕВА, Л.А. МОРОЗОВА**  
Медициналық жедел жәрдем станциясы, Алматы қаласы**Резюме**

В статье описана профилактика опухолевых заболеваний.

**Тұжырым**

Мақалада қатерлі ісіктің алдын алу шаралары сипатталған.

**Summary**

This article describes preventive measures of cancerous sicknesses.

**Қатерлі ісік дегеніміз не?** Қатерлі ісік деп - ісіктің өсіп, жан-жағын қоршаған ұлпа ғана емес, қан тамырлары мен лимфа тамырлары арқылы басқа мүшелерге таралуын айтады (метастаз). Ісік ұлпа мен басқа мүшелерге таралғаннан кейін олардың қалыпты жағдайы мен қызметін бұзады. Өте тез өсу арқылы адамның тініне қажетті қорек заттарды өзіне алып, сол арқылы басқа мүшелерді зақымдайды, соның әсерінен адам ағзасы азады. Ісік өте жақсы тамырланады, бірақ тез өсуі оның тамырларын азсынады, сол себепті ісіктің жасушаларының бұзылу процесі басталады. Бұл адам ағзасының улануына әкеліп соғады - адам ағзасы түрлі улы затқа тола бастайды.

**Қатерлі ісік неге пайда болады?** Адам тініне сыртқы қоршаған ортадан түрлі зиянды заттар енеді (радиация, химиялық заттар, биологиялық агенттер). Сол арқылы жасушаларда генетикалық өзгерістер пайда болады. Жасушаның құрылысы - өзі жайлы, оның атқаратын қызметі жайлы мәліметтер сақтайды. Ал осы өзгерген жасушалар адам тініне жат болғандықтан олар иммундық жүйе арқылы жойылып отырады, сол арқылы адам тіні тазарады. Бірақ, өзгерген жасуша мен қалыпты жасушалардың сырттай айырмашылығы шамалы болуы себепті және иммундық жүйенің қызметінің бәсеңдеуі себепті олар адам тінінің өзін-өзі қорғау жүйесін алдауы мүмкін. Қатерлі ісік жасушаларының қалыпты жағдайдағы жасушалардан айырмашылығы олар өте тез өседі, сол себепті оларды қатаң бақылап отыру мүмкін емес.

**Канцерогенез дегеніміз не?** Канцерогенез деп қалыпты жағдайдағы жасушалардың қатерлі ісік жасушаларына айналу процесін айтады.

Нәтижесінде жасушалар мәңгі өлмейтін жасушаға айналып, тез өсіп өнеді, адам тәнінің өзін-өзі қатаң бағалау қасиетіне көнбейді. Қалыпты жағдайда жасушалардың бөлінуі гормондар арқылы, өсіп-өну факторлары арқылы өтеді.

Ғалым-дәрігерлер канцерогенездің бірнеше саты арқылы өтетіндігін анықтаған:

1. Мутация (жасуша өзгеруі);
2. Өзгерген жасушалардың өсіп өнуі;
3. Қатерлі ісіктің аса қатерлі жасушаларының іріктелінуі;
4. Қатерлі ісіктің түрлі түрлерінің пайда болуы;
5. Пайда болған жасушалардың басқа мүшелер мен ұлпаларға өтуі.

**Канцероген дегеніміз не?** Канцероген деп қалыпты жағдайдағы жасушаларды өзгерту процесін іске қосатын химиялық, физикалық және биологиялық факторларды айтады. Химиялық, физикалық, биологиялық канцерогендердің түрлері өте көп.

Олар физикалық, химиялық, тірі канцерогендер деп бөлінеді және олар былай жіктеледі (классификация):

1. Туа біткен генетикалық ақау;
2. Сырттан келген заттар;
3. Темекі, ішімдік;
4. Созылмалы қабыну;
5. Мамандыққа байланысты себептер;
6. Радиация;
7. Қоректі заттардың улануы (афлотоксин);
8. Ятрогенді факторлар - дәрі-дәрмек, рентген сәулесі т.б.

Адам тәнінде канцерогенез процесінің дамуына өте аз уақыттан ондаған жылдарға дейін уақыт қажет.

**Канцерогендерден құтылуға бола ма? Жок.** Кейбір канцерогендерден құтылудың амалы жоқ, бірақ та олардың адам тәніне әсерін азайтуға болады. Мысалы: темекі шегу-өкпе қатерлі ісігін туғызатын бірінші себеп. Темекті шекпейтіндер бұл қатерден аулақ деуге болады. Адам тәніне жау табиғи канцерогендер онсызда өте көп, не себепті адам өзін-өзі қосымша қатерге ұшыратуы керек.

**Қатерлі ісіктің тұқым қуалауы мүмкін бе?** Әбден мүмкін. Бірақ та осы мүмкіндікті адам тәні қолданбауы да мүмкін. Себебі, ол үшін адамның тәнінің және сыртқы қоршаған ортаның кері әсері тиюі қажет.

**Қатерлі ісікке айналатын аурулар бар ма? Бар.** Бұл аурулар қатерлі ісікке өтуі мүмкін. Ол үшін кері әсерін тигізетін себептер қажет.

**Қатерлі ісіктің алғашқы және екінші алдын алу шаралары дегеніміз не?** Алғашқы алдын-алу шаралары дегеніміз қатерлі ісікті болдырмаудың мүмкіншілігін туғызу. Мысалы: темекі шекпеу, дұрыс тамақтану, микроэлементтер қабылдау канцерогенез процесін тежеп, қатерлі ісікті болдырмауға ықпал ете алады. Екінші сатыдағы алдын-алу шаралары деп, адам тәніндегі өзгерістерді дер кезінде тауып, емдеу. Мысалы: емшек бездерінің ісігі. Ол үшін әрбір адам өзін-өзі тексеруі қажет, болмаса маммографиядан өтуі қажет. Жатыр мойнының ісігін табу үшін әйел адамдар цитологиялық тексеруден өтулері қажет.

**Алдын алу шараларының негізгі бағыттары осындай:**

1. Темекіден, насыбайдан, алкоголь ішімдіктерінен мүмкіндігінше бас тарту;
2. Дұрыс тамақтану;
3. Канцероген болып есептелінетін заттармен мүмкіндігінше аз қарым-қатынаста болу.

Күн сәулесін белгілі мерзімдерде қабылдау, белгілі канцерогендермен ұзақ қатынаста болмау. Қатерлі ісіктің пайда болу мүмкіншілігін азайтатын дұрыс тамақтану шаралары.

**Семірудің алдын-алу шаралары.** Тәжірибе жасау арқылы өте құнарлы тағамдар ісіктің жыл-

дам өсуіне себепкер екені анықталды. Кейбір ісіктердің пайда болуы мен көп каллория жұмсайтын жұмыстардың бір-біріне кері пропорционалды екені анықталды.

Аса майлы тағамдарды аз қолдану. Эпидемиологиялық тексерулер мен жануарларға тәжірибе жүргізу арқылы емшек бездерінің, тоқ ішек және қуықасты бездерінің қатерлі ісіктерінің пайда болуы мен аса майлы тағам қолданудың арасында тікелей қарым-қатынас бар екені анықталды. Күнделікті тамақтануда түрлі көкөністер мен жемістерді қолдану ісік пайда болуын азайтатындығы да тәжірибе арқылы анықталған. Көкөністер мен жемістер арқылы адам ағзасына қажетті дәрумендер, басқаша заттар қамтамасыз етіледі. Клетчаткаға бай тағамдарды қолдану тамақтың мезгілінде қорытылып сінуін жылдамдатады, сол себепті канцерогендер ішектің ішкі қабатында ұзақ тұра алмайды. Ондай тағамдарға көкөністер, жемістер және дақылдар жатады. Клетчаткаға бай тағам канцерогенді заттарды «орап алып» сыртқа мүмкіндігінше жылдам шығарады және де өттің қышқылдық құрамына әсерін тигізеді.

Алкогольді ішімдіктерді қолданбау. Алкогольді ішімдіктер ауыз қуысының, қызыл иектің, өңештің, бауыр мен емшек бездерінің қатерлі ісіктерінің пайда болуына әсерін тигізеді. Қақталған және сүрленген тағамдар мен құрамында нитриті бар тағамдарды қолдануды азайту. Сүрлеу, отқа қақтау және ыстау тағамда канцерогенді заттардың пайда болу мүмкіншілігін арттырады. Нитриттер мен ақуыздың асқазандағы қышқыл ортада аса қатерлі канцерогенді нитрозаминдердің пайда болуына себепкер екені де анықталды.

Сөйтіп, қатерлі ісіктердің алдын алу шаралары осы кеселдер жайлы хабардар болуды, дер кезінде медициналық тексеруден өтіп тұруды, енбек және демалыс, тамақтану тәртіптерін сақтауды, зиянды әдеттерден бас тартуды, салауатты өмір салтын ұстануды талап етеді.

УДК 616-071-053.2/.7:303

**АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЦЕЛЕВОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА  
ДЕТЕЙ ОТ 0 ДО 17 ЛЕТ ПО ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №4 ГОРОДА УРАЛЬСКА  
ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2009- 2011 гг.**

**К.Т. АЛДИЯРОВА**

Городская поликлиника №4, г. Уральск

**Резюме**

В статье дан анализ результатов целевого профилактического осмотра детей г. Уральска.

**Тұжырым**

Мәтінде Орал қаласындағы балалардың мақсаттық алдын алу байқауының талдау нәтижелері берілген.

**Summary**

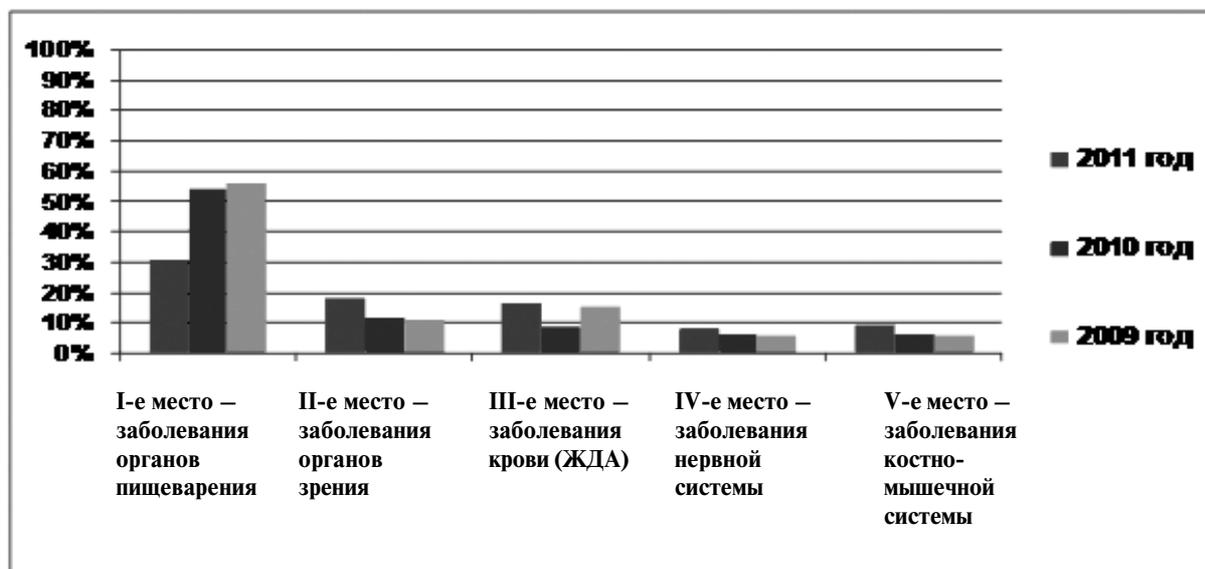
The article shows analysis of target preventive inspection's results among children in Uralsk city.

Согласно приказу МЗ РК по проведению ЦПО детского населения №219 от 05.04.2007, №685 от 10.11.2009, №215 от 16.03.2011 про-

дильсь осмотры детей от 0 до 17 лет включительно. Планы осмотров составлялись в конце отчетного года.

**Таблица 1. Планы осмотров за отчетные годы**

	2009 год	2010 год	2011 год
Подлежало ЦПО	13780	15074	8435
Осмотрено	13780-100%	15074-100%	8435-100%
Выявлено больных	6256-57,3%	6796-45,15	2518-29,9%
Оздоровлено	4265-68,2%	4507-66,5%	1812-71,9%
Из них состоят на «Д» -учете	2598-23,8%	3625-24%	1799-21,3%



**Рисунок 1. Структура выявленных заболеваний**

Таблица 2. Градация выявленных заболеваний

	2011 год	2010 год	2009 год
<b>I место - заболевания органов пищеварения</b>	<b>31%</b>	<b>54%</b>	<b>56%</b>
<b>II место - заболевания органов зрения</b>	<b>18%</b>	<b>11,50%</b>	<b>10,80%</b>
<b>III место - заболевания крови (ЖДА)</b>	<b>16,6%</b>	<b>8,40%</b>	<b>15,20%</b>
<b>IV место - заболевания нервной системы</b>	<b>7,90%</b>	<b>6,00%</b>	<b>5,70%</b>
<b>V место - заболевания костно-мышечной системы</b>	<b>9%</b>	<b>6,40%</b>	<b>5,40%</b>

Из числа осмотренных дети распределены по следующим группам здоровья:

- 1 группа здоровья – 15,7%;
- 2 группа здоровья – 63,4 %;
- 3 группа здоровья – 21,9 %;

При проведении анализа результатов ЦПО в 2009, 2010, 2011 гг. отмечается снижение количества больных детей с 57,3% до 29,9% за счет снижения заболеваемости органов пищеварения с 56% до 31% в 2011 году в основном за счет оздоровления детей с кариесом. Но отмечается рост заболеваний органов зрения с 10,8% до 18%, органов нервной системы с 5,7% до 7,9%, костно-мышечной системы с 5,4% до 9%.

Снижение уровня заболеваемости связано с оздоровлением детей в предыдущие годы по результатам ЦПО, в основном за счет санации зубов, лечения железодефицитных анемий. Лечение железодефицитных анемий проводилось на основании приказа МЗ РК №376 от 21.06.2007, №446 от 04.09.2009 «Об утверждении Перечней лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного и льготного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне препаратами железа, аскорбиновой и фолиевой кислотами».

Получили лечение с железодефицитной анемией за 2009 год 920 больных на сумму 1345627 тенге, сняты с выздоровлением 441 детей, за 2010 год получили лечение 913 детей, сняты с выздоровлением 285 больных, за 2011 год 898 больных, сняты с учета с выздоровлением-175 больных, всего выписано рецептов на общую сумму 1630751 тенге. Специалистами

поликлиники, участковыми врачами оздоровлены в среднем 70% детей.

Обследование и лечение детей проводились согласно протоколам диагностики и лечения болезней детского возраста в условиях поликлиники с использованием дневного стационара, в отделении реабилитационного лечения: физиокабинета, кабинета ЛФК, массажа.

Через отделение реабилитационного лечения за 11 месяцев 2011 года прошли 22% больных (в 2009 - 6,7% больных, в 2010 - 12% больных). Ежегодно получают реабилитационное лечение в дневном стационаре от 10% до 28% больных, в дневных стационарах больниц - 3,8% больных.

В стоматологических кабинетах городской поликлиники №4, детских дошкольных учреждениях и школах проведена санация полости рта 67% детей.

#### **Выводы:**

1. Осмотрены 100% детей подлежащих ЦПО.
2. Снизился процент выявленных больных с 56% до 31% за счет снижения заболеваний органов пищеварения, в том числе кариеса.
3. Проводится оздоровление больных в 70%, в условиях поликлиники и дневного стационара, многопрофильной детской больницы.
4. Лечение железодефицитной анемии проводилось на основании приказа МЗ РК №376 от 21.06.2007, №446 от 04.09.2009 «Об утверждении Перечней лекарственных средств и изделий медицинского назначения для бесплатного и льготного обеспечения населения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне» препаратами железа, аскорбиновой и фолиевой кислотами. Охвачены 100% больных выявленных на ЦПО.

Таблица 3. Оздоровление детей с хирургической патологией выявленных на ЦПО

	2009 год	2010 год	2011 год
<b>Грыжа</b>	<b>14</b>	<b>17</b>	<b>5</b>
<b>Варикоцеле</b>	<b>2</b>	<b>35</b>	<b>1</b>
<b>Крипторхизм</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>-</b>
<b>Водянка яичка</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>-</b>

УДК 618.39

**БЕРЕМЕННОСТЬ И УГРОЗА****З.С. САЙЛАУ**

ГКП «Алматинская многопрофильная клиническая больница», г. Алматы

**Резюме**

В статье рассказывается о беременности, и какие трудности могут ожидать будущую мать перед родами.

**Тұжырым**

Мәтінде жүктіліктің қауіптілігі және нәрестені дүниеге әкелу болашақ ананың қиындықтары туралы айтылады.

**Summary**

The article shows information about pregnancy, and what kind of complications might be expected before childbirth.

Ожидание малыша — один из наиболее важных периодов в жизни любой женщины. Как бы это ни было печально, бешеный темп жизни, большое количество различных факторов, показывают, что диагноз «угроза выкидыша» является на сегодня одной из наиболее актуальных проблем. Именно для того, чтобы суметь правильно подготовиться и не допустить возможных осложнений, каждой женщине необходимо как можно больше знать о возможной потере беременности и причинах, способных спровоцировать выкидыш, а также о возможных методах сохранения беременности. Угроза выкидыша подразумевает под собой высокий риск самопроизвольного аборта. Выкидышем или самопроизвольным абортом, по сути, является прерывание беременности без постороннего вмешательства. В большинстве случаев выкидыш происходит в первые 20 недель после оплодотворения. Как показывает статистика, наиболее часто выкидыш случается на сроке в 12 или 13 недель. Не последнюю роль в невынашивании женщиной беременности играют различные дефекты матки. К примеру, если матка имеет не грушевидную, а седловидную или двурогую форму. Иногда случается, что во время беременности у женщины остается открытой шейка матки, что также приводит к выкидышу. В некоторых случаях для сохранения беременности и приходится ее временно зашивать. Еще одним из наиболее частых дефектов матки встречается сращение ее внутренних стенок. Такие последствия возможны после абортотворения или воспалений. Угроза выкидыша и ее причины зачастую кроются в недостатке гормонов, поддерживающих беременность. Также причиной прерывания беременности могут стать различные инфекции и болезни ППП (хламидиоз, сифилис и пр.).

Инфекция способна спровоцировать преждевременное сокращение матки, и даже проникнув через плацентарный барьер, вызвать преждевременное сокращение матки, что в свою очередь грозит разрушением плода. Одной из наиболее загадочных причин, при которых возникает угроза выкидыша — это генные или хромосомные аномалии половых клеток одного или обоих родителей, либо несовместимость их генетического материала. Любая беременная женщина должна знать признаки угрозы выкидыша, чтобы обратиться за квалифицированной медицинской помощью. Случаи травм, падений и ушибов подробно рассматривать не стоит, потому что спрогнозировать их, а соответственно и предотвратить, невозможно.

Угрожающий выкидыш можно заподозрить в том случае, когда беременная женщина начинает жаловаться на несильные, но постоянные боли в нижней части живота, боли протекают без кровянистых выделений. При первых же появлениях подобных симптомов беременная женщина должна сохранять строгий постельный режим, полностью должна быть исключена половая жизнь.

Начинающийся выкидыш характеризуется наличием схваткообразных, тянущих болей, кроме того появляются кровянистые выделения. Причиной кровянистых выделений является начало отслойки плодного яйца от стенки матки. Само собой разумеется, что в таком случае необходима экстренная госпитализация беременной женщины в стационар. На этой стадии выкидыша в некоторых случаях беременность возможно спасти.

Выкидыш в ходу, либо, как его ещё называют, неполный выкидыш. В результате продолже-

ния отслойки плаценты усиливаются кровотечения, потом появляются сгустки крови. Это говорит о том, что часть плодного яйца уже покинула матку. В большинстве случаев женщине необходимо проводить чистку полости матки, во избежание осложнений. Четвёртая, конечная стадия выкидыша, самостоятельно наступает в 1 случае из 3. Плодное яйцо самостоятельно покидает полость матки, матка сокращается, кровотечение прекращается. Однако в данном случае обращение к врачу обязательно. В полости матки могут оставаться маленькие элементы плаценты, что может привести к возникновению воспаления слизистой оболочки матки – эндометриту.

Угроза невынашивания беременности – это одна из основных причин, когда женщине приходится «лечь на сохранение», или, говоря медицинским языком, госпитализироваться. Обычно выкидыш происходит в первые 12 недель, когда женщина еще может не знать, что беременна. После 25-й недели беременности речь может идти уже не о выкидыше, а о преждевременных родах. И, если малыш в силу определенных причин появляется на свет раньше положенного срока, то он при соответствующем уходе в специальном отделении роддома, имеет все шансы на выживание, даже если весит около 900 гр.

Гормональные нарушения у беременной. Чаще всего они проявляются изменением менструального цикла, избыточным ростом волос на лице и теле, нарушением обмена веществ. Но некоторые гормональные заболевания имеют неявное, невыраженное течение и проявляют себя только при особых обстоятельствах и нагрузках. Такой нагрузкой как раз и является беременность. поэто-

му так важно в процессе планирования беременности провести исследование гормонального фона, выявить скрытые формы нарушений и провести коррекцию.

Как распознать опасность? В основном, это всегда особые выделения из влагалища. Они могут быть коричневатыми и мажущими, или явно красными и более обильными. Боли внизу живота (причём, болей может и не быть, только выделения). При любых подозрениях на подобные отклонения женщина должна тут же обратиться врачу, и без промедлений. Приведу пример: у моей пациентки была угроза прерывания на сроке 6 недель, она еще не знала, что беременна. В предыдущий день надумала сделать перемену интерьера и принесла тяжелую стойку для цветов из магазина (сделала огромную глупость). Она думала, что приходят месячные, были коричневатые выделения, и никаких намеков на боль. Она обратилась ко мне в тот же день. Оказалась, что пациентка действительно беременна, и тут же ее поместили в стационар. Делали уколы, пила таблетки, порошки. Она покорно все принимала и выполняла указания, так как она очень хотела малыша, и сохранила его!

Лечение угрозы прерывания беременности обязательно должно проходить в стационаре. Как правило, оно заключается в соблюдении постельного режима. Врачом назначаются препараты, снижающие сократительную активность матки. Если все же такое несчастье произошло с вами, то не стоит планировать следующую беременность ранее, чем через год. Также важно определить причины случившегося, чтобы провести необходимое лечение. Всем будущим мамам желаем крепкого здоровья и беременности без осложнений!

УДК 616.831-005-053.3-035:615.21

## ПРИМЕНЕНИЕ ТАНАКАНА В ЛЕЧЕНИИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

С.С. ЕЛГОНОВА

Медицинский центр «Медикер», г. Алматы

### Резюме

В статье приведены показатели лечения детей первого года жизни с органическими поражениями ЦНС с включением в терапию Танакана (компании «Бофур Ипсен»), прием которого улучшил показатели моторного развития, цереброваскулярные и ликвородинамические показатели, повысил эффективность проводимой ранней реабилитации.

### Тұжырым

Мәтінде балалардың өмірінің алғашқы жылында Танакан терапиясы («Бофур Ипсен» серіктестіктер) қосындысымен орталық жүйке жүйесінің органикалық зақымдануының емделу көрсеткіштері келтірілген, оның қозғалыс дамуы, цереброваскуляр және ликвородинамиялық көрсеткіштерді жақсартты, ерте өткізілетін оңалтудың тиімділігін жоғарылатты.

### Summary

In article are published indicators of treatment of the CNS organic disorders with application Tanakan (company "Bofur Ipsen"). Application of Tanakan improved indicators of motor function and cerebrovascular liquorodynamic indicators, increased efficiency carried out by early rehabilitation.

В настоящее время перинатальные гипоксические поражения ЦНС у новорожденных и их последствия представляют собой важную медико-социальную проблему, так как в дальнейшем они могут привести к разнообразным по проявлению и степени тяжести неврологическим нарушениям: от легкой задержки психомоторного развития до выраженных отклонений, церебрального паралича, приводящих ребенка к инвалидности.

Среди причин поражений головного мозга, приводящих к развитию неврологических осложнений, инвалидности или летальному исходу, основное место занимает цереброваскулярная патология. Нарушения мозгового кровообращения выявляются при компьютерной томографии и нейросонографии у доношенных и недоношенных новорожденных. Использование современных нейровизуализирующих методов исследования делает возможной прижизненную диагностику у новорожденных нарушений мозгового кровообращения геморрагического или ишемического характера, в том числе гипоксически-ишемических энцефалопатий.

Патогенез нарушений мозгового кровообращения у новорожденных в значительной мере отличается от такового у взрослых. Кровоизлияния обусловлены нарушением венозного кровообращения. По локализации они разделяются на субдуральные, субарахноидальные, пери- и интравен-

трикулярные и паренхиматозные (кортикальные и мозжечковые).

Ишемии чаще всего связаны с расстройством артериального кровообращения. В зависимости от локализации очага выделяют кортикальный некроз, перивентрикулярные лейкомаляции, статус мarmoratus подкорковых узлов, инфаркты зон коллатерального кровообращения, инфаркты верхнесрединных поверхностей полушарий. Геморрагические инфаркты, как правило, локализуются в белом веществе головного мозга.

В патогенезе циркуляторной гипоксии в раннем постнатальном периоде, особенно у преждевременно родившихся детей, ведущим фактором является нарушение динамического контроля мозгового кровообращения. При колебаниях уровня систолического давления интенсивность мозгового кровотока не остается стабильной, что приводит к разрыву незрелой сосудистой стенки или развитию артериальной гиперперфузии мозга на фоне системной гипотензии.

Вероятность нарушений мозгового кровообращения резко возрастает у детей с аномалиями развития сосудистой системы мозга. Кровоизлияния и размягчения нервной ткани в зоне ишемического очага сопровождаются гипергидратацией нервной ткани, что создает дополнительные затруднения кровотоку.

Вот почему так важна проблема раннего своевременного эффективного лечения и реабили-

тации детей с перинатальным поражением ЦНС. Не следует упускать время, необходимо в полной мере воспользоваться высокой нейропластичностью развивающегося мозга и активно способствовать восстановлению поврежденных структур и функций ЦНС.

Действие применяемых при лечении гипоксически-ишемических энцефалопатий препаратов направлено на усиление мозгового кровотока и увеличение метаболизма нервной клетки. Вместе с тем в детском возрасте крайне нежелательна полипрагмазия, поскольку каждый из назначаемых препаратов нередко вызывает побочные эффекты, а кроме того, трудно прогнозировать взаимодействие применяемых препаратов в детском организме. Поэтому наиболее перспективным представляется использование комплексных лекарственных средств.

Широкий спектр действия препарата танакана обеспечивает влияние практически на все звенья патогенеза церебральной сосудистой недостаточности, и прежде всего гипоксически-ишемического. Он улучшает кровоснабжение ишемизированных участков мозговой ткани, влияя на артерии, капилляры и вены. На уровне артерий, с одной стороны, восстанавливается пристеночный тонус мелких артерий, благодаря чему поддерживается адекватное перфузионное давление, в другой - происходит релаксация спазмированных сосудов.

Танакан увеличивает резистентность стенок капилляров и снижает их повышенную проницаемость независимо от проникающих веществ и защищает ткани от отека. На уровне вен танакан повышает их тонус и восстанавливает возвратный отток крови. Таким образом, препарат не только улучшает кровоснабжение ишемизированных участков головного мозга, но и оказывает выраженное противоотечное действие.

Учитывая рост числа детей с перинатальной патологией, рождение недоношенных детей с малым весом, незрелых детей, увеличение числа врожденных аномалий развития головного мозга, проводилась комплексная реабилитация детей в возрасте до 1 года.

До назначения танакана и после завершения курса лечения проводили клиническое неврологическое исследование, нейросонографию и ультразвуковую доплерографию интракраниальных артерий.

Проведено клиническое исследование эффективности танакана у 134 детей от 1 месяца до 1

года жизни с гипоксически-ишемической энцефалопатией. Девочек было 65, мальчиков - 69. Недоношенных было 16, из них девочек - 7, мальчиков - 9. Критериями исключения из группы наблюдения являлись наличие судорожного синдрома в анамнезе, грубого церебрального органического дефекта, тяжелых сопутствующих заболеваний, острых инфекционных заболеваний на момент обследования. Танакан давали внутрь по 0,25 мл стандартизированного раствора 1-2 раза в день (утром и в обед) в течение 1-2 месяцев. В этот период другие вазоактивные, ноотропные и антиагрегантные препараты не использовали. Всем детям проводили массаж мышц туловища и конечностей, физиолечение.

В клинической картине гипоксически-ишемической энцефалопатии у 45 больных доминировал синдром пирамидной недостаточности, причем в половине случаев он сочетался с небольшой задержкой психомоторного развития. У 32 детей имелся синдром мышечной гипотонии. У 51 ребенка преобладали гипертензионно-гидроцефальные проявления. Синдром мышечной дистонии отмечался у 28 детей. В 49 случаях отмечались вегетативные дисфункции в виде мраморности кожных покровов, акроцианоза, похолодание дистальных отделов конечностей. У 20 детей было нарушение сна.

При доплерографии у больных выявлялось статистически достоверное увеличение по сравнению с контролем индекса резистентности, что указывало на повышение периферического сосудистого сопротивления. Статистически достоверное уменьшение трансистолического времени указывало на повышение у больных внутричерепного давления. Нейросонографическое исследование выявило из 51 больного у 17 больных вентрикуломегалию с расширением 3 желудочков и боковых желудочков, у 13 детей кисты сосудистых сплетений 1-2 степени, у 12 субэпидемальные кисты 1-2 степени, у 9 ПВК 1 степени.

После лечения танаканом у всех больных произошло выраженное или умеренно выраженное улучшение состояния. У пациентов с признаками пирамидной недостаточности отмечалось снижение мышечного тонуса, улучшение рефлекторной сферы, появление новых двигательных навыков, оживление психических реакций.

На фоне лечения танаканом значительно уменьшилась выраженность синдрома мышечной гипотонии: тонус в руках в большинстве случаев повысился до нормы, в ногах сохранялась лег-

кая гипотония. Значительное улучшение отмечалось в психической сфере. У 22 из 28 детей с синдромом мышечной дистонии тонус практически нормализовался, исчез патологический асимметричный тонический рефлекс, появились установочные выпрямительные рефлексы, оживились психические реакции. Уменьшилась выраженность не только церебральных, но и спинальных симптомов.

У детей с гипертензионно-гидроцефальным синдромом, с положительной динамикой по данным нейросонографии, уменьшились беспокойство и частота срыгиваний, повысилась эмоциональная активность, нормализовался сон.

У всех больных значительно уменьшились вегетативно-висцеральные и вегето-сосудистые нарушения. Кожные покровы приобрели розовый цвет без выраженного «мраморного» рисунка, конечности стали теплые на ощупь (таблица 1).

По результатам доплерографического исследования, после лечения у больных улучшилась церебральная гемодинамика. Так, существенно увеличилось кровенаполнение мозга, о чем свидетельствовало статистически достоверное уменьшение пульсового индекса.

Согласно данным нейросонографии, после лечения танаканом у 17 пациентов с вентрикуломегалией уменьшились размеры III и боковых желудочков, а у 6 детей с гидроцефалией размеры желудочков мозга не изменились. Рассосались кисты различной локализации (таблица 2).

Из побочных эффектов отмечалась аллергическая реакция в виде высыпаний на коже 7 детей. Симптомы нервно рефлекторной возбудимости у 4 детей, которые с уменьшением дозировки купировались.

Таким образом, результаты проводимого лечения, свидетельствуют об эффективности танакана при гипоксически-ишемической энцефалопатии у детей раннего возраста. Повышая уровень мозгового кровотока и снижая внутричерепное давление, танакан оказывал положительное воздействие на двигательные функции и психоэмоциональную сферу, способствовал значительному уменьшению выраженности вегетативно-висцеральных и вегето-сосудистых нарушений. Комплексность действия препарата, а также отсутствие выраженных побочных эффектов позволяют рекомендовать его для широкого применения у детей с перинатальными повреждениями ЦНС гипоксически-ишемического генеза.

Таблица 1. Синдромы до и после лечения

Синдромы	Доношенные 118		Недоношенные 16	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Синдром пирамидной недостаточности	35	7	10	3
Синдром мышечной гипотонии	22	5	4	1
Синдром мышечной дистонии	26	6	2	-
Гидроцефально гипертензионный синдром	41	20	10	5
Синдром вегето-висцеральной дисфункции	38	5	11	2
Синдром нарушения сна	18	4	2	-

Таблица 2. Размеры кист различной локализации

	До лечения	После лечения
вентрикуломегалия	17	6
ВЖК 1-2ст	13	4
СЭК 1-2ст	12	5
ПВК 1-2ст	9	1

УДК 618.14-065.8-007.274:616-072.1

## ГИСТЕРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНЫХ СИНЕХИЙ

**Г.З. ВОЛЬНОВА**

Городская многопрофильная больница, АО «Талап», г. Уральск

### Резюме

В статье дана информация о гистероскопической диагностике и лечении внутриматочных синехий.

### Тұжырым

Мәтінде гистероскопиялық диагностикаға және кұрсақтағы жабыспалардын емделуі туралы мәлімет берілген.

### Summary

The article gives information about hysteroscopic diagnosis and treatment of intrauterine synechiae.

Синдром Ашермана, характеризующийся образованием внутриматочных синехий, является одним из видов внутриматочных патологий, требующей хирургической коррекции. Эндоскопическое лечение синдрома Ашермана относится к наиболее сложным эндхирургическим вмешательствам. У всех больных клиническая картина характеризовалась нарушением овариально-менструального цикла: гипоменструальным синдромом или аменореей и вторичным бесплодием.

**Цель исследования.** Проведение гистероскопии с целью лечения внутриматочных синехий и их последствий.

**Материалы исследования.** За 2010-2011 гг. в нашей клинике проведено 170 диагностических и оперативных гистероскопий. Внутриматочные синехии в полости матки при диагностических гистероскопиях, проведённых по поводу бесплодия и нарушения овариально-менструального цикла, обнаружены у 32 пациенток. Также отмечено сочетание внутриматочных синехий с другими видами внутриматочной патологии: полипами эндометрия, подслизистой миомой матки, аденомиозом. Внутриматочные синехии были выявлены у пациенток в возрасте от 25 до 45 лет в виде тяжёлой различной толщины (до 5 мм) и протяжённости (до 2 см), их можно было охарактеризовать, как бессосудистые образования, у некоторых женщин синехии были представлены множественными плотными сращениями. Гистероскопия проводилась гистерорезектоскопом фирмы «Olimpus». На дооперационном этапе обследования всем больным проводилось общеклиническое обследование, гистеросальпингография, УЗИ трансвагинально. Гистерорезек-

тоскопическое разделение сращений производили в условиях постоянно-проточной жидкостной гистероскопии с использованием 5% раствора глюкозы. Для рассечения синехий использовался игольчатый электрод с подачей тока в режиме «резания» мощностью 50-70 Вт. Ткани рассекали неглубокими (2-3 мм) пассажами электрода в направлении от себя. Оперативное вмешательство осуществлялось в I фазу цикла под внутривенным наркозом. Во всех случаях, после операции разделения синехий, мы сразу вводили ВМК (петлю Липса). В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (орципол по 1 тб через 12 часов, цефамед по 1 гр. Через 12 часов, 7-10 дней флузамед 150 мг однократно), ультразвук с гидрокортизоном или лидазой на низ живота до 10 процедур. В дальнейшем всем больным проводилась циклическая гормонотерапия в течение 2-х месяцев, препаратом фемостон 2/10, через 2 месяца проводилась контрольная гистероскопия, удаление ВМК, после чего в течение ещё одного месяца продолжалась циклическая гормональная терапия фемостон 2/10. У всех пациенток после разделения синехий отмечена нормализация менструальной функции в течение первого полугодия во всех случаях, у 7 пациенток в течение первого полугодия наступала беременность.

**Заключение и выводы.** Таким образом, электрохирургический синехиолизис является эффективным методом лечения синдрома Ашермана. Прогноз по стойкой нормализации менструальной и генеративной функции определяется изначальной сохранностью и способностью эндометрия к регенерации.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Адамян Л.В. Гистероскопия в диагностике и лечении патологии полости матки / Л.В. Адамян, Г.Е. Белоглазова // М.: Медицина. - 1997. - С. 63-70.

2. Савельева Г.М. Гистероскопия / Г.М.Савельева, В.Г. Бреусенко, Л.М. Каппушева // М.: ГЭОТАР Медицина. - 1999. - 176 с.

3. Савельева Г.М. Значение гистероскопии для диагностики и лечения внутриматочных патологий у женщин в период постменопаузы / Г.М. Савельева // М.: - 129 с.

4. Прилепская В.Н. Гинекология / В.Н. Прилепская / - Москва, 2000. с. 145-146.

5. Стрижаков А.Н. Гистерорезектоскопия / А.Н. Стрижаков, А.И. Давыдов // Москва, 1997. - С. 150 -161.

УДК 618.177:618.16-002-035

## **ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БЕСПЛОДИЯ У ЖЕНЩИН С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ГЕНИТАЛИЙ**

**Г.З. ВОЛЬНОВА**

Городская многопрофильная больница, АО «Талап», г. Уральск

### **Резюме**

В статье описаны принципы лечения бесплодия у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий.

### **Тұжырым**

Мәтінде әйелдердегі жыныстық мүшелердің ісіп қызару ауруларына байланысты бедеулікті емделудің қағидалары сипатталған.

### **Summary**

The paper contains principles for infertility treatment among women with inflammatory diseases of genitals.

Разработка эффективных методов лечения бесплодия в браке занимает одно из ведущих мест в гинекологии. Это обусловлено с одной стороны, высокой частотой бесплодного брака, с другой - необычайным разнообразием факторов бесплодия. Вопросы терапии больных с бесплодием воспалительного генеза в настоящее время остаются дискуссионными и требуют своего адекватного решения.

Цель исследования - совершенствование тактики ведения больных с бесплодием воспалительного генеза с учетом использования современных медицинских технологий.

В нашей клинике за 2009-2010гг. проведено лечение 93 пациенток с бесплодием воспалительного генеза. При выявлении возбудителей ИППП (хламидии, микоплазмы, уреаплазмы) у обследуемых женщин проводилась санация урогенитального тракта совместно с половыми партнерами. Санация включала общее и местное лечение. Общее лечение включало назначение антибактериальных препаратов (тетрациклины, макролиды и фторхинолоны), антимикотиков, эубиотиков, индукторов интерферона, препаратов, улучшаю-

щих функцию печени и желудка. В качестве местного лечения применяли ванночки с раствором хлоргексидина. Контроль эффективности проведенной терапии проводили через 2 недели методом ИФА сыворотки крови на наличие титров антител к хламидиям и через 1,5-2 месяца исследование соскобов из цервикального канала и уретры методом ПЦР. Результаты ИФА сравнивали до и после лечения. Снижение или исчезновение титров антител к IgM считали благоприятным прогностическим признаком.

Противовирусная терапия целесообразна у женщин при активном течении ВПГ и (или) ЦМВИ при обязательном проведении иммунокорректирующей терапии (индукторы интерферона, иммуноглобулины, иммуномодуляторы: виферон, циклоферон, ридостин, ликопид). Цель противовирусной терапии - перевести активное течение инфекционного процесса в латентную стадию.

После оценки эффективности санации половых партнеров проводилась диагностическая лапароскопия и гистероскопия с целью уточнения состояния полости матки, маточных труб, яичников, матки, наличия и выраженности спаеч-

ного процесса органов малого таза. При лапароскопии оценивалась перспектива восстановления репродуктивной функции женщины. При предварительно выявленной ановуляции проводилась коррекция эндокринных нарушений.

При отрицательном результате (непроходимости маточных труб в интерстициальном отделе рекомендовали проведение повторной лапароскопии для уточнения состояния маточных труб. При совпадении результатов (окклюзии интерстициальных отделов маточных труб) рекомендовали экстракорпоральное оплодотворение. При восстановлении проходимости маточных труб в интерстициальном отделе после отмены оральных контрацептивов проводили УЗ-биометрию фолликулов с целью определения овуляции. Пациенткам рекомендовалась активная половая жизнь, особенно в дни предполагаемой овуляции. При задержке менструации на 2-3 дня проводилось определение хорионического гонадотропина в сыворотке крови или мочи. Через две недели задержки менструации — УЗИ органов малого таза с целью определения плодного яйца в полости матки. При установлении маточной беременности пациентка госпитализирована в специализированный стационар для превентивной сохраняющей терапии. Сохраняющая терапия включала назначение седативных, спазмолитических препаратов, витаминов. При низкой базальной температуре применяли гестагены, как правило, дюфастон по 5-10 мг в сутки. При появлении мажущих кровянистых выделений назначали малые дозы эстрогенов до прекращения кровянистых выделений. Контроль УЗИ за развитием плодного яйца осуществляли через 10-14 дней. При прогрессировании беременности и отсутствии клинических симптомов прерывания беременности пациентка выписывалась. Последующие госпитализации осуществлялись в критические сроки, и по показаниям. Сохраняющая терапия включала комплекс общепринятых лекарственных препаратов в зависимости от причины угрозы прерывания беременности.

При окклюзии ампулярных отделов маточных труб и наличии спаечного процесса органов малого таза, подтвержденного лапароскопически, проводилась хирургическая коррекция выявленных нарушений и фонофорез операционной зоны с гидрокортизоном или лидазой. В течение 3-4 менструальных циклов, на фоне применения низкодозированных КОК, осуществляли комплекс реабилитационных мероприятий, включающих применение физиотерапевтических процедур и

эфферентных методов. Через 3-4 месяца проводили контроль состояния маточных труб с помощью эхогистеросальпингоскопии. При проходимых маточных трубах отменяли прием оральных контрацептивов, назначали УЗ-биометрию фолликулов с целью контроля овуляции. Далее тактика ведения больных определялась по указанной выше схеме. При окклюзии маточных труб, выявленной по эхогистеросальпингоскопии, проводили повторную лапароскопию. При совпадении результатов (реокклюзии маточных труб) пациентке рекомендовали экстракорпоральное оплодотворение. При проходимых трубах и минимальных спайках проводили сальпинголизис, фонофорез раствором гидрокортизона операционной зоны. В период реабилитации (3-4 месяца) применяли ванны, влажные орошения, грязелечение. При отсутствии эффекта от проводимой терапии пациенткам рекомендовали экстракорпоральное оплодотворение.

Разработанная система лечебных мероприятий с применением современных медицинских технологий (лапароскопия, гистероскопия), позволила восстановить репродуктивную функцию у 11 (12%) больных. С учетом эффективности предлагаемых методов лечения бесплодия у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий ожидание беременности не должно затягиваться более чем на 6-12 месяцев.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Адамян Л.В. Хирургическое лечение гнойных воспалительных заболеваний придатков матки / Л.В. Адамян, С.И. Киселев, Е.Л. Яроцкая, Э.Р. Ткаченко // Эндоскопия в диагностике, лечении и мониторинге женских болезней. - 2000. - С. 170-194.
2. Адамян Л.В. Современные подходы к хирургическому лечению гнойно-воспалительных образований органов малого таза / Л.В. Адамян, А.В. Козаченко // Эндоскопия в гинекологии. 1999. - С. 418-424.
3. Кулаков В.И. Послеоперационные спайки / В.И. Кулаков, Л.В. Адамян, О.А. Мынбаев. - М.: Медицина, 1998. - 527 с.
4. Кулаков В.И. Инфекционная патология репродуктивной системы женщины / В.И. Кулаков, Е.М. Вихляева // Акуш. гинекол. - 1995. - №4. - С. 3-6.
5. Савельева Г.М. Новые подходы к диагностике и лечению воспалительных заболеваний придатков матки / Г.М. Савельева, Л.М. Антонова, А.А. Евсеева и др. // Вестник РАМН. - 1997. - №2. - С. 12-16.
6. Савельева Г.М. Профилактика спаечного процесса после хирургического вмешательства у гинекологических больных / Г.М. Савельева, Л.Н. Ногинская, В.Г. Бреусенко, С.В. Штыров // Акуш. и гинекол. - 1995. - №2. - С. 36-39.

УДК 613.99:618.2-084

**ЗДОРОВАЯ МАМА – ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ – КРЕПКАЯ СЕМЬЯ****Р.А. КАРИБАЕВА**

Перинатальный центр, г. Кызылорда

**Резюме**

Здоровая мать, здоровый ребенок в желаемое время, и крепкая семья – это залог развития процветающего общества.

**Тұжырым**

Дені сау ана, өзің қалаған уақытта дені сау баланы дүниеге әкелу және берік отбасы – бұл өскелең қоғамның дамуының кепілі.

**Summary**

Healthy mother, healthy child on desired time and a strong family - is a key to development of a prosperous society.

Состояние здоровья матери и ребенка является одним из показателей благосостояния общества. Репродуктивное здоровье женщины подразумевает собой состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а все вместе – отсутствие болезней и недугов.

Вследствие этого, охрана репродуктивного здоровья женщины, как основного звена в увеличении народонаселения республики является одной из центральных проблем в политике государства. В республике 2/3 населения составляют дети до 18 лет и женщины детородного возраста. В период социально-экономических проблем преобразований последних лет в области наблюдается снижение рождаемости и естественного прироста населения.

Неблагоприятная экологическая обстановка способствует снижению индекса здоровья женщин детородного возраста, росту социально-значимых болезней: туберкулеза, онкозаболеваний, анемий, инфекционных болезней. Остается высоким показатель рождения детей с низкой массой тела, ослабленных и подверженных различным заболеваниям.

В этой связи – охрана репродуктивного здоровья женщин, как основа безопасного материнства имеет приоритетное значение. Национальная политика охраны репродуктивного здоровья направлена на создание условий, обеспечивающих охрану и улучшение репродуктивного здоровья населения Казахстана, что соответствует долгосрочной Стратегии развития «Казахстан 2030». Соответственно этому в области принята региональная программа «Стратегия развития здоровья народа до 2030 года», где одними из приоритетных направлений выделены «Безопасное материнство» и «Планирование семьи».

В Конституции Республики Казахстан провозглашено: «Семья, материнство, отцовство и детство находятся под защитой общества и государства. Семья несет ответственность за воспитание и защиту детей. В обеспечении благосостояния детей – женщины играют ключевую роль. Поэтому проблема социальной, экономической и медицинской защищенности женщины является чрезвычайно актуальной».

Общеизвестно, что здоровый ребенок может родиться только от здоровой матери. Подготовка к материнству начинается задолго до наступления беременности. В идеале она должна начинаться еще с детства и непрерывно продолжаться в виде подготовки к беременности, родам, а самое главное - к материнству.

Беременность является важнейшим периодом в жизни женщины, приносящим ей радость и надежду на будущее. Одним из основных этапов безопасного материнства является своевременное наблюдение и обследование беременных женщин у врачей женских консультаций.

Профилактическая работа женских консультаций направлена, в первую очередь, на выявление групп риска беременных, у которых возможны акушерские осложнения и обострения различных заболеваний внутренних органов во время беременности. Поэтому своевременное выявление и лечение различных патологий, заблаговременная госпитализация беременных и их дородовая подготовка является существенным моментом в благоприятном исходе родов. Эти примеры помогут рождению здорового и желанного ребенка.

В параметры здорового образа жизни входят: рациональное питание, занятие физкультурой и спортом, отсутствие вредных привычек, про-

фессиональных вредностей, эмоциональных и физических перегрузок, инфекций, серьезных наследственных и соматических заболеваний, а также наличие благоприятной экологической среды.

Интервал между родами менее 2-х лет оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности, родов, здоровье новорожденного и матери. Возраст женщины при первой или последней беременности, интервалы между родами, общее количество беременностей в течение жизни, социально-культурные, экономические условия женщины, а главное наличие различных заболеваний, осложняющих течение беременности и родов – это факторы, которые обуславливают угрозу жизни, как плоду, так и матери.

Большим риском для репродуктивного здоровья женщины является наступление нежелатель-

ной беременности. Одним из распространенных методов регуляции рождаемости является аборт, который наносит непоправимый вред здоровью женщины. Перенесшие аборт женщины приобретают хронические заболевания, приводящие к бесплодию, инвалидизации.

В настоящее время существует широкая сеть службы планирования семьи, которая предусматривает наступление беременности в наиболее оптимальные и удобные периоды жизни женщины. Планирование семьи является рациональным определением репродуктивного поведения, дающим возможность супружеским парам с чувством ответственности решать вопрос о количестве и времени рождения своих детей, и дать им возможность использовать весь диапазон безопасных и эффективных методов контрацепции.

УДК 618.2-084:615.35

## В НОВЫЙ ВЕК – СО ЗДОРОВЫМ ПОТОМСТВОМ

Г. ЖУМАШЕВА

Городской родильный дом, г. Кызылорда

### Резюме

В данной статье описаны основные принципы полноценного питания беременной женщины и важность их соблюдения.

### Тұжырым

Мәтінде жүкті әйелдің құнды тамақтанудың негізгі қағидалары және олардың маңыздылығы сипатталған.

### Summary

This article describes basic principles of nutrition of the pregnant women and importance of its compliance.

Охрана здоровья женщины является центральной проблемой политики государства. Здоровое начало жизни – это основа сохранения нации, прочности фундамента государства.

Наступил новый век, в котором будет жить наше молодое поколение. В Конституции Республики Казахстан провозглашено: «Семья, материнство, отцовство и детство находятся под защитой общества и государства. Семья несет ответственность за воспитание и защиту детей».

Общеизвестно, что здоровый ребенок может родиться только от здоровой матери. Подготовка к материнству должна начинаться с раннего возраста, задолго до наступления беременности. Девочка - это будущая мать, поэтому с детства у нее должно воспитываться и формироваться со-

знание ответственности за свое здоровье. Такие принципы должны прививаться в каждой семье материю.

Беременность является важнейшим периодом в жизни женщины, приносящим ей радость, и надежду на будущее. Подготовка к беременности очень важна. Организм будущей мамы должен быть максимально подготовлен к зачатию, вынашиванию ребенка и родам. Главное условие для вынашивания беременности: беременность должна быть запланированной, а ребенок – желанным. Это решение принимается совместно, обоими супругами. Поэтому ведение здорового образа жизни (занятие физкультурой и спортом, отсутствие вредных привычек, профессиональных вредностей, инфекций, серьезных наследствен-

ных и соматических заболеваний, рациональное питание) и своевременное выявление и лечение различных заболеваний у обоих супругов являются залогом нормальной беременности. Зачатие ребенка на здоровом фоне, а также последующее наблюдение и обследование беременной у врачей, дородовая подготовка и своевременная госпитализация в стационар являются существенными моментами в благополучном исходе беременности и родов.

Для поддержания хорошего самочувствия беременной женщины, укрепления иммунитета, защиты от неблагоприятных воздействий окружающей среды, правильного развития плода необходимы витаминно-минеральные комплексы, и лучше всего их принимать за 3-6 месяцев до планируемой беременности. Комплекс витаминов желателен принимать и будущему папе, так как недостаток витаминов, макро- и микроэлементов отрицательно сказывается на качестве спермы. Заметим, что процент среди беременных женщин США, регулярно получающих витаминные и минеральные комплексы, равняется 90 %.

· **Витамин С (аскорбиновая кислота)**

Витамин С – это злейший враг всех болезней. Дефицит данного витамина в организме матери приводит к снижению защитных сил организма, анемии, а также к преждевременному прерыванию беременности.

· **Витамин Е**

Недостаток этого витамина в ранние сроки беременности может явиться причиной самопроизвольного аборта, так как при его дефиците возникают некротические изменения в плаценте.

· **Витамин В1 (тиамин)**

Недостаток витамина В1 нарушает пищеварение, появляются мышечная слабость, болевые ощущения в области сердца. Так как этот витамин участвует в производстве энергии клетками,

его недостаток может негативно сказаться на росте и развитии многих органов и систем плода.

· **Витамин В2 (рибофлавин)**

Дефицит витамина В2 вызывает поражение глаз, кожи, задержку роста плода.

· **Витамин В6 (пиридоксин)**

**Недостаток витамина В6 в рационе беременных женщин приводит к рождению детей с судорожным синдромом.**

· **Железо**

При недостатке могут развиваться головокружения, нарушения концентрации внимания, головная боль, снижение памяти. У женщин, страдающих анемией, чаще наблюдаются преждевременные роды и рождаются дети с низкой массой тела.

· **Йод**

Последствия его недостатка в организме могут быть очень серьезными: развитие врожденных пороков, спонтанный выкидыш, мертворождение.

· **Кальций**

Дефицит кальция может привести к задержке роста плода. Недостаток в организме ведет к развитию токсикозов и нейровегетативных нарушений. Он необходим для полноценной работы почек, активно влияет на уровень холестерина крови и способствует профилактике остеопороза и кариеса у будущей мамы.

· **Магний**

Недостаток магния может привести к развитию судорожного синдрома.

· **Медь**

Недостаток меди приводит к нарушению всасываемости железа и развитию анемии.

· **Селен**

Недостаток в организме проявляется снижением функции печени, развитием заболеваний сердца и болезней кожи. Отмечена взаимосвязь между дефицитом селена и частотой синдрома внезапной детской смерти.

## КЕНЕТ ӨЛУ СИНДРОМЫ

Г.К. ИБРАЕВА

Медициналық жедел жәрдем станциясы, Алматы қаласы

### Резюме

В статье приведены данные о синдроме мгновенной смерти младенцев.

### Тұжырым

Мақалада сәбилердің кенет өлу синдромы туралы мәліметтер келтірілген.

Кенет өлу синдромы (КӨС)-сәбидің күтпеген, зорлықсыз өлімі және мұнда өлімге душар еткен аурудың клиникалық, патологоанатомиялық көрінісінің нақты себебі болмайды. КӨС 500 тірі туылған баланың біреуінде кездеседі (жер жүзі елдеріндегі орташа көрсеткіші 0,2-3,5%). КӨС жиілігі 2-4 ай арасы, ал 1,5 жастан кейін өте сирек. Көп елдерде (АҚШ) КӨС постнеонаталдық балалар өлімінің негізгі себебі (1 айдан 1 жасқа дейін). КӨС жиілеуі көбіне жылдың суық мерізіміне келеді (күн суығаннан 4-5 күннен соң).

**Этиологиясы.** Анықтамасының өзі-ақ себебінің белгісіз екенін аңғартады. КӨС-ның анықталған қауіпті жайларын былайша бөледі:

I. Қоғамдық: 1) ата-анасының, әсіресе анасының зиянды дағдылары (темекі шегу, алкоголизм, наркомания ж.б.); 2) ұй-тұрмыс жайларының қолайсыздығы; 3) жұмсақ (мамық) жастық, матрац, тығыз құндақтау.

II. Қоғамдық: 1) отбасында бұрында КӨС-нан баланың өлгені (әсіресе егіздің сыңары); 2) балада бұрын КӨС қауіпі болған; 3) анасының ауыр акушерлік-гинекологиялық анамнезі (көптеген аборт пен түсіктің болуы, туу көптігі және арасының тым жиілігі, алғашқы жүктіліктің тым жас не егде кезге сәйкес келуі); 4) жүктіліктің қиын өтуі (тұрақты артериалдық гипотония, әсіресе туу алдында; жүктілік кезіндегі анемия, анасының тапалдығы-бойы 149 см-ден кем, аса жылдам туу, преэклампсия т.б.); 5) неонаталдық дерт (баланың не аса үлкен не аса кем массамен туылуы, жатыршілік даму кідірісі нәрестелік асфиксия, кеш емізу, алғашқы күндері зондпен тамақтандыру, жұлын-ми жаракаты, апноэ ұстамаларының 20 сек. артыққа созылып ұйқы кезінде көз ойнақшуымен білініп, өмірінің алғашқы апталарында оның белгілі болуы; тыныс алу бұзылыстары, бронх-өкпелік дисплазия); 6) жиі инфекциялар (әр айға бірден артық); 7) салмақ қосудың құбылулары (аса көп немесе өте аз қосу),

дисгормониялық даму; 8) атопиялық не лимфатико-гипоплазиялық диатез; А иммуноглобулиннің секреторлық бөлігінің кемістігі; 9) вегетативтік дисфункцияның гиперсимпатикотония және гиповаготониямен бірге жүруі, мәселен, жүрек аритмиясына және жүректің электрлік тұрақсыздығына соқтыруы, бради-, тахиаритмиялар (СТЭС, Романо-синдромы, т.б.); 10) кардиомиопатиялар, Кавасаки, Марфан синдромдары.

**Патаномиясы.** А.В.Цинзерлинг бойынша кенет қайтыс болған балалар 3 топқа бөлінеді: 1) балаларда өмірге аса қатер туғызатын клиникалық-анатомиялық жайлар анықталмайды (секция жасап көргендегі КӨС-ның 8,7%); 2) балада аз ғана жедел респираторлық-вирустық инфекция белгілері табылады (КӨС-ның 58,7%); 3) кенет өлім - өлгенге дейін түрлі аурулары болған іштен біткен даму ақаулары, қатерлі ісіктер, ауыр инфекциялар - КӨС диагнозы қойылып, патолого-анатомияда көрген балалардың 32,6%.

КӨС – шынында алғашқы 2 топқа келетін термин. Дегенмен, бұл балалардан, әдетте, селекцияда ашып көргенде табылатыны; 1) созылмалы гипоксия сипаты-өкпе артерияларында тегіс бұлшықеттің аса мол дамуы, оң қарыншаның ұлғаюы және қанда феталдық Нв мөлшерінің көбеюі, сүйек миынан гемопоздін жоғарылауы; 2) айырша бездері көлемінің үлкен болуы; 3) бүйрекүсті безіндегі хромофиндік тін гиперплазиясы. Ми бағанында катехоламиндер қорының азаюы және допамин-бетагидроксилаза белсенділігінің төмендеуі, бірақ гипоталамус пен құйрықты денеде тироксин-гидроксилаза белсенділігі жоғары; 4) бүйрек үсті бездері дисфункциясының белгілері мен аденоматозды өскіндер қыртысында микрокристаллар және алып клеткалар, бездер төңірегінде көп мөлшерде қошқыл түсті май табылуы; 5) ми бағанының глиозды және шеткері нерв талшықтарындағы

милеиннің жойылуы; 6) мидың ісігі мен ісінуі; 7) сероздық қабаттағы петехийлар; 8) іштің кебуі; 9) сегменттік өкпе ісінуі; 10) экстрамедулярлық гемопозоз ошақтары.

**Патогенезі.** КӨС-ның 2 вариант бар деп саналады: 1) біріншілік жүрек тоқтауы, бұл қарыншалар фибрилляциясынан болады да, оған байланысты ми өлімі; 2) тыныс алудың біріншілік тоқтауы, артынан біртіндеп жүрек қабілетінің сөнуі.

КӨС патогенезі гетерогенді деп саналып, әр баланың өлімі негізінде шешуші орын алатындары: 1) тыныс тоқтауы, перинаталдық энцефалопатияға байланысты апноэ (гипоксиялық не инфекциялық-гипоксиялық негізді) және басқа ми бұзылыстары (аневризма, ангиомалар, ісіктер, инфекциялық бұзылыстар т.б.); 2) ұзарған Q-T интервалы синдромынан жүректің тоқтауы. Бұл түрлі жүрек аритмияларының көрінісі болып, вегетативтік дисфункция, электролиттік өзгерістер, жүректің өткізгіш жүйесінің дисплазиясы, басқа да түрлі себепті энцефалопатиямен байланысты; 3) сиыр сүтіне анафилактикалық шоктың дамуы; 4) РС-вирустық не басқа инфекциялардың сұрапыл ағымы (вирустық және бактери-алдык); 5) Пьерр Робин синдромында ұйқы кезінде тілмен бітелуден болатын обструктивті апноэ (кішкене, гипоплазиялық төменгі жақ сүйегі), бұндай жағдайда Даун синдромы, миопатия мен ауыр энцефалопатияларда да байқалады; 6) таңдай, жұтқыншақ және де басқа Вальдейер-Пирогов жүзігі бездерінің ұлғаюымен болатын аденозинусопневмопатиялар кезіндегі тыныс жолдарының обструкциясы; 7) шығу тегі әр түрлі тырысулар (мәселен, спазмофилия кезінде); 8) аса қызыну не аса тону; 9) ата-аналар себепші болатын тыныс жолдарының бітелуі (кездейсоқ не әдейі); 10) жоғарғы тыныс жолдары рефлекстерінің аса белсенділігі, әсіресе қарын-өнеш рефлюксі, лоқсу, құсулар.

XX ғасырда 80-ші жылдардың соңы мен 90-шы жылдардың басында кейбір КӨС-нан қайтқ-

ан балаларда Р-субстанциясы бөлігінің төмен деңгейі анықталған-бұл эндогендік эндорфиндер антогонисі, яғни тыныс тоқтауы эндогендік наркотикалық заттардың, эндорфиндердің аса көп мөлшеріне байланысты.

И.М.Воронцов КӨС-ын ерекше шекаралық жағдайға жатқызып, оны баланың өте тез өсіп оның тіндік құрылымдарының белсенді жетілуімен, яғни өмірінің алғашқы жылындағы адаптациясының айқын бұзылуымен сипаттайды.

Бұның соны болмашы бір жайлардан болатын өлімге әкеледі. Бұл шекаралық жағдайдың маркеріне (таңбасына) И.М. Воронцов фенотиптік көріністерді жатқызады, яғни ол баланың биологиялық жетілу қарқыны мен сәйкестігінің ара-қатынасы бұзылысы.

**Алдын алу шаралары.** Барлық балаларды, әсіресе жоғарыда аталған қауіпті топқа жататындарды, қатты төсекке жатқызып, баланы жасына сай уалау, гимнастика, шынықтыру қажет. Энцефалопатиясы бар балаларға невропатологтың қадағалауымен нейротропты дәрілер, адаптогендер, витаминдер және нерв талшықтарының миелинденуін демеуші дәрі-дәрмек-тер курсы жүргізіледі. Дегенмен, бұлардың игі әсерін ешкім дәлелдеген жоқ. Осымен бірге, егер балада апноэ ұстамасы болып, абортивті КӨС-на әкелсе, қосымша алдын алу үшін жүйелі түрде эуфиллин қолдану жөн - ішке әрбір 8 сағат сайын 2.5мг/кг есебінен, бұл кезде күні-түні (үйде де) жүрек, тыныс жұмысын кардиореспираторлық монитор қадағалауы тиіс; үйде бала анасымен бір бөлмеде, бірақ бөлек төсекте жатуы керек. Бұл балаларды тек шалқасынан жатқызады, төсегі тербелмелі болған жөн. Бұндай жағдайда ата-аналары жүректің жабық массажы, ауызға үрлеу арқылы тыныстандыру және алғашқы дәрілік көмек көрсету әдістерін білуі тиіс. Q-T интервалы ұзаруы синдромында авторлардың көбі 0.5-2мг/кг есебімен күніне 3рет обзидан беруді ұсынады.

УДК 618.1/.2:614.253

**АКУШЕРЛІК ЖӘНЕ ГИНЕКОЛОГИЯДАҒЫ ДЕОНТОЛОГИЯ****Р.А. КӘРІБАЕВА**

Облыстық медицина орталығы, Перинаталды орталық, Қызылорда қаласы

**Резюме**

В статье рассказывается о деонтологии в акушерстве и гинекологии.

**Тұжырым**

Мақалада акушерлік және гинекологиядағы деонтология туралы ақпарат берілген.

**Summary**

The article tells about deontology in obstetrics and gynecology.

Тұрғындарға акушерлік-гинекологиялық көмек көрсету – денсаулық сақтау жүйесінде ерекше маңызды орынды иеленеді. Оны ұйымдастыру акушерлік бағыттағы мекемелердің барлық медицина қызметкерлерінің қызмет мазмұны мен бағытын анықтап, соған тән ерекшеліктерді иеленіп, оларға қатаң талап қойылады. Соңғысына ең тиімді қазіргі заманғы профилактика, диагностика және емдеу тәсілдері мен бұйымдарын қолдана білу ептілігімен қатар, әйел, ана, бала денсаулығын қорғау саласында жұмыс істейтін медиктік әдептік нормаларын күнделікті мүлтіксіз орындау қажеттілігі жатады.

Акушер-гинеколог дәрігерлер жаңа адамның дүниеге келуі басталуында тұрады, олар біздің қоғамның тағы бір жаңа мүшесінің пайда болу іңгәсін естиді, анасын нәрестелі болуымен құттықтаумен қатар, медиктер шарты бойынша күту залында немесе телефонда жақсы хабар есіткісі келген баланың әкесі мен туыскандары жөнінде ұмытпауы керек. Кеміс сәби дүниеге келгенде, оның әкесі мен туған – туыскандарын бас дәрігердің немесе оның орынбасарының арнайы шақырып сұхбаттасқаны жөн. Кемістік себебін түсіндіріп, тыныштандырып, кеудесіне үміт отын ұялатып, олармен бірге анасының психикасына онды әсер етуге тырысқаны дұрыс. Бұл кезде барынша шыдамдылық, сабырлық танытып, негізгісі мен қосалқысын ажырата білу қажет.

Акушерлік – гинекологиялық мекеме медицина қызметінің жұмысы - әйел өмірінің барлық кезеңінде оның денсаулығын нығайту мен тек әйел ағзасына тән мүмкін болар кеселдер және асқинулардың алдын алуға бағытталған.

Аталған мекеме медицина қызметкерлерінің алдында тұрған маңызды міндеттерге мыналар жатады: ана мен ұрық үшін жүктілік пен боsanудың қолайлы нәтижесін қамтамсыз ету, ана денсаулығын сақтай отырып, дені сау баланы дүниеге келтіру; гинекологиялық кеселдердің алдын алу, оның ішінде жасанды түсік (аборт) санын азайту жолымен; гинекологиялық кеселдерде әйелдерге амбулаториялық және стационарлық медициналық жәрдем беру; барлық тұрғындардың және ең алдымен әйелдердің денсаулығын сақтау саласында санитарлық мәдениетін көтеру; салауатты өмір салтын насихаттау; әйелдердің еңбек ету және тұрмыс жағдайын жақсартуға бағытталған шараларды өткізуге белсене араласу.

А.П.Чеховтың адамның жан дүниесін тануда қандай керемет қабілет танытқаны тарихтан белгілі. Ол жөнінде А.И. Купринды еске ала отырып, былай деп жазды: «Ол адамның бет әлпетінен, даусынан және жүріс-тұрысынан басқа адамдардан жасырын тұрған, көріне бермейтін, орташа бақылаушы назарына шалына бермейтін нәрселерді көріп және естіп білді». Дәрігер Чеховтың науқасына қарым-қатынасы бүгінгі күні де эталон ретінде қабылданады.

Л.Д. Дмитриенко өзінің «Дәрігер, сырқат және адам» (1929 ж.) кітабында: «Жақсы дәрігер - өз нерв жүйесін тұрмыс орнында сапалы түрде жандыратын әлемдегі ең ұлы әртіс: өзінің жалғыз ғұмырын ол мындаған өзге әртүрлі өмірлердің бұралаңында және шытырманьында күйзеліске салады», - деп жазды. Бұл керемет сөйлемде бай дәрігерлік тәжірибенің ұзақ жылдар бойында сезінген шындық жатыр. Тек

осындай дәрігер ғана құрметті табыс пен беделге ие бола алады. Өйткені оның тәжірибесінде ең оңтайлы емдеу әдістерін қолданумен қатар, қарапайым да мейірімді адамгершілік үлкен орын алады.

Бүгінге дейін ежелгі парсы мақалы: «Садақ оғы тәнді, ал тіл - жанды жаралайды» (қазақта «Тіл тас жарады, тас жармаса бас жарады» дегенмен бірдей) деу өз өзектілігін жоғалта қойған жоқ. Сөздің күшті психоэмоционалдық фактор ретіндегі мықтылығы, адамның компенсаторлық қабілетін анықтап, оның жасырын мүмкіндігін табатын әмбебап (универсалды) тәсілдердің жоқтығымен арта түседі.

Акушерлік-гинекологиялық мекеменің жан-жақты қызметі көбіне оның бастапқы профилактикалық бағытымен сипатталады, әсіресе акушерлік тәжірибеде асқынуды қауіп туғанда немесе оның бастапқы белгілері анықталған дер кезінде алдын алу шарасын өткізу жүктіліктің, босанудың және кейінгі кезеңнің одан соңғы ағымын түбегейлі өзгертуге және ұрық не нәресте үшін қолайлы нәтижесін анықтауға мүмкіндік береді.

Міне, сондықтан әйел консультациясы немесе стационардың жетекші дәрігеріне жүкті әйелдің күмәндануына түсіністікпен қарауымыз, оған жауапты сау ана болуға баратын ауыр «ұзаққа созылатын» бала босану деген сөздерден аулақ болу керек. Өйткені олар кездесуі мүмкін аурудан, босанудың белгісіздеу нәтижесі алдында, әсіресе алғаш рет бала босанатын әйелдердегі қорқынышты күшейту мүмкін. Жүкті әйелге абайлап, мейіріммен қарау - болашақ ананың көтеріңкі психологиялық көңіл-күйін қамтамасыз етеді.

Акушерлік-гинекологиялық ғылымға тән ерекшеліктердің бәрі оның салыстырмалы түрде жаңа медициналық ілім – перинатологиямен тығыз байланыста. Бұл ілімнің негізгі мәні жүктіліктің үшінші триместрді бойындағы ұрық және өз өмірінің алғашқы күндеріндегі нәресте туралы ілімде жатыр. Жүкті және босанған әйелге бақылауды жүзеге асыру мен көп жағдайда мекеменің ауласынан бастап, әртүрлі көмекші бөлмелерді және т.б. қосқандағы мекеменің сыртқы түрі жатады. Мұндай режим бойында сырқаттардағы көтеріңкі көңіл-күй тудыратын, қызметкерге сенім орнататын және теріс эмоциялардың алдын алатын немесе болдырмайтын шаралар қажет етеді. Соңғысының жүктіліктің де, босанудың да қолайлы

өтуіне ықпал етпейтіні белгілі.

Деонтологиялық ережелер акушерлік – гинекологиялық практикада аса маңызды рөлге иеленеді. Бұл ең алдымен акушерлік-гинекологиялық мекеме қызметкерлерінің әйелдерге жүктілігі, босануы, сондай-ақ гинекологиялық кеселдеріне байланысты емдік – профилактикалық көмек көрсету кезінде адамдар өмірінің интимдік тұстарына кезігіп, кейде оған бірқатар түзетулер енгізу сауалы тұратындығынан туындайды. Әрине, мұндай көмек көрсету үшін медицина қызметкерлерінің осындай тобы жоғары мәдениетке, коммуникабельділікке, әдеп сақтау сезіміне ие болуы қажет. Акушер-гинеколог дәрігерлер мен акушеркалардың қызметіндегі аталған моральдік-әдептік принциптерді сақтау, тікелей алғанда әйел денсаулығын қорғауда ғана емес, оған қоса оның отбасының беріктігін, ана бақыты мен бала бақытын қамтамасыз етуде аса маңызы бар.

**Дәрігер келбеті.** Акушер-гинеколог дәрігерлер мен акушеркалар медициналық деонтология мен этикалық негіздер туралы мәліметтерді медициналық институт пен училище қабырғасында жүріп-ақ алады. Алайда бұл негіздер мен ептіліктерді тиімді пайдалануды жетілдіруде тікелей практикалық қызмет барысында иеленеді. Сол кезде дәрігердің қажетті келбеті қалыптасады. Бұл уақытта дәрігер өзі тандап алған кәсіп саласындағы ұдайы артып отыратын білім мен тәжірибені ұштастыру ептілігін иеленеді, өз науқас әйелдеріне деген жоғары моральдік борышын өтейді. Мұның бәрінің акушерлік-гинекологиялық мекеме орта буын медицина қызметкерлері – акушеркалар мен мейірбикелерге де қатыстығы бар.

**Ұжымдағы дәрігер.** Емдеу – профилактикалық мекеме медицина қызметкерлерінің барлық жұмысына жауапкершілікке, атап айтқанда олардың медициналық деонтология тұжырымдарын мекеме басшылары, сондай-ақ бөлімше және лаборатория меңгерушілеріне жүктеледі. Олар өздеріне бағынышты қызметкерлердің кәсіби деңгейін көтеруге, олардың ой-өрісін кенейтуге және байсалдылық, қарым-қатынастағы қарапайымдылық, сыпайылық, науқастарға жанашу мен жұмыстағы әріптестеріне әділдік сияқты, моральдік әдептің қасиеттерін бойларына сіңіруге міндетті.

Деонтологиялық тәрбие мен өзін-өзі тәрби-

елеу, сондай-ақ медицина ғылымы мен практикасының қазіргі заманғы жетістіктерімен танысу процесінде, жана құрал-жабдықтарды қолдануды, лабораториялық зерттеулерді жүргізуді үйрете кезінде жүзеге асуы мүмкін.

Дәрігерлерді, акушеркаларды, мейірбикелерді және кіші буын медицина қызметкерлерін деонтологиялық тәрбиелеуде қызметтік – нұсқаулық, құқықтық, тарихи және т.б. сипаттағы материалдарды пайдалануға болады. Мұндай материалдар қатарына ең алдымен жалпы алғанда азаматтар, оның ішінде медицина қызметкерлерінің құқығы мен міндеттерін нақтылайтын заңдылық актілер, оған қоса ел денсаулығындағы және ана мен бала денсаулығын қорғау бойынша үкімет қаулылары жатады.

Акушер-гинеколог дәрігерінің міндетіне әйелде өз денсаулығы мен болашақ перзентінің денсаулығына жауапкершілікпен қарауды тәрбиелеу кіреді. Әрбір әйел жүктілік кезінде өз организмінде болатын өзгерістер туралы түсінікке иеленіп, жүктілік ағымына және ұрық дамуына онды немесе теріс әсер ететін факторларымен таныстырылуы қажет.

Гинекологиялық бөлімше медицина қызметкерлерінің жұмысы көбіне ұзақ мерзім бойына кеселден зардап шегетін науқастар шағымына шыдамдылықпен қарауды талап етеді. Қысқа уақыт ішінде орындалған және мейлінше ақпарат мол тексеру, дұрыс тандалған ем дәрігер мен пациент әйел арасындағы өзара түсініктің тез орнауына жәрдемдеседі.

Ұзақ жылдар бойына жұмыс істеп, аз білім алуға да болады. Өйткені шынайы білім адамның жүрегінен өткенде ғана құнды дүниеге айналады. Мұндай білімді кітаптан табу қиын, көргенді, естігенді, оқығанды ойша тоқи білуге ұмтылуды жеке тәжірибе байытып, ескі де жаңа шипагерлік өнерге жеке үлес қосуға мүмкіндік береді.

Дәрігердің кәсіби қызметін өз әріптестерімен, орта буын медицина қызметкерлерімен және басқа қызметкерлермен тікелей қарым-қатынас жасауы науқас-

тардың көз алдында болып жатады. Олар өз бақылаулары арқылы кейде емдеуші дәрігер тұлғасы туралы өте нақты тұжырым жасайды. Өзінен лауазымы төменге көңіл бөлмейтін, өзіне дәрежесі теңге немесе жасы келген адам және сырқаттар арасында беделге ие мейірбикеге менсінбей қарайтын дәрігер науқас адамның алдында көп нәрсені жоғалтады.

Медицина қызметкерлері ұжымында қалыптасқан тұлға аралық қарым-қатынас бойынша науқас адамдар оның әрбір мүшесінің алар орнын анықтап, өздерінше баға береді.

Дәрігер әрекетіне негізсіз шағымдарын түсу оқиғалары да кездеседі. Көбіне қайғы болған адамның туыстары кінә тартады. Оларға медиктер адам өмірін сақтап қалу үшін барлық қажетті шараларды түгел қолданбағандай көрінеді. Дәрігерге жағдайды талдаудың қолайсыз сәттерін бастан кешуге тура келеді. Тек оның өз борышын адал және мүлтіксіз орындауында деген сенімді, ұжымның адамгершілік демеуі көңілін жұбатады.

Өмір біздің денсаулық сақтау ісінің өзектілігі елдің әлеуметтік – экономикалық дамуының жеделдеуімен айқындалатын жаңа проблемалар қояды. Медицина мекемелерін техникалық жабдықтаудың өрістеуі дәрігер мен науқас арасын барынша алшақтата түседі. Медицинаны техникандыру медицина қызметкерлерінің психикасына да өз әсерін тигізеді.

Сезім мәдениетінің жалпы мәдениеттен, зиялылықтан ажырамайтындығы белгілі. Ерекше үлгілер мен мысалдарға сүйене отырып, өзін-өзі тәрбиелеу және өз эмоционалдық әрекет басқара білу медик тұлғасының қалыптасуының қажетті алғы шарты болып табылады.

Медицина қызметкерлерінің кәсіби жұмысының этикалық – деонтологиялық аспектілері күрделі, олардың тығыз байланысы көбіне әлеуметтік – психологиялық факторлардан туындап жатады. Тұлғаның адамгершілік негізі, медиктің танымы оның белсенді өмірлік ұстанымында, тұрғындарға көрсетілетін медициналық қызмет сапасын арттыруға бағытталған

әрекетінде жүзеге асуы тиіс.  
УДК 618.2-084:614.2(574.54)

## ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТОВ ЭФФЕКТИВНЫХ ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КЫЗЫЛОРДИНСКОМ ГОРОДСКОМ РОДИЛЬНОМ ДОМЕ

**Г. ЖУМАШЕВА**

Городской родильный дом, г. Кызылорда

### Резюме

В Кызылординском городском родильном доме получен передовой опыт в области применения доказательных перинатальных технологий, который может быть рекомендован к применению в общегосударственном масштабе.

### Тұжырым

Кызылорда қалалық босану үйінде дәлелдеу перинатальді технологияларының озық тәжірибесі алынып, мемлекет аралық масштабта қолдануға кеңес беріледі.

### Summary

In Kyzylorda city maternity hospital has gained best practices in using of evidence-based perinatal technologies, which could be recommended for implementation on a national level.

С охраной репродуктивного здоровья связана одна из целей тысячелетия в области развития, предусматривающая к 2015 году снижение материнской смертности на  $\frac{3}{4}$  и достижение всеобщего доступа к услугам и товарам репродуктивного здоровья.

В течение нескольких десятилетий ведение беременных женщин и родовспоможение в Кызылординской области осуществлялось в соответствии с принципами советской школы акушерства, которая, в частности, предусматривала ежемесячные явки женщин на осмотр при физиологически протекающей беременности, распределения женщин по группам риска, соблюдения стерильности во время родов, активного ведения II периода родов в литотомическом положении с использованием так называемой «защиты промежности», регулирования потуг, с применением спазмолитиков и анальгетиков, достаточно широким использованием эпизио- и перинеотомии, ушиванием даже небольших разрывов промежности; выжидательного ведения III периода родов и т.п.

Между тем, вышеуказанные положения не исходили из итогов мультицентральных рандомизированных контролируемых клинических испытаний соответствующих вмешательств, результаты которых признаются наиболее достоверными с позиций клинической эпидемиологии, а часто имели субъективный характер, основанный на личном клиническом опыте. Ме-

дицинская помощь женщинам с гестационной токсемией не была унифицирована, и оказывалась разными акушер-гинекологами, исходя из мнений и рекомендаций разных школ. Мета-анализ, проведенный с участием консультантов Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), поставил под вопрос казавшиеся незыблемыми парадигмы акушерства. Эксперты ВОЗ пересмотрели рекомендации к ведению беременности и родов, и включила эти рекомендации в программу «Безопасное материнство».

С 2007 года в Кызылординской области с большой численностью населения и высоким коэффициентом рождаемости, в стране начато внедрение программы здорового материнства включающей в себя следующее:

1. Эффективные перинатальные технологии, касающиеся:

- а) ведение беременных женщин в предродовом периоде;
- б) ведение родов;
- в) ведение осложнений родов (клинические протоколы);

2. Технологии ведения инфекций, передающихся половым путем (ИППП) (клинические протоколы), внедрение дружественных услуг для молодых людей.

3. Информирование населения и, прежде всего молодых людей об их репродуктивных правах, поддержании репродуктивного здоровья, профилактики ИППП и ВИЧ/СПИДа.

**Методы исследования.** Основу исследования составили материалы экспертной оценки эф-

фективности внедрения перинатальных технологий, а также материалы социологических исследований по выполнению эффективных технологий репродуктивного здоровья и планирования семьи в городском родильном доме.

**Результаты и их обсуждение.** В результате внедрения программы «Безопасное материнство» в роддоме осуществлена регионализация перинатальной помощи, которая позволила улучшить доступ к неотложной акушерской помощи.

Свою роль в снижении данного показателя сыграло внедрение протоколов ведения нормальной беременности и тренингов по антенатальному уходу. Внедрение протоколов рекомендуемых ВОЗ, в том числе клинического протокола ведения гестационной токсемии, привело к снижению показателей материнской смертности (МС) от эклампсии.

За счет внедрения протокола по преэклампсии удалось повысить качество диагностики данного осложнения беременности и снизить гипердиагностику. Если в 2007 году показатель частоты преэклампсии составлял 19,7%, то в 2011 году снизился до 11,2%.

Основным отличием эффективной помощи женщине в родах от традиционной модели является обязательное присутствие партнера на протяжении всего периода родов. Необходимо отметить, что в городском роддоме проводятся партнерские роды. Если процент партнерских родов в 2007 году составил 23,7%, то в 2009 году этот показатель был равен 37,5%, в 2011 году - 63,1%.

В городском родильном доме ведется физиологическое ведение родов, имеются приспособления для ведения родов в свободной позиции (мячи, шведские стенки). Если в 2007 году показатель свободного выбора позиции составлял 12,7%, то в 2009 году он равнялся 23%, и в 2010 году - 73,4%.

Внедрение данных надлежащих практик в родовспомогательные учреждения области стали возможными благодаря обучению медицинских работников при непосредственной поддержке Фонда Народонаселения ООН.

Эпизиотомия проводится при появлении признаков гипоксии плода, когда необходимо быстро завершить роды. За период внедрения программы процент эпизиотомии снизился. Если в 2007 году он составлял 2,3%, то в 2010 году - 1,0%.

Показания к эпизиотомии со стороны плода, основанные на доказательствах, были внедрены

в практику родовспомогательных учреждений благодаря проведенным тренингам при поддержке Фонда Народонаселения ООН.

По данным формализованных интервью травматизм в родах существенно снизился за счет внедрения выжидательной тактики ведения второго периода родов и неуправления потугами. Частота разрывов промежности снизилась в 1,5 раза. Разрывы промежности III степени встречаются в единичных случаях.

Один из главных принципов эффективного перинатального ухода – это индивидуальный родильный зал. Это обязательное условие для внедрения научно-доказательного перинатального ухода, основными принципами которого является уважение к женщине и ее семье, а также их участие в уходе. В рамках внедрения программы безопасного материнства в нашем родовспомогательном учреждении организованы 14 индивидуальных родовых залов.

Эффективность родов по партограмме контролируется в 90% случаях. По данным формализованных интервью внедрение партограмм привело к снижению частоты затяжных родов в 2,5 раза. Партограмма ведется обученными акушерками с начала родовой деятельности, что позволяет своевременно диагностировать затяжные, обструктивные роды, инфекцию в родах.

Активное ведение 3 периода родов внедрено во всех родовспомогательных учреждениях. Это стало возможным благодаря проведенному обучению акушер-гинекологов и акушерок. По мнению специалистов, с внедрением в практику родовспомогательных учреждений активного ведения 3 периода родов связано снижение частоты акушерских кровотечений.

В динамике акушерские кровотечения имеют тенденцию к снижению. Если в 2007 году данный показатель составлял 3,2%, то в 2011 году он снизился до 1,4%.

#### **Выводы:**

- 1) Материнская смертность за последние 2 года не зарегистрирована по стационару;
- 2) Показатели перинатальной смертности снижены с 18% до 10,2%, показатель ранней неонатальной смертности снизили с 9,0% до 3,2%;
- 3) Существенно снижено количество осложнений беременности и родов, в частности, частота кровотечений и травматизма в родах. В 2,5 раза снизилась частота развития кровотечений и разрывов промежности. Беременность и роды в нашем стационаре стали более

безопасными.

УДК 618.3-06:616.211-002-056.3

## СЕЗОННЫЙ АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ У БЕРЕМЕННЫХ

Д.Н. ГАБДУЛЛИНА

Поликлиника «Гармония», г. Семей

### Резюме

Женщины, у которых период беременности совпадает с обострением сезонного аллергического ринита, должны находиться под наблюдением аллерголога, получать адекватную безопасную терапию, проводить элиминационные мероприятия. Комплексный подход позволит улучшить качество жизни и предотвратит осложнения беременности.

### Тұжырым

Әйелдердің жүктілік мерзімінде маусымды аллергиялық риниттің асқынуымен дәл келсе, онда ол аллергия маманының бақылауында болу, адекватты қауіпсіз терапия алуы, элиминация шаралары өткізуі керек. Кешенді тәсілдеме тұрмыс сапасын жақсартуға мүмкіндік береді және жүктілік кезіндегі кедергіден сақтап қалады.

### Summary

Seasonal allergic rhinitis among majority of pregnant women occurs more hard compare to previous years. Women who have pregnancy coincides with the acute period of seasonal allergic rhinitis should be under the supervision of an allergist,

take adequate safe therapy, carry out elimination. An integrated approach will improve the quality of life and prevent complications of pregnancy.

Аллергический ринит является одним из наиболее часто встречающихся заболеваний. В 2009 году аллергический ринит в Республике Казахстан у взрослого населения составил 9%. Беременные - это чаще всего женщины молодого возраста от 18 до 35 лет. Как и все остальные люди, они могут болеть аллергическим ринитом. Однако при беременности часто наблюдается ринит, вызванный гормональными нарушениями. Всеми виной гормональные изменения. У беременных благодаря эстрогенам все слизистые носа утолщаются, становятся полнокровными, поэтому дыхание через нос затрудняется. Заложенность носа приводит к проблемам с сосудами, что отражается на артериальном давлении, сердце и головном мозге беременной женщины. Отсутствие полноценного носового дыхания приводит к гипоксическим нарушениям у матери и плода. У женщин с ринитом беременных, чаще всего аллергии в анамнезе нет, и у большинства пациенток, после рождения ребенка, клиника проходит. Но есть группа женщин, которые болели сезонным аллергическим ринитом до беременности.

Под наблюдением находились 23 женщины, у которых в анамнезе в течение 2-5 лет в летнее время наблюдался аллергический сезонный ри-

нит. У двух пациенток сезонный аллергический ринит весеннего периода, у трех - летнего периода, у 18 - осеннего. Заболевание протекало более тяжело, чем в предыдущие годы у 17 женщин (73,9%). Однако, 5 женщин (21,7%) отметили, что во время беременности чувствуют себя значительно лучше. У всех женщин кроме аллергического ринита наблюдался конъюнктивит. Весенний период совпадает с цветением деревьев, летний - с цветением злаковых трав. Эти периоды продолжаются около месяца. Женщины, болеющие в весенний и летний периоды, легче поддаются лечению. Контроль над болезнью наступает быстрее. Осенний период связан с цветением сорных трав, цветение которых в нашем регионе наблюдается около 3 месяцев. Из-за длительного контакта больных с аллергенами наблюдаются тяжелые проявления аллергии, что значительно ухудшает качество жизни человека.

Ошибочным является мнение части пациенток и, к сожалению некоторых врачей, о том, что во время беременности следует отказаться от лечения и прекратить прием лекарственных препаратов вследствие их возможных побочных эффектов. Как правило, такой подход является основной причиной развития как обострений и осложнений аллергического ринита, так и течения беременности и родов.

Принципы лечения сезонного аллергического ринита у беременных имеют ряд особеннос-

тей. Очень большое значение имеет проведение образовательных программ для беременных. Важную роль в этот период играет элиминационная терапия. Необходимо научить пациентку мероприятиям, которые необходимо проводить, чтобы сократить контакт с аллергенами и триггерами. Элиминация может быть полной или частичной. Полная элиминация — это выезд больных в другую местность, где нет растений, пыльца которых вызывает развитие аллергии; пребывание пациенток в помещениях, воздух в которых очищается от пыли с помощью фильтров. Частичная элиминация — это запрет выезда за город в период цветения растений; прогулки в сухую ветреную погоду; окна и форточки рекомендуется закрывать плотной тканью, не пропускающей пыльцу; при возвращении домой с улицы принимать душ и переодеваться; носить защитные очки; меньше пребывать на улице в утренние часы; не использовать фитопрепараты; исключить из употребления пищевые продукты с перекрестными свойствами и т.д. Это позволит добиться улучшения течения заболевания и снизить риск его обострений при той же или даже меньшей терапии.

Для устранения аллергена со слизистой носа хорошо использовать солевые растворы (Синомарин и т.д.). Это позволяет сократить контакт аллергена со слизистой носа и способствует ее восстановлению. Промывание полости носа является неотъемлемой частью терапии аллергического ринита. Гипертонический раствор морской воды эффективно промывает и очищает носовую полость, разжижая и удаляя избыточное количество слизи, блокирующей носовые ходы. Микроэлементы, входящие в состав препаратов, повышают местный иммунитет и способствуют эффективной работе микроресничек слизистой оболочки носа.

В последние годы появились препараты (Аллергиз и т.д.), которые позволяют защитить слизистую носа от агрессивного воздействия аэроаллергенов. Аллергиз состоит из натуральных компонентов в виде белого инертного мелкодисперсного порошка растительной целлюлозы. Порошок из спрея - дозатора попадает на слизистую носа, образует прочную гелеобразную пленку, выстилающую носовую полость и служащую естественным барьером для аэроаллергенов различной природы: бытовых, пыльцевых, грибковых, производственных и других микрочастиц, попадающих в носовую полость при дыхании. Аллергиз действует как естественный барьер.

Аллергиз используется перед предполагаемым контактом с аллергенами, например, перед выходом на улицу в период цветения, контактом с животными, посещением мест массового скопления людей, проведением домашней уборки и т.д. Действие наступает через 10-15 минут. Необходимо повторять впрыскивание в нос через каждые 5-6 часов. Впрыскивание производить на сухой чистый нос. Необходимо поддерживать наличие постоянного слоя порошка на внутренней поверхности носа, что создает барьер между аллергеном и чувствительной мембраной слизистой носа.

Основной стратегией в лечении при беременности является использование лекарственных средств, способных эффективно контролировать симптомы заболевания, но не влияющих на течение беременности и развитие плода, то есть с доказанным уровнем безопасности. Особо строгие требования должны предъявляться в отношении I триместра беременности как наиболее уязвимого в плане любых медикаментозных воздействий. В более поздние сроки возможно использование препаратов группы А и В, с доказанным уровнем безопасности для плода. К категории А, к сожалению, не относится ни один из препаратов, применяемых для лечения сезонного аллергического ринита. В категорию В входят такие лекарственные средства, как ипратропиум бромид, салметерол, сальбутамол, тербуталин, кромолин натрия, недокромил, zileuton, зафирлукаст, будесонид, хлорфенирамин, клемастин, лоратадин, цетиризин.

Системные антигистаминные препараты применяются при беременности по назначению врача только в случаях крайней необходимости, когда ожидаемая польза превышает возможный риск для плода. Назначение антигистаминных препаратов первого поколения в силу их многочисленных побочных эффектов нежелательно или вообще противопоказано. Возможно применение антигистаминных препаратов местного действия (Аллергодил и т.д.), обладающих необходимым терапевтическим эффектом и лишенных системных побочных действий.

В случае наличия выраженной заложенности носа у беременных с сезонным аллергическим ринитом иногда возникает необходимость в применении деконгестантов. С этой целью возможно кратковременное использование лекарственных средств местного действия на основе оксиметазолина или тетризолина. При этом противопоказано применение системных деконгестантов, особенно содержащих псевдоэфедрин.

Доказана безопасность и хорошая переносимость беременными женщинами препаратов кромоглициевой кислоты в качестве базисной профилактической терапии при сезонном аллергическом рините. При более тяжелых формах сезонного аллергического ринита применяются эндоназальные глюкокортикоидные средства (ГКС), среди которых предпочтение должно отдаваться препаратам с низкой биодоступностью. При сезонном аллергическом конъюнктивите с тяжелым течением возможно применение ГКС в форме глазных капель. Дозы препаратов и схемы их применения у беременных такие же, как и у других больных.

Таким образом, беременность часто влияет на клиническое течение, подходы к лечению сезонного аллергического ринита, что требует особенного контроля данного заболевания у беременных женщин. Если период беременности совпадает с сезоном цветения, то на фоне прогестеронового всплеска заболевания протекает у большинства женщин тяжелее.

При лечении беременных с сезонным аллергическим ринитом необходимо учитывать возможные побочные эффекты противоаллергических препаратов. Назначение современных и эффективных лекарственных средств позволяет в большинстве случаев контролировать течение болезни и избегать развития побочных эффек-

тов медикаментозных препаратов. В связи с этим наличие заболевания, не должно служить причиной отказа от желания иметь ребенка. Важное значение для пациенток имеет планирование начала беременности на период ремиссии заболевания. Перед началом опыления причинно значимых аллергенов следует провести предсезонную профилактику обострений поллиноза с помощью фармакотерапии, большое внимание уделять элиминационным мероприятиям.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Геппе Н.А. и др. Новое в профилактике и терапии сезонных аллергических ринитов у детей // Лечащий врач, 2010, №1, с. 39-43.
2. Глобальная стратегия лечения и профилактики бронхиальной астмы. Пересмотр 2002. Русская версия / Под ред. акад. РАМН Чучалина А.Г. – М.: Издательство «Атмосфера», 2002, с.1-160.
3. Емельянов А.Е. Современные представления о диагностике и лечении аллергического ринита // Лечащий врач, 2003, №3, с.4-11.
4. Зайцева О.В. Аллергический ринит: диагностика и лечение //Лечащий врач, 2010, №5, с. 44-47.
5. Хаитов Р.М. Клиническая аллергология: Рук-во для практических врачей // Под ред.. – М.: МЕДпресс-информ, 2002, 624 с.
6. Хаитов Р.М. и др. Рациональная фармакотерапия аллергических заболеваний: Рук-во для практикующих врачей // Под ред.– М.: Изд-во «Литера», 2007, 504 с.

УДК 618.39:343.621:340.62

**ЮРИДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОИЗВОДСТВА «НЕЗАКОННОГО АБОРТА»****С.С. БУЗДАЕВА, А.Н. НУРБАКЫТ, М.Н. ЖАКУПОВА, Е.Ж. САРСЕНБАЕВ**Казахский Национальный медицинский университет им С.Д. Асфендиярова,  
Высшая школа общественного здравоохранения, г. Алматы  
КГКП «Центральная районная больница Талгарского района»,  
г. Талгар, Алматинская область**Резюме**

К преступлениям против здоровья относятся различные виды причинения вреда здоровью, в том числе и незаконное производство аборта. При этом правовое регулирование всех действий связанных с жизнью и здоровьем плода, жизнью и здоровьем человека должно быть различным.

**Тұжырым**

Денсаулыққа қарсы қылмысқа денсаулыққа қауіпті әсерін тигізетін әр түрлі себептер жатады, соның ішінде заңсыз түрде түсік жасау жатады. Ұрықтың және адамның өмірімен байланысты әрекеттерге қатысты құқықтық реттелулер әртүрлі болуы қажет.

**Summary**

Various kinds of a trespass concern crimes against health to health, including illegal manufacture of abortion. Thus legal regulation of all actions connected with life and health of a fruit and life and health of the person should be various.

Аборт — это искусственное прерывание беременности, который разделяют на правомерный и незаконный. Согласно ст. 104 Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года «искусственное прерывание беременности проводится по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, по социальным показаниям - при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний - независимо от срока беременности».

Незаконным считается искусственное прерывание беременности, если оно совершено:

- Вне стационарного лечебного учреждения;
- Лицом, не имеющим медицинского образования соответствующего профиля (акушер-гинеколог);
- При отсутствии медицинских показаний для аборта.

Объектом преступления является здоровье беременной женщины, при этом совершаются противоправные действия, направленные на изгнание плода из утробы женщины, т.е. прерывание беременности. Преступление считается оконченным в момент, когда была прервана беременность искусственным путём, независимо от способа её прерывания. При этом виновный сознаёт, что нарушает соответствующие правила производства аборта, и желает совершить указанные действия. Мотивы могут быть самые разные: корысть, чувство сострадания к женщине.

Причинение вреда здоровью неразрывно связано с понятиями жизни и смерти человека. Юридически началом жизни человека считается начало физиологических (обычных) родов, то есть момент, когда какая-либо часть тела ребёнка показалась из утробы матери. Причинение вреда ребёнку до этого момента не может квалифицироваться как причинение вреда здоровью. Существует мнение, что уголовно-правовая охрана человеческой жизни и здоровья должна начинаться с момента зачатия.

Если жизнь человека начинается с момента зачатия, то и охрана этой жизни и здоровья начинается именно с данного момента до полного рождения и выхода эмбриона (плода) из организма женщины. Если признать такую позицию верной, то государство в этом случае должно криминализировать все виды абортот и отказать женщинам в их праве распоряжаться собственным телом, и правом рожать или нет ребёнка. В связи с вышесказанным, особую актуальность приобретает следующий вопрос: «С какого момента уголовный закон должен начать охрану жизни и здоровья?».

Исходя из вышесказанного и с учётом новейших медицинских нормативных актов, можно утверждать, что под убийством плода следует признавать прерывание беременности на сроках свыше 22 недель, если, конечно, речь не идёт о состоянии крайней необходимости, когда преры-

вание беременности производится для сохранения жизни самой беременной. На практике распространены случаи, когда производится искусственное прерывание беременности на более поздних сроках. Ребёнок, который рождается в результате такой «операции», часто оказывается жизнеспособным.

Таким образом, уголовный закон защищает жизнь и здоровье человека с момента начала физиологических родов. Жизнь и здоровье плода, жизнь и здоровье новорожденного — это два самостоятельных явления, которые можно рассматривать как со стороны биологических, так и социальных аспектов. При этом правовое регулирование всех действий связанных с жизнью и здоровьем плода, жизнью и здоровьем человека должно быть различным. Соответственно, законом должны охраняться жизнь и здоровье, как плода, так и новорожденного ребёнка. Для ис-

ключения спорных вопросов по констатации жизни следует законодательно закрепить, с какого момента охраняется жизнь человека. Данным моментом следует признать начало физиологических родов.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года № 193 — IV по состоянию на 19 января 2011 года.
2. Бабурин В. Современные проблемы уголовно-правового риска // Уголов. право. - 2005. - № 4. — с.11 — 13.
3. Комментарии к Уголовному кодексу Республики Казахстан. Общая и Особенная части/ Под общ. ред. И.Ш. Борчашвили. Изд. 2-е. — Алматы, 2007 — 992 с.
4. Республика Казахстан. Верховный Суд. Постановление коллегии по уголовным делам Верховного Суда РК: № 2н-331-01 // Справочная правовая система «Юрист» [Электронный ресурс]. — 2007. — Режим доступа: <http://www.zakon.kz> — Дата доступа: 3 марта 2007 года.

УДК 616.211-089.168.1:615.23

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПОСРЕДСТВОМ ИРРИГАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ СИНОМАРИНА**

**Д.Е. ЖАЙСАКОВА, Ж.Т. МУКАНОВА, У.М. АДІЛЬХАНОВА, К.А. АНДРЕЮШКИНА**  
Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,  
Городская клиническая больница №5, г. Алматы

### **Резюме**

Полученные результаты хирургического лечения больных с аденоидами и септопластикой в послеоперационном периоде с помощью ирригационной терапии с применением Синомарина являются весьма перспективным направлением в оториноларингологии.

### **Тұжырым**

Синомаринды операциядан кейінгі жуып-шаю терапиясында пайдалану аденоидпен, септопластика ауруының хирургиялық емдеуінде алынған нәтижелері оториноларингологиядағы перспективті бағыт болып табылады.

### **Summary**

The obtained results of surgical treatment of patients with adenoids and septoplasty in postoperative period by irrigation therapy with using of Sinomarin are very promising direction in otorhinolaryngology.

Стремительное развитие хирургической науки, использование ею современных технических достижений послужило толчком в выборе лечения больных в послеоперационном периоде. Эффективность любой операции определяется не только техникой ее выполнения, объемом, но и большое значение имеет также послеоперационное ведение пациентов. Это относится не в меньшей мере и к хирургическим операциям в области полости носа и носоглотки<sup>1,7</sup>.

При проведении операции в той или иной степени происходит нарушение целостности слизистой оболочки. Течение послеоперационного периода ухудшает качество жизни пациента, что выражается в нарушении дыхания, в ощущениях местного дискомфорта, болезненности, сухости, жжения, нарушения обоняния<sup>2,3</sup>.

В патологии ЛОР-органов громадное значение имеют заболевания, связанные с воспалением глоточной миндалины, т.е. аденоидит и часто сопутствующая ему гипертрофия этой миндалины, а именно, аденоиды разной степени выраженности. К сожалению, до настоящего времени нет единой стратегии лечебных программ по ведению больных детей с патологией лимфаденоидного кольца, особенно, в послеоперационном периоде<sup>4</sup>. Такая категория больных требует особого внимания и наблюдения в послеоперационном периоде, связанного с нередкими осложнениями

ми в бронхолегочном аппарате. Это объясняется гипертрофией глоточной миндалины, которая, блокируя носоглотку и полость носа, ведет к ухудшению носового дыхания, снижению аэрации околоносовых пазух и, как следствие, ухудшению в клиническом течении синуситов, развитию патологии органа слуха и нижних дыхательных путей<sup>5,8</sup>.

В последние годы значительно возросло число пациентов с тяжелыми последствиями нерационально проведенного лечения данной патологии с использованием от 5 до 7 видов антибактериальных препаратов. Предложенные методики местного применения антибиотиков в виде капель в нос, промывания носовой полости, носоглотки, устраняют инфекционный агент, но в то же время, их применение неблагоприятно сказывается на состоянии слизистой оболочки, вызывая угнетение активности реснитчатого эпителия, снижение иммунного статуса слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

Деформация перегородки носа является наиболее часто встречающейся патологией в ЛОР-практике и при нарушении носового дыхания требует хирургического лечения. Подслизистая резекция носовой перегородки влечет за собой ряд осложнений: перфорацию перегородки, образование синехий, гематомы носовой перегородки, носовые кровотечения. С целью предупреждения

дения и оптимизации течения послеоперационного периода на завершающем этапе хирургического лечения используются различные лекарственные препараты, включающие в себя антибиотики, антисептические, противоотечные средства, масляные растворы и т.д. Важной проблемой оториноларингологических операций являются интра- и послеоперационные кровотечения. При операциях на перегородке носа часто встречающейся проблемой является скопление крови между мукоперихондриальными лоскутами с образованием гематомы. Поэтому с целью предотвращения этого осложнения, а также кровотечения из сосудов слизистой оболочки используется передняя, а при показаниях - задняя тампонада полости носа в течение 24-48 часов после операции. Таким образом, вышесказанное убедительно свидетельствует о том, что проблема регенерации тканей и гемостаза требует особого внимания в выборе медикаментозных препаратов в послеоперационном периоде. В этой связи, местная терапия патологии глотки и носа прооперированных больных является важнейшей частью терапии, а часто и самостоятельным методом лечения<sup>1,5,8</sup>.

Многочисленными исследованиями установлено, что при воздействии морской воды на слизистые оболочки верхних дыхательных путей улучшается местное кровообращение, усиливаются ферментативные и обменные процессы, проявляется гипосенсибилизирующее, болеутоляющее и противовоспалительное действие<sup>6,7,8</sup>.

Сотрудниками кафедры оториноларингологии КазНМУ и врачами 5 Городской клинической больницы ЛОР-отделения №2 было изучено терапевтическое действие на слизистую оболочку носоглотки и полости носа гипертонического 2,3% раствора морской воды «Синомарин» в виде продолжительного орошения, а также промывания после аденотомии и подслизистой резекции носовой перегородки. Благодаря осмотическому эффекту гипертонический раствор морской воды снимает отек и освобождает проходимость соустьев околоносовых пазух. Микроэлементы, входящие в состав морской воды, особенно ионы магния, оказывают репаративное действие на мерцательный эпителий, восстанавливая его функции. Природные антисептики - ионы хлора и йода — оказывают противовоспалительное и антисептическое действие, повышают сопротивляемость к инфекции и препятствуют запуску каскада воспалительных и аллергических реакций.

Формы выпуска в виде не дозированных спреев позволяют тщательно промывать носовую полость и механически удалять корочки, разжижают густую слизь, создают на поверхности слизистой слабощелочную среду, которая препятствует размножению болезнетворных микроорганизмов. Многообразие форм выпуска дает возможность для широкого применения этого стерильного раствора морской воды не только во всех возрастных категориях, но и при различных состояниях слизистой носовой полости. При выраженной атрофии и легкой ранимости кровеносных сосудов, можно применять Синомарин в виде капель или микронизированного душа (форма Мини), который обеспечивает микродисперсное распыление препарата, обеспечивает глубокое и мягкое орошение слизистой.

Целью нашего наблюдения явилось изучение эффективности применения Синомарина в комплексном лечении больных, перенесших хирургические вмешательства в полости носа (подслизистая резекция носовой перегородки и аденотомия).

Методика лечения заключалась в следующем: всем пациентам проводилась десенсибилизирующая и общеукрепляющая физиотерапия. Местно проводилась ирригационная терапия в виде применения Синомарина в виде капель (форма Нео) или микронизированного душа (форма Мини). В контрольной группе промывание носовой полости и носоглотки проводилось физиологическим раствором. Под нашим наблюдением находилось 50 детей в возрасте от 3 до 10 лет, подвергшихся оперативному вмешательству по поводу аденоидита. 20 детей составили контрольную группу. В другую наблюдаемую группу вошли пациенты с деформацией носовой перегородки, которым проводилась подслизистая резекция носовой перегородки. Пациентам обеих групп диагноз ставился на основании анамнеза заболевания, эндоскопического исследования полости носа и носоглотки.

При эндоскопическом исследовании жестким эндоскопом 70% оценивали следующие признаки: наличие отека слизистой оболочки, характер секрета и его локализацию, состояние носовой перегородки, наличие гребня, шипа, состояние проходимости общего носового хода, остеомаксиллярного комплекса. При эндоскопии носоглотки определяли состояние слизистой носовой полости, наличие лимфатических образований в куполе носоглотки, в устьях трубной миндалины, а также состояние розенмюллеровских ямок.

Таблица 1. Результаты исследования по балльной шкале

Группы	Затруднение носового дыхания	Слизистые выделения из носа	Риноскопия, оптическая эндоскопия
Основная	4-5 баллов на 2-3 сутки	1-3 балла на 3-4 сутки	1-2 балла на 2-4 сутки, 0 баллов на 7 дней
Контрольная	6-8 баллов на 2-3 сутки	5-7 баллов на 3-4 сутки	3 балла на 2-4 сутки, 1-2 балла на 7 день

В зависимости от применения препаратов, при медикаментозном лечении, больные с диагнозом аденоиды были разделены на 2 клинические группы:

1. В первую клиническую группу вошли 25 человек, лечение которых проводилось традиционным медикаментозным путем, орошение носоглотки проводилось физиологическим раствором.

2. Вторую группу составили 25 детей, которые при лечении получали Синомарин в виде капель и спрея.

В результате проводимого лечения следует отметить, что у пациентов 2-ой группы снять симптомы реактивного отека слизистой удалось на 6 сутки. Нормализация носового дыхания и купирование явлений отека, инфильтрации после аденоидии наступало на 7-8 сутки, что объективно подтверждалось данными эндоскопии носоглотки и улучшением данных акустической ринометрии. У всех детей 2 группы к концу проводимого лечения определялась тимпанограмма типа «А». В первой группе у двоих регистрировались тимпанограммы типа «В», когда отмечалось снижение подвижности структур среднего уха. Эффективность лечения у пациентов 1 группы составила 73%, у пациентов 2 группы - 93%.

Хирургическое вмешательство на носовой перегородке требует использование различных форм тампонады. Существенный недостаток тампонады носа – выключение носового дыхания. После удаления тампонов у пациентов наблюдались реактивные явления в виде незначительной отечности слизистой оболочки полости носа в задних отделах. В связи с развитием такой проблемы мы включили в разработку своих исследований больных с деформацией носовой перегородки, которым была произведена подслизистая резекция носовой перегородки в количестве 30 человек. Пациенты после операции были разделены на 2 группы по 15 человек. Основной группе носовое орошение проводили Синомарином в виде спрея. Контрольная группа получала оро-

шение в виде промывания физиологическим раствором. При сравнительной оценке динамики функционального состояния слизистой оболочки полости носа учитывали выраженность клинических симптомов (затруднение носового дыхания, образование корок в полости носа и др.) по 10-балльной шкале. Результаты риноскопии и оптической эндоскопии носа (выраженность реактивных явлений) оценивались по 3-х балльной шкале. (таблица 1)

Выраженность реактивных явлений в полости носа определялись при риноскопии и оптической эндоскопии носа по следующей балльной системе: отечность слизистой полости носа – нет – 0 баллов, незначительная – 1 балл, умеренная – 2 балла, выраженная – 3 балла.

Таким образом, назначение орошения носовой полости в послеоперационном периоде после эндоназальных вмешательств считаем оправданным. Установлено, что клинические симптомы у лиц основной группы после септопластики, получавшие Синомарин в виде спрея, по сравнению с контрольной группой менее выражены. Орошение помогает удалить секрет в носоглотке, в носовой полости, промывает раневую поверхность. Влияние носового орошения морской водой на слизистую оболочку носа, а значит и на мукоцилиарный клиренс, проявляется также в минимизации вероятности послеоперационного инфицирования и улучшения носового дыхания.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Tomooka L.T., Murphy C., Davidson T.M. Clinical study and literature review of nasal irrigation. *Laryngoscope* 2000; 110:1189-1193.
2. Johansen V. et al. How does postoperative endonasal mucosa care affect the nasal bacterial flora? *LRO* 1007; 75:580-583.
3. Bachmann G., Hommel G., Michel O. Effect of irrigation of the nose with isotonic saline solution on adult patients with chronic paranasal sinus disease. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2000; 257:537-541.

4. Fokkens W., Lund V. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps. *Rhinology* 2005; 36-39, 63-68.

5. Wabnitz d., Wormald P.L. A blinded, randomized, controlled study on the effect of buffered 0,9% and 3% sodium chloride intranasal sprays on ciliary beat frequency. *Laryngoscope* 2005; 115 (5):803-805.

6. Bounmany K., Mai Hoang Nguyen, Matthew W.R. Effects of buffered saline solution on nasal mucociliary clearance and nasal airway patency. *Otolaryngology – HeadandNeckSurgery* 2004;14,5: 679-682.

7. Мокроносова М.А Ирригационная терапия полости носа с позиций доказательной медицины Журнал Вестник оториноларингологии №1, 2009

8. И.М. Алибеков, Чеснокова А.А., Ю.С. Гацко и др. Ирригационная терапия с применением раствора морской воды при эндоскопических операциях с применением CO<sub>2</sub>-лазера в амбулаторной ЛОР-хирургии. Материалы XVIII съезда оториноларингологов России, том 3, 26-28 апреля 2011 года, стр. 15-17

УДК 616.211-002-056.3-084

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА

М.А. ИЗБАСАРОВ

Центральная городская клиническая больница, г.Алматы

### Резюме

Ухудшение экологического состояния окружающей среды приводит к росту числа заболеваний, в том числе и аллергического ринита (АР). Появление новых безопасных и эффективных методов профилактики и лечения АР позволяет пациентам и врачам проводить терапию без опасения развития побочных эффектов и взаимодействия применяемых препаратов.

### Тұжырым

Қоршаған ортаның экологиялық күйінің нашарлауы аурулардың санының өсуіне, сонымен қатар аллергиялық ринитке алып келеді. Аллергиялық риниттің алдын алуы, жаңа қауіпсіз және тиімді әдістерінің пайда болуы емделушілерге және дәрігерге аллергиялық ринит емдеу терапиясында қосымша эффектілердің дамудың қауіптенуі және қолданылатын препараттардың өзара іс-әрекетсіз өткізу.

### Summary

The worsening state of the environment leads to an increase of diseases, including allergic rhinitis (AR). The appearance of new safe and effective methods of prevention and treatment of AR allows to the patients and doctors to carry out treatment without fear of side effects and interactions of the drugs.

Современная деятельность человека привела к резкому ухудшению экологической обстановки: в природную среду выбрасываются большие количества газообразных, жидких и твердых отходов производства. Кроме химических отходов, в природе встречаются биологические загрязнения, вызывающие у человека различные заболевания. Это болезнетворные микроорганизмы, вирусы, гельминты и простейшие. Пыльца растений, появляющаяся в период цветения, вызывает аллергическую реакцию слизистой оболочки носа у пациентов, страдающих аллергическим ринитом. Одна из главных функций иммунной системы человека — это распознавание чужеродных антигенов при их взаимодействии с кожей

и слизистыми оболочками, контактирующими с окружающей средой.

При аллергическом рините в полости носа клетки мишени индуцируют медиаторы воспаления, появление которых влечет развитие сложного каскада иммунологических реакций. Среди таких медиаторов наибольшее патогенетическое значение имеют гистамин и лейкотриены, высвобождение которых и приводит к таким симптомам, как заложенность носа, приступы пароксизмального чихания, ринорея.

Для больных аллергическим ринитом, в первую очередь необходимо предупредить контакт с причинным аллергеном. В современной медицине этот этап лечения называют элиминацион-

ным. В его основе — предупреждение контакта пылевых частиц, пыльцы растений, бактерий, вирусов, плесневых и дрожжевых грибов, смол, поступающих с вдыхаемым воздухом со слизистой носовой полости.

В настоящее время стандарты лечения аллергического ринита утверждены в нормативном документе ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma), принятый ВОЗ в 1999 году. В этих стандартах использован принцип ступенчатой терапии, основанный на использовании различных лекарственных препаратов в зависимости от тяжести течения ринита. Первая ступень лечения предполагает элиминацию аллергена, вдыхаемого с воздухом. Во многих случаях достаточно устранить контакт с аллергеном, чтобы заболевание полностью прекратилось без какого-либо лечения. Например, при аллергии на клещей домашней пыли больному желательно переехать в другое помещение или провести антиакарицидные мероприятия, при аллергии на пыльцу растений — уехать в другую климатическую зону, где эти растения не произрастают. Но далеко не всегда есть возможность осуществления этих мероприятий.

В настоящее время в арсенале врачей появилось средство для проведения именно элиминационной терапии аллергического ринита. Компания «Назалез» (Великобритания), в 2001 году предложила препарат на основе мелкодисперсной целлюлозы, действие которого основано на создании на поверхности слизистой оболочки носа тончайшей гелеобразной пленки, на которой задерживаются аллергены и все вредные примеси вдыхаемого воздуха. У нас в Казахстане он известен под названием «Аллергиз». Со времени применения этого препарата было проведено достаточное количество клинических исследований, подтвердивших его эффективность.

В 2003 году Джослинг П. и Стедман С. провели открытое клиническое исследование «Применение порошка целлюлозы для лечения сезонного аллергического ринита» с участием 102 пациентов. В 2004 году Дж.С. Эмберлин, Р.А. Льюис - двойное слепое, плацебо контролируемое исследование по применению порошка целлюлозы у взрослых пациентов с симптомами АР (97 пациентов). На Всемирном конгрессе по аллергологии в Мюнхене, в 2005 году В. Айвазис, Е. Борли, Е. Марато (Салоники, Греция) представили исследование по изучению назального мукоцилиарного клиренса и мощности носового дыха-

ния у детей до и после терапии порошком целлюлозы у 100 детей с АР. Дж. С. Эмберлин, Р.А. Льюис, используя метод провокационных тестов аллергенами домашнего клеща у людей, sensibilized к данному аллергену, доказали эффективность мелкодисперсного порошка целлюлозы в предотвращении симптомов АР, это исследование было представлено на Всемирном конгрессе по аллергологии (Вена, июнь 2006 год).

В 2008 году проведен мета-анализ клинических исследований за 2004-2008 гг. (опубликован в *Open Allergy Journal*, 2008, 1, 1-4), который показал эффективность и, что не менее важно, абсолютную безопасность применения мелкодисперсного порошка целлюлозы при сезонном и круглогодичном АР. Н.Аберг, М.Бенсон (Гетеборг, Швеция) в 2009 году провели плацебо контролируемое клиническое исследование по применению назального порошка целлюлозы по профилактике и лечению сезонного аллергического ринита у детей.

Таким образом, проведенные клинические исследования доказали, что инертный мелкодисперсный порошок целлюлозы является эффективным и безопасным средством профилактики и лечения аллергического ринита у взрослых и детей. Он способен создать естественный, лишенный побочных эффектов, барьер на пути проникновения аллергенов и окисляющих поллютантов в воздухоносные пути.

В России, применение препарата на основе мелкодисперсной целлюлозы в комплексной терапии у больных аллергическим ринитом, после проведения ряда исследований, доказавших его эффективность и безопасность, одобрено президиумом РААКИ (Российская Ассоциация Аллергологов и Клинических Иммунологов) в 2010 году.

На сегодняшний день вопросы безопасности применяемых лекарственных средств достаточно актуальны. В медицинской литературе периодически публикуются сведения о побочных эффектах широко применяемых препаратов. Так, осенью 2011 года в журнале «Фармация Казахстана» было опубликовано заключение Европейского медицинского агентства (ЕМЕА) о результатах анализа системных побочных реакций, а также биологических эффектов при регулярном использовании ингаляционных глюкокортикостероидов (ИК): «Регулярное применение ИК может быть ассоциировано с риском развития

психических или поведенческих отклонений». Кроме того, ЕМЕА обращает внимание специалистов на то, что ИК могут вызывать задержку роста у детей. Соответствующие предостережения были внесены в инструкции по медицинскому применению кортикостероидов для ингаляционного или интраназального применения. Поэтому появление в арсенале врачей препарата без побочных эффектов, оказывающего только местное защитное действие и имеющего официальные показания в любом сроке беременности и у детей, можно назвать новым подходом в лечении и профилактике АР.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

3. P, Steadman S. Use of cellulose powder in the treatment of seasonal allergic rhinitis. *AdvTher* 2003; 20: 201-7.
4. Emberlin J, Lewis R. A double blind placebo controlled trial of inert cellulose powder for the relief of symptoms of hay fever in adults. *Curr Med Res Opin* 2006; 22: 275-85.
5. Aivazis V, Bourli E, Maratou E, et al. Study of mucociliary clearance and peak nasal inspiratory flow rate in children with allergic rhinitis before and after therapy with natural cellulose powder. *NeaPediatriChronica* 2005; 5: 101-7.
6. Emberlin J, Lewis R. A double blind placebo controlled cross over trial of cellulose powder by nasal provocation with Der p1 and Der f1. *Curr Med Res Opin* 2007; 23: 2423-31.
7. Diethart B., Emberlin J., Lewis R. Nasaleze cellulose powder delays house dust mite allergen (Der p1) diffusion in vitro.
8. «Фармация Казахстана» 2011 год №10

УДК 616.728-003.8-085

### СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ТЕРАПИИ ГОНАРТРОЗА

**Ш.М. КАЙЫРГАЛИ, Г.С. ЕСИРКЕПОВА, Г.А. КАЛИЕВА, Ж.Б. БИЖИГИТОВ**

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова,  
Городская поликлиника №8, г. Алматы

#### Резюме

Современные методы лечения гонартроза имеют хорошую доказательную базу, использование данных методов терапии улучшит качество жизни больных, уменьшит процент инвалидизации и временной нетрудоспособности пациентов.

#### Тұжырым

Тізе буынының артрозын емдеуде қолданылатын заманәуи әдістер жақсы дәлелдік негізделген. Бұл әдістерді қолдану нәтижесінде науқастардың өмір сүру сапасын жақсартып, мүгедектік пен уақытша еңбекке жарамсыздықты азайтуға болады.

#### Summary

Modern methods of treatment of osteoarthritis have good evidence, the use of these methods of therapy improves quality of life of patients, reduces the percentage of disability and sickness patients.

Дегенеративные поражения суставов являются самыми частыми патологическими состояниями, встречающимися среди заболеваний костно-мышечной системы. При остеоартрозе в патологический процесс вовлекаются гиалиновый хрящ, субхондральная кость, синовиальная оболочка и другие структуры сустава, такие как внутрисуставные связки, суставная капсула и прилежащие к суставу мышцы и сухожилия [1]. На раннем этапе формирования остеоартроза дегенеративные изменения развиваются в коленных, тазобедренных, дистальных межфаланговых суставах кистей. В клинической практике из перечисленных локализаций самым частым является гонартроз (ГА). Среди факторов риска развития ГА известны избыточная масса тела, некоторые эн-

докринные заболевания, последствия травм, накапливающиеся в течение жизни, длительно субклинически протекающие ортопедические отклонения [2].

Исходя из знаний о патогенезе гонартроза, общие задачи лечения данного хронического прогрессирующего заболевания суставов могут быть сведены к предотвращению деструкции хряща, уменьшению боли и к улучшению функции суставов. Немедикаментозное лечение гонартроза заключается в организации регулярных образовательных программ для пациентов, в ежедневном выполнении больным физических упражнений на укрепление мышц нижних конечностей, в использовании поддерживающих средств: трости, стельки, ортезы и снижения массы тела.

Условно все препараты, применяемые при лечении остеоартроза, в том числе и гонартроза, подразделяют на две группы: симптом – модифицирующие препараты и структурно – модифицирующие лекарственные средства. К препаратам первой группы относят нестероидные противовоспалительные средства (НПВП), наиболее часто используемые при лечении остеоартроза и имеющие преимущественное значение для устранения основных проявлений этого заболевания, главным образом боли и синовита. При длительном применении НПВП, воздействуют на различные патологические звенья воспаления, прежде всего, подавляют активность фермента циклооксигеназы и биосинтез простагландинов, приводят к ограничению воспаления и анальгетическому эффекту. НПВП, применяемые при остеоартрозе, должны обладать бесспорной противовоспалительной активностью при минимальном риске возникновения побочных реакций и сочетаться с целым рядом других лекарственных препаратов. Такой подход к терапии обусловлен, прежде всего, возрастом пациентов, страдающих остеоартрозом, и постоянным наличием у данных больных так называемых сопутствующих патологий, прежде всего, сердечно-сосудистой, эндокринной систем и желудочно-кишечного тракта. Следует учитывать, что с возрастом в организме гериатрического пациента развиваются нормативные изменения, такие как, уменьшение массы печени, замедление тока крови, снижение скорости фильтрации в клубочках почек, что в целом увеличивает риск возникновения токсических реакций при применении НПВП. В тех случаях, когда назначение НПВП затруднено или невозможно, используется внутрисуставное, введение ГКС, которые уменьшают уровень клеточного метаболизма, подавляют клеточную про-

лиферацию, продукцию металлопротеиназы и ИЛ-1, участвующего в деструкции хряща [3].

К препаратам второй группы, т.е. к структурно-модифицирующим средствам, могут быть отнесены глюкозамина сульфат (препарат дона), хондроитина сульфат (препарат структум, хондроксид), комбинированные препараты (хондроксид капсулы, терофлекс, артра), а также гиалуроновые соединения (остенил, гиалган, суплазин). Структурно-модифицирующие препараты подавляют выработку энзимов, вызывающих деструкцию хряща, усиление метаболических процессов в субхондральной кости и стимулируют выработку хондроцитами полноценных гликозаминогликанов [4]. Хирургическое лечение коленного сустава – артропластика рекомендуется пациентам с III и IV рентгенологическими стадиями ОА, имеющих выраженный болевой синдром, который не купируется лекарственными препаратами и имеет выраженную функциональную недостаточность.

Таким образом, применяемые в настоящее время методы лечения гонартроза имеют хорошую доказательную базу, использование которых улучшает качество жизни больных, уменьшает процент инвалидизации и временной нетрудоспособности пациентов.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Насонова Е.Л. Ревматология. Клинические рекомендации / Е.Л. Насонова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 326 с.
2. Лесняк О.М. Остеоартрит. Клинические рекомендации / О.М. Лесняк. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 68 с.
3. Geotzsche P.C. Non-steroidal anti-inflammatory drags / P.C. Geotzsche // Clin. Evid. – 2004. – Vol. 11. – P. 1560-1588.
4. Ли́ла А.М. Остеоартроз коленных суставов: лечение с позиции доказательной медицины / А.М. Ли́ла // Новые Санкт – Петербургские врачебные ведомости. – 2006. - №1(35). – С.38-44.

УДК 616.12-008.331.1-053.9-035

## ОСОБЕННОСТИ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИГИПЕРТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

**Г.Б. НУРМАНОВА**

Областной кардиологический центр, г. Уральск

### Резюме

Рациональное лечение артериальной гипертензии в пожилом возрасте остается открытым вопросом в современной медицине. Множество новых антигипертензивных препаратов не решило проблему, а только усугубило ее. Есть великолепное правило рациональной фармакотерапии: «От слабого к сильному, от простого к сложному, от короткого к длинному». К сожалению, это правило не всегда соблюдается.

### Тұжырым

Қазіргі таңдағы медицинада кәрілік жаста артериальдық гипертензиядан ұтымды емделу басты сұрақ болып қала береді. Көптеген жаңа антигипертензивті препараттар бұл мәселені қиындатпаса, жеңілдеті қойған жоқ. Рационалды фармакотерапияның мынадай тамаша ережесі бар: «Әлсізден мықтыға, қарапайымнан күрделіге, қысқадан ұзынға». Әкінішке орай, бұл ереже үнемі сақталмайды.

### Summary

Rational treatment of an arterial hypertension in advanced age remains an open question in modern medicine. The set of new antihypertensive preparation has not solved a problem but only has aggravated it. There is a magnificent rule of rational pharmacotherapy: «From weak to strong, from simple to difficult, from short to long». Unfortunately, the rule not always is observed.

Несмотря на достигнутые успехи в диагностике артериальной гипертензии, проблема до сих пор остается актуальной, особенно в гериатрии. В пожилом и старческом возрасте данная патология является основным фактором риска развития ОНМК, сердечной недостаточности, а также ИБС, почечной недостаточности, атеросклероза периферических сосудов и т.д. Поэтому рациональное лечение остается открытым вопросом в современной медицине. Множество новых антигипертензивных препаратов не решило проблему, а только усугубило ее. Есть великолепное правило рациональной фармакотерапии: «От слабого к сильному, от простого к сложному, от короткого к длинному». К сожалению, это правило не всегда соблюдается.

Медикаментозная терапия поздних форм артериальной гипертензии независимо от причин ее развития должна быть очень осторожной и обоснованной.

Не секрет, что снижение артериального давления должно быть главным, медленным, по возможности достигающим возрастной нормы. Резкое снижение артериального давления при возрастных изменениях в сосудах (атеросклероз, снижение эластичности и тонуса, пульсового кровенаполнения и т.д.) приводит к нарушению кровоснабжения жизненно важных органов. От-

ветственность за развитие церебральной, коронарной, почечной недостаточности после проведенной фармакотерапии, которая кажется адекватной на первый взгляд, целиком и полностью ляжет на врача, поспешившего резко снизить артериальное давление.

Необходимо учитывать, что стареющий организм подвержен опасности перепадов давления и возможно толерантен к назначаемым препаратам, а может быть наоборот, чувствителен к назначаемым препаратам. Поэтому начало терапии должно сводиться к применению минимально-терапевтических доз комбинаций, с последующим увеличением дозы до достижения терапевтического эффекта. Монорежим в данной ситуации не приемлем.

Пожилой и старческий возраст всегда требует комбинации препаратов, потому что зависит от нарушения многих функций организма. Главная задача - разорвать порочный круг на уровне ОЦК-ренин ангиотензинной системы.

Вот, например, что получается при сочетании ингибиторов АПФ с гипотиазидом (таблица 1).

После снижения и нормализации артериального давления дозы препаратов должны быть снижены до уровня профилактических. Во время стойкой нормализации артериального давления могут допускаться кратковременные перерывы

вы в приемах, но только одного или нескольких препаратов. Лечение в пожилом возрасте должно быть систематическим, а не курсовым. Правильной комбинацией двух препаратов обеспечивается стойкое снижение артериального давления практически у 70-80% больных. Длительный прием диуретика обычно вызывает гипокалиемию, поэтому больным следует периодически назначать внутрь препараты калия или с уменьшением дозы петлевых диуретиков назначать совместно калийсберегающие диуретические средства. У некоторых больных из-за систематического приема диуретических лекарственных

препаратов в плазме крови повышается концентрация триглицеридов и холестерина. Данные изменения требует врачебного контроля.

Больным сахарным диабетом или лицам со сниженной толерантностью к нагрузке глюкозой вместо петлевых диуретиков (гипотиазид, бринапидикса, хлорталидона и др.) назначают диуретики, действующие на нефрон-верошпирон по 250мг 2-3 раза в день по 15 дней с перерывами в 5 дней или подобный – амилорид.

При неэффективности сочетания двух препаратов, были рассчитаны и определены возможности сочетания трех и четырех лекарственных средств (таблица 2).

Таблица 1. Сочетание ингибиторов АПФ с гипотиазидом в пожилом возрасте

Препараты	Число больных	Исходное АД	Доза	АД после лечения (мм.рт. ст)
Каптоприл+ гипотиазид	215	183,2+14,5 (неэффективен у 44 больных)	50 мг 3 р/сут +25-50 мг 1 р/сут, затем 1 р 3 сут)	123+13,5/87+4,9
Эналаприл+ гипотиазид	154	183,2+23,7/107,6+14,5 (неэффективен у 12 больных)	20 мг 3 р/сут+25-50 мг 1 р/сут, затем 1 р в 3 сут	125,3+14,4/84+7,7
Периндоприл+ гипотиазид	76	183,2+23,7/107,6+14,5 (неэффективен у 8 больных)	4-8 мг 1 р/сут+25-50 мг 1 р/сут, затем 1 р в 3 сут	119,7+8,3/88,1+5,5

Таблица 2. Эффективность комбинаций у лиц пожилого возраста при артериальной гипертензии

Препараты	Число больных	Исходное АД (ммрт. ст)	Доза	АД после лечения
Нифедипин+ каптоприл+ гипотиазид	136	183,2+23,7/107,6+14,5 (неэффективен у 12) - 8,8%	Нифедипин 40-60 мг в сутки 50-100 мг в сутки, гипотиазид 50-75 мг в сутки в первой половине дня, затем 1 р. в 3 суток 25 мг.	124,3+5,5/76,4+7,6
Каптоприл+ гипотиазид+ метилдопа	155	183,2+23,7/107,6+14,5 (неэффективен у 19)- 12,2 %	Каптоприл 50-100 мг в сут, гипотиазид 25-50 мг в сутки в первой половине дня, метилдопа по 250 мг 3 раза в сутки	120,6+8,1/82,2+4,7
Анаприлин+ нифедипин+ гипотиазид+ каптоприл	188	183,2+23,7/107,6+14,5 (неэффективен у 23) - 12,2%	Анаприлин 80 мг 3 р/сут, нифедипин 20 мг 3р в сут, гипотиазид 50 мг в сут, утром, каптоприл 25 мг 3 р /сут.	124,6+9,3/87,4+7,6
Атенолол+ фуросемид+ метилдопа+ нифедипин	156	183,2+23,7/107,6+14,5 (неэффективен у 26) - 16,6%	Атенолол по 25-50 мг 2 р/сут, фуросемид 80 мг в сутки 2 раза в неделю, метилдопа по 250 мг 2 раза в день, нифедипин 120 мг в сутки.	128,2+9,6/93,1+6,4

Несмотря на эффективность сочетаний трех и четырех лекарственных средств, необходимо помнить, что назначаются они при тяжелых нарушениях, сопряженных с кардиальной симптоматикой, развивающейся сердечной недостаточностью, с выраженными проявлениями активизации симптомо-адреналовой системы: тремор рук, слабость, сердцебиение, раздражительность, потливость, плохой сон и т.д., отягченных повышенной массой тела и при неэффективности комбинации двух препаратов антигипертензивной направленности.

Если не достигнут результат сочетанием трех или четырех лекарственных препаратов, а также при быстром прогрессировании болезни или развитии злокачественного гипертензивного синдрома, то целесообразно перейти к назначению двух симпатолитиков (гуанетидин в возрастающих дозах), фуросемида в больших дозах, пери-

ферического вазодилататора или альфа-адреноблокатора. Среди альфа-адреноблокаторов наиболее эффективным в данной ситуации будет считаться апрессин (200 мг в сутки) или пратсиол (15 мг в сутки).

Альфа-адреноблокаторы можно заменить каптоприлом (75-100 мг в сутки) или диазоксидом (600-800 мг в сутки). Следует помнить, что при снижении скорости клубочковой фильтрации до 30-40 мл/мин и повышения уровня креатинина в крови, тиазидные диуретические средства и их заменители становятся неэффективными и опасными, вызывая дальнейшее повреждение почек.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авдонин П.В. Рецепторы и внутриклеточный кальций / П.В. Авдонин, В.А.Ткачук. - М.: Наука, 1994. - 295 с.
2. Трошин В.Д. Сосудистые заболевания нервной системы / В.Д. Трошин. - Н. Новгород, 1992. - 300 с.

УДК 616.12-008.46-053.9

## ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Г.Б. НУРМАНОВА

Областной кардиологический центр, г. Уральск

#### Резюме

Хроническая сердечная недостаточность является одной из важных проблем современной медицины. На основании результатов 324 исследований было сделано следующее предположение: сердечная недостаточность иногда не является совокупностью симптомов, а может проявляться в виде отдельных признаков, как например, аритмия.

#### Тұжырым

Созылмалы жүрек жетіспеушілігі қазіргі таңдағы медицинаның ең басты проблемасының бірі. 324 зерттеулердің қорытындылары негізінде келесідей тұжырым жасалды: жүрек жетіспеушілігі симптомдардың жиынтығы әсерінен ғана емес, кейде ол аритмия сияқты жеке көрініс ретінде байқалуы мүмкін.

#### Summary

Chronic heart failure is one of the important problems of modern medicine. On the basis of results of the 324 researches has been made the following assumption: the heart failure sometimes is not set of symptoms, and for example, the arrhythmia can be shown in the form of separate signs.

Как известно, проблема хронической сердечной недостаточности (ХСН) является одной из главнейших проблем в гериатрической практике во всем мире. В Республике Казахстан немаловажным фактором является несвоевременное обращение пожилых людей и стариков, особенно в отдаленных от областных центров районах. Возрастные изменения,

снижение сократительной функции миокарда за счет нарушений его функциональных и обменных процессов, нарушений нейро-гуморальной регуляции, возникающие из-за прогрессирования различных заболеваний сердца и сосудов планомерно приводят к развитию сердечной недостаточности, которая крайне проблематична вследствие ряда причин.

По проведенным исследованиям у 324 больных в возрасте от 62 до 89 лет было установлено, что чаще всего причиной сердечной недостаточности являлись ишемическая болезнь сердца с сопутствующей гипертензией, которая составила в проведенных наблюдениях 82% от всех случаев сердечной недостаточности (265 больных). Другими причинами развития сердечной недостаточности служили хронические неспецифические заболевания легких (24 больных), ревматизм и сопутствующие ему миокардиты (18 человек), заболевания щитовидной железы (14 больных), и другие патологии, сопряженные с нарушениями бронхиальной проводимости (онкология) - 3 пациента.

Развитие сердечной недостаточности в данной возрастной группе происходит незаметно, невыразительно, исподволь за счет характерной для этого возраста общей слабости, полиартрита различного генеза, нарушения кровообращения нижних конечностей, заболевания мочевыделительной системы и т.д.

Уменьшение сердечного выброса происходит на фоне сопутствующих патологий, учитывая возрастные изменения гемодинамики. Снижение сократительной способности миокарда и другие факторы сильно влияют на развитие сердечной недостаточности, которая протекает так вяло и бессимптомно, что обнаруживается только в тяжелой, запущенной стадии.

Конечно, когда все признаки сердечной недостаточности проявляются практически одновременно, постановка диагноза затруднения не вызывает (случая), но как видно, это происходит в данной возрастной группе не всегда. Так, например, у ряда больных сердечная недостаточность при легочной патологии проявилась только кашлем и одышкой при незначительной физической нагрузке (52 пациента).

У некоторых больных первым признаком дальнейшего развития сердечной недостаточности явилась тахикардия, особенно в случаях нарушения функции щитовидной железы (тиреотоксикоза) - 11 больных. У ряда больных с развивающейся сердечной недостаточностью признаками заболевания служили нарушения ритма, особенно мерцательная аритмия с большим числом желудочковых сокращений - 94 человека.

Особенными признаками развития сердечной недостаточности на фоне мнимого благополучия служат следующие симптомы, что отмечалось в 100% случаев: общая утомляемость, снижение физической активности, работоспособности, умственного потенциала, нарушение сна, шум в ушах,

покачивание при выполнении любых движений, двигательное эмоциональное беспокойство, спутанность мыслей, нечленораздельная речь.

Необходимо отметить, что при диагностике хронической сердечной недостаточности очень затруднительной оказывается интерпретация отеков в данной возрастной группе. Периферические отеки сами по себе еще не могут свидетельствовать о наличии сердечной недостаточности, так как встречаются и при других нозологиях. Провоцировать отеки могут варикозные расширения вен, гиподинамия, связанная с продолжительным нахождением в статичном состоянии (сидение, лежание, стояние в очередях), заболеваниями печени, почек, различными опухолями, локализованными во внутрибрюшной полости.

Акроцианоз является одним из главных признаков развития сердечной недостаточности, поскольку только этот симптом всегда сопровождает это заболевание (324 больных). Кроме того, у некоторых больных зафиксировано набухание шейных вен и увеличение границ сердца без сопутствующих признаков развития сердечной недостаточности (42 человека).

В 103 случаях зафиксировано наличие асцита с отеком нижних конечностей и области крестца. Кроме того, в 118 случаях отмечалась никтурия, которая заметно отличается от учащенного мочеиспускания из-за недостаточности сфинктера мочевого пузыря, что характерно для данной возрастной группы.

В 100 % случаев сердечная недостаточность характеризовалась увеличением печени с чувствительным, лабильным нижним краем с положительным синдромом гепатоюгулярного рефлюкса. Помимо всего, у некоторых больных развитие сердечной недостаточности без дополнительных признаков проявлялось в виде «застойного» гастрита или быстрым формированием язвенного процесса (93 пациента). В 31 случае сердечная недостаточность проявлялась в виде пневмонии, тяжело поддающейся лечению.

Таким образом, развитие сердечной недостаточности в пожилом и старческом возрасте следует подозревать при наличии следующих признаков:

1. Необъяснимая тахикардия или внезапно наступившая мерцательная аритмия;
2. Кашель и одышка, трудно поддающиеся лечению;
3. Наличие акроцианоза;
4. Быстрое формирование язвенной болезни или длительно текущего гастрита;
5. Наличие отеков, увеличенной печени,

расширение границ сердца, никтурия;

6. Вялотекущая застойная пневмония;

7. Проявление общеклинических диагностических признаков: утомляемость, снижение активности и т.д.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Identification of mechanisms and sites of action of mu and delta receptor activation in the canine intestine / J.A. Thekkumkara [et al]. - Pharmacol. Exp. Ther., 2004. - v. 268. - P. 689-700.

УДК 618.11/.18-002:615.37

## ИММУНОМОДУЛЯТОРЫ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА

Л.В. ЧЖЕН

«Жамбылская железнодорожная больница» ЖГМК, г. Тараз

#### Резюме

В статье описаны иммуномодуляторы в комплексной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза.

#### Тұжырым

Мақалада кіші жамбас мүшелерінің қабыну ауруларын кешенді терапиялаудағы иммуномодуляторлар сипаттаған.

#### Summary

This article describes the immunomodulators in the complex treatment of inflammatory diseases of the pelvic organs.

Под воспалительными заболеваниями органов малого таза (ВЗОМТ) понимают весь спектр воспалительных процессов верхнего отдела репродуктивного тракта у женщин. Они могут быть представлены как одной нозологической формой (эндометрит, сальпингит, оофорит, тубоовариальный абсцесс, пельвиоперитонит), так и любыми другими их сочетаниями. Значение воспаления двойственно. С биологической точки зрения это процесс защитно—приспособительного характера, направленный на уничтожение агента, вызвавшего повреждение, и восстановление поврежденной ткани.

С клинических позиций — это болезнь, характеризующаяся не только местными, но и общими проявлениями: лихорадкой, изменениями состава белков крови, явлениями интоксикации, увеличением скорости оседания эритроцитов и т.д. Инфекции, передающиеся половым путем, оказывают множество неблагоприятных воздействий на здоровье человека, но наиболее значимым из них является вред, наносимый репродуктивной функции. При этом страдают как мужчины, так и женщины, однако надо признать, что женское здоровье в осуществлении репродуктивной функции играет большую роль. Больные с ВЗОМТ составляют 60—65% всех пациенток на

приеме у гинеколога, при этом именно воспалительные заболевания органов малого таза являются самой частой причиной негормонального бесплодия, эктопических беременностей, невынашивания беременности, пороков развития плода и др. Наибольший пик заболеваемости ВЗОМТ наблюдается у лиц в возрасте от 15 до 24 лет, после 30 лет их частота значительно уменьшается, что может быть обусловлено как изменением полового поведения, так и появлением защитных антител в цервикальном канале. Риск развития ВЗОМТ зависит от сексуальной активности, частоты смены партнера, возраста, способа контрацепции, инвазивных гинекологических вмешательств. Эти заболевания редко встречаются во время беременности, в пери— и постменопаузальном периодах. Если ВЗОМТ возникают у женщин этих групп, то наиболее часто являются вторичными или распространяющимися из других очагов интраабдоминального воспаления. Практически все микроорганизмы, присутствующие во влагалище (за исключением лакто— и бифидобактерий), могут принимать участие в формировании ВЗОМТ. Обычно обнаруживаются ассоциации от 3 до 8 видов микроорганизмов. Смешанная инфекция, с одной стороны, утяжеляет течение воспалительного процесса, а

с другой стороны, лишает его нозологической специфичности. Вероятнее всего, причиной формирования микст-инфекций является неэффективность антибактериальной терапии. Неправильно подобранные препарат, доза, режим приема, небрежность пациента в процессе лечения — все это приводит лишь к купированию острых симптомов и развитию хронического процесса. В дальнейшем, при последующих заражениях другими возбудителями формируется ассоциация, которая, в свою очередь, целиком может передаваться партнеру. В настоящее время главенствующую роль в формировании ВЗОМТ представляет условно-патогенная флора. Установлено, что половым путем передается свыше 20 возбудителей [5,18].

Воспалительный процесс может развиваться и в результате активации нормальной эндогенной флоры влагалища, при ослаблении факторов естественной резистентности под воздействием ряда повреждающих агентов окружающей среды, а также после родов, аборт, при использовании внутриматочных контрацептивов. Важную роль в патогенезе воспалительных процессов в гениталиях играет иммунная система. При хронических рецидивирующих воспалительных заболеваниях возникает состояние вторичного иммунодефицита. Состояние гуморального и клеточного иммунитета у пациенток с хроническими ВЗОМТ также претерпевает значительные изменения. Отмечается снижение содержания Т-хелперов, Т-супрессоров, В-лимфоцитов, IgG, избыток IgM. В сумме происходит угнетение Т-зависимых иммунных реакций, селективная недостаточность количества В-клеток, гиперпродукция IgM, торможение поглотительной и метаболической активности фагоцитов. Основной спектр микроорганизмов, ответственных за возникновение воспалительных заболеваний гениталий, состоит из следующих представителей: хламидии, гонококки, микоплазмы, уреоплазмы и трихомонады. Ежегодно в мире регистрируется 100 млн. случаев заражения хламидиозом, 62 млн. — гонорей, 170 млн. — трихомониазом. Каждое по отдельности из этих заболеваний наносит значительный вред здоровью человека, однако, в настоящее время наблюдается неуклонная тенденция к ассоциации этих возбудителей, возникновению так называемых микст-инфекций, что, несомненно, существенно ухудшает течение и прогноз заболевания. По нашим данным, сочетание хламидий с гонококком от-

мечается у 33,7% пациенток, с уреоплазмой — у 19,1%, с трихомонадой — у 31,3%, хламидийно-кандидозная ассоциация — у 9%. Одновременно три различные инфекции встречаются у 10,6%, 4–5 инфекций — у 5,6%. Лечение следует назначать при наличии у пациентов клинических проявлений воспалительного процесса и в том случае, если *U. urealyticum* и *M. hominis* выявляются в количестве более 104 КОЕ/мл [4,17]. Минимальные критерии ВЗОМТ:

- Болезненность при пальпации в нижней части живота;
- Болезненность в области придатков;
- Болезненные тракции шейки матки.

Основное место в терапии воспалительных заболеваний органов малого таза занимают антибактериальные средства, подобранные с учетом данных микробиологического исследования. Учитывая полиэтиологичность воспалительных заболеваний придатков матки, а также необходимость начинать лечение как можно раньше, еще до лабораторной идентификации возбудителя, врачи применяют комбинации антибактериальных препаратов, способных устранять наибольшее число возможных патогенных микроорганизмов, либо препараты широкого спектра действия, обеспечивающие достаточный клинический эффект в виде монотерапии. В настоящее время существуют многочисленные иммуномодулирующие препараты как естественного, так и искусственного происхождения. Идет интенсивный поиск иммуномодулирующих средств, применение новых наукоемких технологий в этой области расширяет возможности разработки новых мощных, в частности, рекомбинантных эндогенных цитокинов, обладающих оптимальным лечебно-профилактическим потенциалом с минимальными побочными эффектами. Следует отметить, что процессы воспаления и иммунитета очень тесно связаны, а в настоящее время воспалительная и иммунная реакции рассматриваются как единое целое. В схему современной комбинированной терапии хронических ВЗОМТ входит иммуннозаместительная и стимулирующая терапия. Иммуномодуляторы — это лекарственные средства, обладающие иммуностропной активностью, которые в терапевтических дозах восстанавливают функции иммунной системы (эффективную иммунную защиту). Иммуномодуляторы не должны вызывать чрезмерную сенсибилизацию и индукцию иммунопатологических реакций, а также не должны по-

тенцировать ее у других медикаментов. Необходимыми качествами приемлемости кандидата также являются предсказуемость схемы метаболизма и путей выведения из организма, высокая совместимость с другими препаратами, применяемые при инфекционных и воспалительных заболеваниях. Наиболее известным представителем веществ этого класса является нуклеозид аденозин, который влияет на все аспекты иммунной системы. Инозин является метаболитом аденозина, формируемым вследствие расщепления последнего под воздействием диаминазы. Инозин обладает аналогичными предшественнику свойствами, включая противовоспалительный эффект при эндотоксическом и септическом шоке. Он ингибирует секрецию провоспалительных цитокинов, в том числе фактора некроза опухоли (TNF- $\alpha$ ) и интерлейкина (IL). Инозин также ингибирует продукцию радикалов супероксида стимулированными нейтрофилами. Усваиваемость инозина высокая (более 90%), а полная элиминация инозина и его метаболита, мочевой кислоты из организма происходит в течение 48 часов, следовательно, кумуляции инозина в организме не происходит. Следует отметить, что с целью повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у женщин репродуктивного возраста с хроническими ВЗОМТ для снижения выраженности воспалительно-деструктивных процессов, активации саногенетического потенциала организма, улучшения психоэмоционального состояния и

восстановления нарушенных репродуктивных функций целесообразно использование иммуномодулятора Гроприносин. Применение препарата Гроприносин оказывает выраженное корригирующее влияние на показатели иммунного и оксидантного статусов, а также позволяет получить высокий процент выздоровления при воспалительных заболеваниях половых органов [2,6].

Таким образом, включение в комплекс лечебных мероприятий, при хронических ВЗОМТ, иммуномодулирующего препарата Гроприносин позволяет существенно снизить частоту основных клинических проявлений и рецидивов, а также восстановить генеративную функцию. Это дает право рекомендовать Гроприносин для широкого использования в практическом здравоохранении.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамченко В.В., Башмакова М.А., Корхов В.В. Антибиотики в акушерстве и гинекологии. – Санкт-Петербург: Спецлит, 2000. – 220с.
2. Мынбаев О.А., Елисева М.Ю., Масихи К.Н. и др. Гроприносин – высокоэффективный иммуностимулятор для «трудных» пациентов с нарушениями в иммунной системе. Трудный пациент. 2009; 8–9: 5–12.
3. Подзолкова Н.М., Созаева Л.Г., Осадчев В.Б. Папилломавирусная и герпетическая инфекция в акушерстве и гинекологии. Учебно-методическое пособие. М.: 2002. – 77с.
4. Прилепская В.Н., Быковская О.В. Уреаплазменная инфекция: клиника, диагностика, лечение. Патология шейки матки. Генитальные инфекции. 2006; 1: 46–52.

УДК 616.24-003.976-073.75-031

**АПЛАЗИЯ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО****С. АЛИСОВ**

Кызылординский областной медицинский центр, г. Кызылорда

**Резюме**

В статье дана информация об аплазии левого легкого.

**Тұжырым**

Мәтінде өкпенің сол жағындағы аплазиясы туралы ақпарат берілген.

**Summary**

The article gives information about aplasia of the left lung.

Пороки развития легких и бронхов встречаются крайне редко, в основном связанные с недоразвитием легкого, его анатомических, структурных и тканевых элементов. К ним относятся агенезия, аплазия, гипоплазия (простая и кистозная), а также врожденная долевая эмфизема и трахеобронхомегалия.

Прижизненное распознавание и дифференциальная диагностика врожденных аномалий легких стали возможными лишь с применением специальных методов рентгенологического исследования (бронхография, ангиография и др.).

Приводим наше наблюдение. Больной Т., 18 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом: острый аппендицит. Клинические и лабораторные данные соответствовали установленному диагнозу. В экстренном порядке больному произвели аппендэктомию. При флюорографическом обследовании органов грудной клетки у него обнаружено отсутствие левого легкого. Как-либо жалоб со стороны системы дыхания у больного не было.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Пульс - 70 ударов в минуту, АД-110/70 мм рт.ст. Дыхание в легких справа везикулярное, слева не проводится, иеркаторно-тимпанический звук. Живот мягкий, безболезненный.

На прямой передней рентгенограмме: грудная клетка слева расширена, легочные поля справа

прозрачные во всех отделах, сосудистый рисунок обычной структуры. Слева легочный рисунок отсутствует, лишь в области левого корня легкого имеются тени овальной формы и средней интенсивности размерами около 4x2 см и 4,5x2,5 см - рудиментарные остатки легочной ткани. Органы средостения несколько смещены вправо. Границы сердца в пределах нормы. Больной выписан на 10-й день после операции в удовлетворительном состоянии. Со стороны анализов крови и мочи изменений нет.

Через месяц больному под местной анестезией сделали бронхографию. На бронхограмме левого легкого контрастируются только укороченные, суженные и недоразвитые верхние и нижнедолевые бронхи с единичными сегментарными ветвями, а остальные сегментарные бронхи отсутствуют. Из анамнеза выяснено, что больной каких-либо заболеваний или травм легких не помнит, туберкулез у себя и родственников отрицает, вредных привычек не имеет. Работает каменщиком. В настоящее время чувствует себя хорошо.

Таким образом, у обследованного нами больного имеется врожденная патология - аплазия левого легкого с недоразвитием главных, отсутствием сегментарных и субсегментарных бронхов, однако это не отразилось на его физическом развитии и самочувствии.

УДК 618.15/.16-002

**ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ВУЛЬВОВАГИНАЛЬНОГО КАНДИДОЗА****Л.В. ЧЖЕН**

«Жамбылская железнодорожная больница» ЖГМК, г. Тараз

**Резюме**

В статье описаны основные принципы терапии вульвовагинального кандидоза.

**Тұжырым**

Мақалада сарпай-іншектік кандидоз терапиясының негізгі қағидаттары сипатталған.

**Summary**

The article describes the basic principles of treatment of the vulvovaginal candidiasis.

Организм человека и его микрофлора являются составными частями единой экологической системы, находящейся в состоянии динамического равновесия. В свою очередь, на оба вышеназванных компонента этой экологической системы оказывают влияние экзогенные факторы внешней среды. Нормальная микрофлора влагалища у женщин характеризуется большим разнообразием видов бактерий и подразделяется на облигатную, характерную для здоровых женщин, и транзиторную. Взаимодействия между представителями нормальной микрофлоры и клетками вагинального эпителия осуществляются на клеточном и молекулярном уровнях и постоянно контролируются со стороны других систем макроорганизма. Результатом этих взаимодействий является создание и поддержание высокой колонизационной резистентности во влагалище к заселению его патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, что в свою очередь, способствует поддержанию состояния здоровья у женщины на оптимальном уровне. При самых разнообразных внешних воздействиях, экстремальных условиях, стрессовых ситуациях, в случаях снижения иммунного статуса, при гормональных нарушениях, возникновении гинекологических заболеваний как инфекционной, так и неинфекционной этиологии, в генитальном тракте могут происходить качественные и количественные изменения микрофлоры. Следует особо отметить, что антибактериальная терапия, с успехом используемая для профилактики и лечения заболеваний инфекционной этиологии, в то же время является одной из причин развития дисбактериозов влагалища. Кроме антибактериальной терапии, повреждающее действие на нормальную микрофлору влагалища

способны оказывать гормональная терапия и химиотерапия, применение внутриматочной или местной контрацепции и дезинфектантов. В случае же применения антибиотиков на фоне уже развившихся дисбактериозов влагалища усиливается степень их выраженности. Уменьшение во влагалище количества бактерий, принадлежащих к нормальной микрофлоре женского полового тракта, приводит к выраженному снижению, а в ряде случаев к полной утрате колонизационной резистентности влагалища, заселению его условно-патогенными микроорганизмами экзогенного происхождения и избыточному размножению эндогенных микроорганизмов, не способных доминировать в норме, что обуславливает формирование патологических состояний у женщин. Особую опасность представляют для беременных женщин нарушения микрофлоры родовых путей, так как они могут явиться причиной прерывания беременности, преждевременных родов, внутриутробного инфицирования плода и послеродовых осложнений у матери. Учитывая то, что число факторов, способствующих нарушению нормальной микрофлоры влагалища велико и их спектр возрастает, а также то, что частота этой патологии высока и не имеет отчетливой тенденции к снижению, профилактика и лечение дисбактериозов влагалища, разработка и внедрение эффективных методов их диагностики является одной из важных проблем современной медицины [6,12]. В настоящее время во многих странах мира отмечен рост вагинальных инфекций, которые прочно занимают ведущее место в структуре акушерско-гинекологической заболеваемости. Одной из наиболее частых причин обращения женщин к врачу являются поражения слизистой влагалища и наруж-

ных половых органов, обусловленные дрожжеподобными грибами — вульвовагинальный кандидоз (ВК). К 25 годам более чем половине современных женщин хотя бы один раз ставили диагноз «вагинальный кандидоз». По данным зарубежных исследований, у 75% женщин детородного возраста отмечали один эпизод этого заболевания, а у 50% — повторный. У беременных данное заболевание встречается в 30–40% случаев, перед родами этот показатель может достигать 45–50%. Диагноз ВК ставят, оценивая данные анамнеза, жалоб, клинических проявлений и результаты лабораторных исследований. Клиническая картина обычно характеризуется следующими симптомами:

- Обильными или умеренными творожистыми выделениями из половых путей;
- Зудом, жжением и раздражением в области наружных половых органов;
- Усилением зуда во время сна или после водных процедур и полового акта;
- Неприятным запахом, усиливающимся после половых контактов.

Основными методами диагностики урогенитального кандидоза являются:

- Микроскопия мазков вагинального отделяемого в нативных и окрашенных по Граму препаратах. Данный метод позволяет определить наличие гриба, его мицелия или спор; выявить наличие микробов — ассоциантов; определить принадлежность к облигатно-анаэробным видам или лактабактериям;
- Культуральный метод — посев материала на питательную среду Сабуро. Данный метод позволяет определить родовую и видовую принадлежность грибов, их чувствительность к антифунгальным препаратам, выявить степень колонизации, наличие сопутствующей бактериальной флоры;
- Метод ПЦР основан на обнаружении в исследуемом материале единичных молекул ДНК возбудителей.

Терапию урогенитального кандидоза проводят только при наличии клинических признаков вульвовагинита и при выявлении грибов рода *Candida* при микроскопии или культуральном исследовании. При бессимптомном носительстве лечение не требуется. Новые сведения об этиологии, эпидемиологии и патогенезе ВК внесли изменения в укоренившиеся в последние десятилетия подходы к терапии. Так, некоторые из них теперь признаются необоснованными. Практика показывает, что часто контакт грибов рода

*Candida* и слизистых оболочек формирует транзитное кандидоносительство, не требующее назначения антифунгальной терапии. Однако при изменениях в системе резистентности макроорганизма может происходить интенсивный рост грибов и устойчивая колонизация слизистых оболочек. Лечение при ВК до настоящего времени остается одной из важнейших проблем в акушерстве и гинекологии. По результатам сравнительных исследований лечение антимикотиками местного действия не способствует сокращению рецидивов заболевания, так как не исключается возможность источника реинфекции в кишечнике. Многие пациентки считают местную терапию неприятной процедурой и преждевременно прекращают лечение. Однако опросы свидетельствуют, что многие пациентки предпочитают интравагинальный способ лечения кандидоза пероральному. Лекарственные средства, применяемые для лечения ВК должны отвечать следующим требованиям:

- Иметь широкий спектр действия;
- Обладать избирательным противогрибковым (фунгицидным или фунгистатическим) действием;
- Иметь минимальную частоту выработки резистентности у возбудителей;
- Быть хорошо совместимым с препаратами других фармакологических групп;
- Быть нетоксичным даже в случае длительного применения;
- Быть устойчивым и хорошо всасываться из желудочно-кишечного тракта;
- Длительно действовать;
- Быть экономически доступным.

В соответствии с химическим строением, препараты для лечения ВК подразделяются на следующие группы:

- Препараты полиенового ряда (нистатин, леворин);
- Препараты имидазолового ряда (бутоконазол, клотримазол);
- Препараты триазолового ряда (флуконазол, итраконазол);
- Комбинированные препараты (клион Д, макмирор комплекс).

Вагинальный крем является эмульсией типа «вода в масле», поэтому придает биоадгезивное свойство носителю бутоконазола. При интравагинальном применении бутоконазол находится на слизистой влагалища в течение 4–5 дней. Крем обладает высоким биоадгезивным свойством. При лечении ВК препаратом Гинофорт, клини-

ческое и этиологическое излечение наступило практически у всех пациенток, что говорит о том, что препарат является высокоэффективным средством, который быстро купирует симптомы, удобен в применении, не вызывает побочных реакций при приеме. Следует также отметить высокую эффективность препарата при рецидивирующем течении заболевания и уменьшение колонизации грибов рода *Candida* в прямой кишке после его приема. Благодаря высокой активности против *Candida albicans*, особенностям фармакокинетики и удобной схеме применения Гинофорт является высокоэффективным препаратом для лечения пациенток с ВК, способным обеспечить длительную защиту от рецидива. Высококомплаентный препарат Гинофорт может

быть препаратом первого выбора, как для лечения, так и профилактики эпизодов ВК.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Прилепская В.Н., Байрамова Г.Р. Вульвовагинальный кандидоз. Клиника, диагностика, принципы терапии. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2010.— 80 с.
2. Серов В.Н., Тютюнник В.Л. Вульвовагинальный кандидоз: особенности течения и принципы лечения. // Фарматека.—2005.— № 15 (110).— С.38–43.
3. Карапетян Т.Э., Насхлеташвили И.В., Тютюнник В.Л. Вульвовагинальный кандидоз: современный взгляд на проблему. // Русский медицинский журнал.—2011.— Т. 19, № 1 (395).— С.64–67.
4. Тютюнник В.Л., Карапетян Т.Э., Балущкина А.А. Современные принципы профилактики и лечения вульвовагинального кандидоза. // Русский медицинский журнал.—2010.— Т. 18, № 19 (383).— С.1186–1190.

УДК 616.12-005.4-035:615.8:612.015.39

### ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

**Ж.К. ШИНЫБАЕВА**

Городская поликлиника №5, г. Тараз

#### Резюме

В данной статье описаны физиотерапевтические методы коррекции обмена веществ при ишемической болезни сердца, приведены их краткие характеристики и техника выполнения, основные противопоказания к физиотерапии.

#### Тұжырым

Бұл мақалада жүректің ишемиялық ауруы кезіндегі зат алмасуды коррекциялаудың физиотерапевтік әдістері қысқаша сипаттамасы, орындалу техникасы және физиотерапияға қарсы негізгі көрсеткімдері сипатталған.

#### Summary

This article describes the physiotherapeutic methods of correction of a metabolism during ischemic heart disease, also are given a brief description of their technique and performance, the main contraindications to physiotherapy.

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) — это заболевание, характеризующееся наличием острой или хронической коронарной недостаточности, несоответствием потребности миокарда в кислороде вследствие атеросклеротического сужения или спазма венечных артерий, ухудшения реологии крови и микроциркуляции, приводящее к нарушению структуры и функции сердца. Наиболее частой причиной ИБС является атеросклероз коронарных артерий. В основе развития ИБС лежат такие факторы риска, как пожилой возраст, высокое АД, курение, дислипидемия, сахарный диабет, ожирение (в первую очередь абдоминальное), а также наследственность, высокий уровень

гомоцистеина и алипопротеина крови, малоподвижный образ жизни и большая концентрация фибриногена. Вероятные факторы: высокий уровень триглицеридов, негативные черты характера (враждебное поведение), большие запасы железа, очаги хронической инфекции.

Коррекция метаболических нарушений в миокарде может быть достигнута при воздействии физических факторов непосредственно на миокард, при применении методов, оказывающих трофическое влияние на сердце через вегетативную нервную систему и путем специфического действия на метаболизм миокарда. Физические методы не предназначены для купирования при-

ступов стенокардии и применяются преимущественно в период ремиссии ИБС, при стабильном течении с редкими приступами, по окончании обострения.

**Методы коррекции обмена веществ. Инфракрасная лазеротерапия.** При поглощении энергии лазерного излучения фотоакцепторами (молекулами нуклеиновых кислот и кислорода) активируется система мембранной организации молекул (дыхательной цепи, митохондрий, системы вторичных мессенджеров - цАМФ и цГМФ), улучшается сопряжение процессов окисления и фосфорилирования, в результате чего увеличиваются синтез макроэргов и аэробная мощность миокарда в отношении окисления свободных жирных кислот и глюкозы. В результате инициации окисления с фосфорилированием активируется цикл трикарбоновых кислот (цикл Кребса), а увеличение напряжения кислорода в миокарде под действием лазерного излучения в комплексе с усилением окислительного фосфорилирования транспортом ионов кальция через мембрану сарколеммы, нарастанием числа функционирующих коллатералей и активацией транспорта кислорода в капиллярах создает условия для экономного потребления кислорода. Нарастание содержания молекул и РНК приводит к увеличению содержания в кардиомиоцитах различных органоидов, прежде всего рибосом и гранулярного эндоплазматического ретикула, и следующей за этим активации синтеза белков. В результате усиления метаболизма кардиомиоцитов повышается коронарный резерв миокарда, что приводит к улучшению физической и психологической составляющей качества жизни больных, предупреждает прогрессирование ИБС и развитие дисфункции миокарда левого желудочка сердца.

Облучение проводят по полям (середина левой грудно-ключично-сосцевидной мышцы, второе межреберье справа и слева от грудины, средняя треть грудины, четвертое межреберье по левой среднеключичной линии, угол левой лопатки, паравертебрально на уровне Тш-Тп и др.); в течение одной процедуры облучают 4-5 полей, по 1-2 минуты каждое, контактно, в непрерывном режиме с выходной мощностью до 40 мВт, или в импульсном режиме с частотой 20-1000 импульсов, ежедневно; курс 10-15 процедур.

**ДМВ-терапия области сердца.** Электромагнитное излучение дециметрового диапазона в результате поляризации гидратных оболочек гликоли-

пидов и белков вызывает конформационные перестройки мембран кардиомиоцитов и усиливает транспорт гидратированных ионов через многомембранные системы миокарда. В результате нарастания транспорта протонов по дыхательной цепи увеличивается интенсивность фосфорилирования в митохондриях, снижается уровень перекисного окисления липидов в кардиомиоцитах, стабилизируются их сарколема, активируются процессы регенерации при одновременном снижении потребности миокарда в кислороде. Повышается также активность ряда ферментов дыхательной цепи, активируется система вторичных посредников (циклические нуклеотиды, ионы кальция). Применяют электромагнитные колебания частотой 460 МГц мощностью 15-20 Вт, по 10-12 мин, ежедневно; курс 10-12 процедур.

**Лекарственный электрофорез.** Применяют метаболические корректоры и сосудорасширяющие препараты: 2-5% раствор калия хлорида, 2% раствор магния сульфата, 1% раствор метионина, 1% раствор панангина, 2% раствор витамина В1, 2% раствор витамина В6, 100-200 мкг витамина В12. Метионин обладает липотропным действием, участвует в процессе переметилирования. Витамин В1 увеличивает скорость нервно-мышечной передачи в синапсах. Витамин В6 входит в состав ферментов, осуществляющих декарбоксилирование и периаминирование аминокислот, участвует в процессах липидного обмена при атеросклерозе, а витамин В12 уменьшает содержание холестерина, увеличивает холестерин-лецитиновый индекс, участвует в процессе синтеза нуклеиновых кислот. Назначают при стенокардии напряжения I-II ФК транскардиально и сегментарно; по 10-15 минут, ежедневно; курс 10-15 процедур. Электрофорез витаминов проводят по интраназальной методике, при силе тока 0,3- 3,0 мА, по 10 минут, ежедневно; курс 10-15 процедур.

**Противопоказания:** нестабильная стенокардия, спонтанная стенокардия Принцметала, недостаточность кровообращения выше I степени - для бальнеопроцедур и выше II степени - для аппаратных методов физиотерапии, атриовентрикулярная блокада выше I степени, хроническая аневризма сердца, острый период инфаркта миокарда, выраженная вегетоэндокринная дисфункция. Также сложные нарушения ритма сердца (мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, пароксизмальная тахикардия, политопная экстрасистолия, монофокальная частая экстрасистолия разного происхождения), стабильная

стенокардия IV ФК (применяют другие методы, в том числе, лазеротерапию, магнитотерапию).

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Боголюбов В.М. Общая физиотерапия / В.М. Боголюбов, Г.Н. Пономаренко. - Санкт – Петербург.: 1996.

2. Поздняков Ю.М. Практическая кардиология / Ю.М. Поздняков, В.Б. Красницкий. – М.: БИНОМ, 2007.

3. Ушаков В.А. Практическая физиотерапия / В.А. Ушаков. – М.: МИА, 2009.

4. Ясногородский В.Г. Справочник по физиотерапии / В.Г. Ясногородский. - М.: Медицина, 1992.

УДК 616.346.2-002-036.11-089:614.2

## АНАЛИЗ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ЗА 2008-2010 гг. ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ТАЛГАРСКОГО РАЙОНА

**Е.Ж. САРСЕНБАЕВ**

КГКП «Центральная районная больница Талгарского района», г. Талгар

#### Резюме

Из общего числа проведенных операций первое ранговое место занимал острый аппендицит (68,6%), второе место – острый холецистит (18,2%) и третье - перфоративная язва двенадцатиперстной кишки и желудка (4,8%).

#### Тұжырым

Жалпы жасалынған оталар арасында жедел соқыр ішек (68,6%) бірінші орынды, екінші орынды-жедел холецистит (18,2%) және үшінші орынды – перфоративті он екі елі ішек пен асқазан жарасы (4,8%) алады.

#### Summary

From total number of the spent operations the first a place was occupied with an acute appendicitis (68,6%), the second place – a sharp cholecystitis (18,2%) and the third - ulcer of a duodenal gut and a stomach (4,8%).

Планирование производственной деятельности хирургических отделений клинической больницы должна базироваться на их медико-экономическом анализе, заболеваемости населения региона, тенденциях возможных изменений и рисков, а также объемах и структуре специализированных видах медицинской помощи, оказываемой населению в лечебно-профилактических организациях.

Низкая оперативная активность, а в некоторых лечебно-профилактических организациях почти полное отсутствие плановой хирургии, вынуждает многопрофильные больницы использовать свой коечный фонд для оказания помощи более низкого технологического уровня, чем предусмотрено лицензированием. Подобная ситуация имеет не только отрицательные экономические последствия, но и создает очередность для больных на оперативное лечение с более сложной патологией. Более того, низкая оперативная активность, и, как следствие этого, отсутствие

должной частоты оперативной практики у хирурга, безусловно, отражается и на качестве лечения больных, увеличивая количество послеоперационных осложнений.

Динамика оперативной деятельности ЦРБ Талгарского района по отдельным нозологиям в 2008-2010 гг. показало, что в 2008 году из общего числа проведенных операций первое ранговое место занимал острый аппендицит (68,6%), второе место – острый холецистит (18,2%) и третье - перфоративная язва двенадцатиперстной кишки и желудка (4,8%).

Анализ хирургического лечения больных с острым аппендицитом ЦРБ Талгарского района показало (таблица 1), что число госпитализированных данной категории больных в 2008 году составило 779 человек. При этом в 2009 году по сравнению с 2008 годом, число больных с острым аппендицитом увеличилось на 2,8% и составило 825 больных.

Таблица 1. Анализ госпитализации больных с острым аппендицитом в ЦРБ Талгарского района

Наименование показателей	2008	2009	Темп прироста к 2008	2010	Темп прироста к 2009
Госпитализировано	779	825	102,8	815	98,4
из них, позже 24 ч.	38	46	121,1	41	86,9
% поздней госпитализации	4,7	5,5	117,1	5,0	89,1

Таблица 2. Анализ хирургической активности больных с острым аппендицитом в ЦРБ Талгарского района

Наименование показателей	2008	2009	Темп прироста к 2008	2010	Темп прироста к 2009
Оперировано	796	819	102,8	812	99,1
% хирургической активности	99,6	99,1	99,4	99,2	100,1

Установлено, что в 2010 году по отношению к предыдущему году отмечено снижение числа госпитализированных данного контингента на 1,6% и их составляло 815 человек. Число госпитализированных больных с острым аппендицитом позже 24 часов в 2008 году было 38, в 2009 году - 46 и в 2010 году - 41 человек.

Сравнительная оценка числа госпитализированных больных позже 24 часов с острым аппендицитом показала ее рост в 2009 году по отношению к 2008 году на 21,1% (или на 8 человек), а в 2010 году, наоборот, отмечено ее снижение (данной категории больных) на 13,1% или на 5 больных.

Из общего числа госпитализированных и числа госпитализированных позже 24 часов больных с острым аппендицитом был определен удельный вес поздней госпитализации. Так, в 2008 году они составили 4,7%, в 2009 году - 5,5% и в 2010 году - 4,9%. При этом, если в 2009 году по сравнению с 2008 годом было отмечено увеличение данного показателя на 17,1%, то в 2010 году выявлено их снижение на 10,9%.

Далее была изучена хирургическая активность больных с острым аппендицитом ЦРБ Талгарского района (таблица 2). Отмечено, что в 2008 году данного контингента больных всего было оперировано 796, в 2009 году - 819, и в 2010 году - 812 больных с острым аппендицитом.

Следует отметить, что в 2009 году по сравнению с 2008 годом число оперированных больных с данной патологией выросла на 2,8% (или на 23 человека), а в 2010 году по отношению предшествующему году выявлено снижение изучаемого показателя на 0,9% (или на 7 человек).

Удельный вес хирургической активности больным с острым аппендицитом установило, что она составляла в 2008 году - 99,6%, в 2009 году - 99,1% и в 2010 году - 99,2%. При этом в 2009 году отмечено снижение хирургической активности данного контингента больных на 0,6%, а в 2010 году - почти не изменилась. За исследуемые 2008-2010 гг. данных об умерших и послеоперационной летальности больных с острым аппендицитом не зафиксировано.

УДК 616.82-09:614.2

## ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЫ ГОРОДА ТАЛГАР

**Е.Ж. САРСЕНБАЕВ**

КГКП «Центральная районная больница Талгарского района», г. Талгар

### Резюме

Уровень заболеваемости и его структура характеризуют степень развития инфраструктуры территориального здравоохранения, эффективность и качество организации лечебно-профилактических мероприятий.

### Тұжырым

Сырақаттанушылық деңгейі мен оның құрылымы аймақтық денсаулық сақтау жүйесінің инфрақұрылымының деңгейін және де емдеу—профилактикалық шаралардың тиімділігі мен сапасын сипаттайды.

### Summary

Level of disease and its structure characterize degree of development of an infrastructure of territorial public health services, efficiency and quality of the organization of treatment-and-prophylactic actions.

Общеизвестно, что заболеваемость является одним из важнейших индикаторов здоровья населения. С другой стороны, уровень заболеваемости и его структура характеризуют степень развития инфраструктуры территориального здравоохранения, эффективность и качество организации лечебно-профилактических мероприятий.

Динамика показателей работы хирургического отделения Центральной районной больницы (ЦРБ) Талгарского района представлена в таблице 1. При этом динамическая оценка изучаемого показателя проводилась в течение 2008-2010 годов.

Количество поступивших и выписанных экстренных хирургических больных в ЦРБ Талгарского района была неоднозначной. Так, количество поступивших экстренных больных в 2008 году составило 2020 случаев, в 2009 году данный показатель увеличился на 7,7% по сравнению с предыдущим годом, и составила 2175 случаев поступления хирургических больных. В 2010 году число поступивших экстренных хирургических

больных увеличилось еще на 3,6% по сравнению с 2009 годом и составило 2253 человек.

Динамика числа выписанных хирургического профиля экстренных больных показало, что в 2008 году их было 1936, а в 2009 году этот показатель увеличился на 7,5% по отношению к 2008 году, и составила 2081 больных. При этом в 2010 году отмечено увеличение числа выписанных экстренных хирургических больных на 3,6% по сравнению с 2009 годом и составило 2155 случаев.

Установлено, что в течение исследуемого периода число развернутых коек для хирургических больных в ЦРБ Талгарского района не изменилось и составляло 40 коек. При этом фактически проведенных койко-дней в 2008 году составило 12577 дней, в 2009 году изучаемый показатель увеличился на 14,8% и составил 14441. В 2010 году отмечено ее дальнейшее увеличение проведенных койко-дней хирургическими больными на 19,7% и составило 17279 дней.

Таблица 1. Динамика показателей работы хирургического отделения ЦРБ Талгарского района за 2008-2010 гг.

	2008	2009	Темп прироста к 2008 году	2010	Темп прироста к 2009 году
Развернуто коек	40	40	100,0	40	100,0
Поступило больных	2020	2175	107,7	2253	103,6
Выписано больных	1936	2081	107,5	2155	103,6
Фактически проведено койко-дней	12577	14441	114,8	17279	119,7
Средняя занятость койки	6,0	6,1	101,7	7,3	119,7
Оборот койки	50,2	57,0	113,5	59,0	103,5
Работа койки	296,9	361,0	121,6	432,0	119,7
Летальность	3,8	4,5	118,4	4,6	102,2

Следующим этапом исследования явилось изучение динамики средней длительности пребывания больного хирургического профиля и оборот койки. Средняя длительность пребывания больного на хирургических койках составила в 2008 году – 6,0, в 2009 году – 6,1 и в 2010 году – 7,3 дней. Установлено, что средняя длительность пребывания больного на койке в 2009 году по отношению к 2008 увеличилась на 1,7%, в 2010 году отмечено ее дальнейшее увеличение на 19,7%.

Вместе с этим, за исследуемый период отмечено увеличение оборота коек в 2009 году на 13,5% и на 3,5% - в 2010 году. В абсолютном значении оборот хирургических коек составил в 2008 году – 50,2, в 2009 году – 57,0 и в 2010 году – 59,0. Показатель работы койки хирургического отделения ЦРБ Талгарского района увеличивался в течение исследуемого периода и составил: в 2008 году – 296,9, в 2009 году – 361,0 и в 2010 году – 432,0. При этом в изучаемый показатель работы

хирургической койки в 2009 году по сравнению с 2008 годом увеличился на 21,6%. В 2010 году по отношению к предыдущему году увеличился еще на 19,7%.

На основании полученного результата исследования предлагаются следующие предложения, направленные на повышение эффективности экстренной медицинской помощи больным хирургического профиля:

- Своевременно проводить оперативное лечение;
- Вовремя выявлять больных хирургического профиля, не допуская экстренного случая и различных видов осложнений;
- В организациях ПМСП провести санитарно-просветительную работу с диспансерными и хроническими больными хирургического профиля о своевременном обращении при различных симптомах заболевания для исключения самолечения и снижения экстренного случая госпитализации и т.д.

УДК 616-003.217-005.98-07/08

## ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОТЕЧНО-АСЦИТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ

Г.Г. АЙДАРОВА

КГКП «Городская поликлиника № 5», г. Тараз

### Резюме

Ведение пациента с асцитом – непростая задача, с которой сталкивается терапевт в своей ежедневной практике и требует от него особого внимания, профессионального чутья на малейшее изменение в состоянии проводимой диуретической терапии.

### Тұжырым

Терапевт дәрігердің күнделікті тәжірибесінде кездесіп отыратын асциті бар науқастарды емдеу - оның міндеттердің бірі емес және де диуретикалық терапияны жүргізуде кәсіби біліктілікті, ерекше көңіл бөлуді талап етеді.

### Summary

Conducting the patient with an ascites – an uneasy problem which the therapist in the daily practice faces and demands from it special attention, a professional scent to the slightest change in a condition spent therapy.

Отечно-асцитический синдром – это одно из клинических проявлений ряда заболеваний. Встречается при следующих заболеваниях: циррозе печени, остром алкогольном гепатите, циррозе-раке, злокачественных опухолях, застойной сердечной недостаточности, туберкулезном перитоните. Более редко – при нефротическом синдроме, остром панкреатите.

Среди всех перечисленных заболеваний актуальным является цирроз печени. Он занимает

первое место среди причин инвалидности и смертности от болезней органов пищеварения. Тяжесть и прогноз цирроза зависит от объема сохранившейся функционирующей массы паренхимы печени, выраженности портальной гипертензии, и активности основного заболевания, приведшего к нарушению функции печени [1].

**Алгоритм диагностики отечно-асцитического синдрома в условиях поликлиники.**

1. Осмотр пациента. Если кожа живота на-

пряженная, блестящая, отмечается выбухание пупка, при пальпации отмечается диффузная болезненность — это признаки быстрого накопления жидкости в брюшной полости, а появление пупочной грыжи — признак повышения внутрибрюшного давления. При вертикальном положении пациента конфигурация живота отвисшая, напоминает форму живота «лягушки».

**2. Лабораторное обследование.** Общий анализ крови: тромбоцитопения — признак гиперспленизма; повышение СОЭ — проявление иммуновоспалительного синдрома; биохимическое исследование крови.

**3. Инструментальные исследования.** УЗИ органов брюшной полости. Увеличение селезенки, расширение сосудов воротной системы и видимые коллатерали, свидетельствуют о наличии портальной гипертензии; ФЭГДС — уточняет степень варикозного расширения вен пищевода. Доплерография выносящих сосудов печени для верификации диагноза, так как при obstructивных нарушениях в системе печеночной вены, в том числе синдром Бадда-Киари, типичны гепатосиленомегалия, боли в животе, асцит, желтуха, диспепсические явления.

**Базисная терапия больных с отечно-асцитическим синдромом в амбулаторных условиях.** При компенсированном циррозе физические нагрузки умеренной интенсивности не противопоказаны; при каждом визите к врачу необходимо взвешивать больного, измерять окружность живота, т.е. проводить мониторинг нутритивного статуса.

**Лекарственная терапия.** Применяют спиронолактон (верошпирон) в средней дозе 100-200 мг\сутки. В случае не эффективности назначают комбинированную схему приема диуретиков. Данная информация актуальна для специалистов ПМСП, так как такие осложнения как спонтанный бактериальный перитонит встречаются не часто. Клинический случай из моей практики: ко мне обратились родственники пациентки по поводу резкого ухудшения состояния здоровья

сестры. На момент осмотра выраженные симптомы интоксикации — лихорадка пятый день, ознобы, боли в животе, одышка, выраженная слабость, головная боль, вынужденное положение тела, температура 39,9<sup>0</sup>.

Больная инвалид II группы, наблюдалась по поводу цирроза печени вирусной этиологии (В) с синдромом портальной гипертензии, отечно-асцитический синдром. В виду рефрактерного асцита, и появления признаков дыхательной недостаточности обратилась в поликлинику. Была сделана обзорная R-графия органов грудной клетки, выявлен экссудативный плеврит справа, в крови — лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускоренное СОЭ — 72 мм/г. Участковым врачом была направлена к торакальному хирургу, которым была проведена пункция плевральной полости и удалена жидкость в объеме 2,5 л. Материал был взят на бак посев, назначена противовоспалительная терапия, в анамнезе — за последние две недели был дважды проведен лапароцентез - удалено 3,5 л жидкости.

В связи с неоднократным удалением большого количества асцитической жидкости, наличием признаков портальной гипертензии и выраженных симптомов интоксикации, больная была доставлена в областную больницу с диагнозом: «Спонтанный бактериальный перитонит, цирроз печени вирусной этиологии, прогрессирующее течение, синдром портальной гипертензии, отечно-асцитический синдром, декомпенсация. Плевральный выпот справа, ДН II-III». Диагноз СБП был подтвержден в стационаре.

Типичная ошибка участкового врача — недооценка значимости вторичной бактериальной инфекции, а появление выпота в плевральной полости, как вторичное проявление асцита, послужило несвоевременной госпитализацией.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Баранов А.А. Руководство по первичной медико-санитарной помощи / А.А. Баранов, И.Н. Денисов, А.Г. Чучалин. - ГЭОТАР-Медиа, 2006.

УДК 616-001-053.2-082:614.1

## МЕДИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПУНКТА ГОРОДА ТАРАЗ

Г.Г. АЙДАРОВА

КГКП «Городская поликлиника №5», г. Тараз

### Резюме

Основной задачей нашего исследования были анализ и выявление недостатков в организации детской травматологической помощи на уровне первично медико-санитарной помощи.

### Тұжырым

Зерттеудің негізгі мақсаты алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету кезеңінде балаларға травматологиялық көмекті ұйымдастырудағы кемшіліктерді анықтау және талдау болып табылады.

### Summary

The primary goal of our research was the analysis and revealing of lacks of the organization of the children's traumatologic help at level of initially medico-sanitary care.

Детский травматизм, по-прежнему, является одной из актуальных проблем организации первичной медико-санитарной помощи, особенно среди городского населения. Первичная медико-санитарная помощь по утверждению отечественных и зарубежных исследователей считается ядром службы здравоохранения, вокруг которого группируются все остальные звенья системы, деятельность которых ориентирована на поддержку и обеспечение ее бесперебойного функционирования.

Важным звеном системы оказания специализированной травматологической помощи населению является амбулаторно-поликлиническая служба, так как подавляющее большинство больных с травмами получают лечение в амбулаторных условиях. Кроме того, почти все пациенты, сначала лечившиеся в стационаре, завершают лечение в поликлинике. Исходя из этого, на сегодняшний день актуальным является разработка медико-организационных стандартов в амбулаторной травматологической помощи [1].

Анализ и оценка динамики изменения нозологической структуры травм среди детей города Тараз показали, что в 2008 году наибольший удельный вес занимали травмы верхних конечностей (36%), затем следуют травмы нижних конечностей (26%) и травмы головы (24,4%). Далее следовали термические и химические ожоги (4,2%), травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника и таза и прочие (3,0%), травмы грудной клетки (1,6%), а число остальных,

редко встречающихся травм, колебалось в пределах от 0,2% до 0,8%. В 2009 году число травм верхних и нижних конечностей уменьшилось на 3%, а число травм головы увеличилось на 3%.

В 2010 году, также как и в предыдущих годах исследования, на первом месте среди травм стояли травмы верхних конечностей (33,7%), далее идут травмы головы (28,1%) и травмы нижних конечностей (25,8%), термические и химические ожоги (4,6%), травмы живота, нижней части спины, поясничного отдела позвоночника, таза и прочие (2,9%). Далее проведено изучение динамики изменения травматических случаев в исследуемых поликлиниках по отдельности за 3 года (2008-2010 гг.).

В структуре травматических случаев в городской поликлинике г. Тараз доля обращения по поводу травм головы составила в 2008 году 26,2%, в 2009 году – 28,5%, что больше на 2,3% от показателя 2008 года и в 2010 году возросла до 30,2%, что на 1,7% больше показателя 2009 года. Самое большое количество обращений по поводу травм верхних конечностей, далее следуют травмы головы, травмы нижних конечностей и прочее. Полученные результаты, во-первых, отражают специфику по нозологической структуре травм среди детей. Во-вторых, свидетельствуют о влиянии общих для взрослых и детей причин на уровень и частоту травм. Результаты исследований показывают, что основными причинами травматизма среди детей является рискованное поведение в быту и на улице.

Особенно настораживает факт негативной тенденции к увеличению числа травм верхних и нижних конечностей, который, безусловно, свидетельствует о повышении частоты автодорожных травм среди детей и нацеливает ПМСП г. Тараз на приоритетное внимание к этой проблеме.

Из этого следует, что органам образования, дорожной полиции следует усиливать профилактическую работу, направленную на повышение уровня знаний среди детей правил дорожного движения, пользования мопедами, велосипеда-

ми, роликовыми коньками, самокатами, выработку навыков поведения на улицах и дорогах, особенно период прихода и ухода из школы, летних каникул. Здесь нужны согласованные и содружественные с органами здравоохранения планомерные мероприятия.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Акимова Т.Н., Тейтельбаум М.З., Савченко В.В. Клинико-социальная структура амбулаторных травматологических больных // Материалы VI съезда травматологов-ортопедов СНГ. - Ярославль, 1993. - С.3-4.

*Инфекция ауруларының, ВИЧ/СПИД, туберкулездің,  
маскүнемдік және нашақорлықтың алдын алу —  
Профилактика инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИДа,  
туберкулеза, алкоголизма и наркомании*

---

УДК 616-002.5:614.2:371

**СНИЖЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ  
ЧЕРЕЗ САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ**

**Г.С. УШКЕМПЕРОВА, Т.П. ПАЛТУШЕВА, Н.Ж. КУЛЬБАЕВА, Т.С. ХАЙДАРОВА**  
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы  
ГКП «Павлодарский противотуберкулезный диспансер», г. Павлодар

**Резюме**

При имеющейся тенденции к снижению заболевания туберкулезом подросткового населения Павлодарской области, показатель заболеваемости среди них выше республиканского. Одним из факторов высокой заболеваемости подростков является не полная информированность о профилактике и лечении туберкулеза. В связи с этим необходимо усилить профилактическую работу среди подростков.

**Тұжырым**

Павлодар облысы тұрғындарының жасөспірімдері арасында туберкулез ауруымен ауыру үрдісі төмендегенімен, олардың арасындағы ауру көрсеткіші республикадағыдан жоғары болып отыр. Жасөспірімдер арасында мұндай жоғары көрсеткіш болу факторының бір себебі — туберкулезді емдеуде және алдын алуда ақпараттандырудың толық болмауында. Осыған байланысты жасөспірімдер арасында алдын алу жұмыстарын күшейту қажет.

**Summary**

The sick rate index of tuberculosis among teenagers' in the Pavlodar Region is higher than that of the republican one although there is a tendency of its lowering in the region. One of the factors of high level of sick rate among teenagers is incomplete information of tuberculosis prophylaxis and its treatment. In this connection it is necessary to intensify preventive prophylactic work among teenagers.

Согласно данным ВОЗ в 2010 году в мире зарегистрировано 8,8 миллиона новых случаев туберкулеза, это на 6,4% меньше чем в 2009 году. Число умерших от туберкулеза снизилось с 1,8 миллиона человек в 2008 году до 1,1 миллиона в 2010 году. Несмотря на наметившуюся тенденцию снижения заболеваемости, туберкулез до сих пор остается серьезной проблемой современности и общественного здравоохранения. Так, растут случаи заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. По данным ВОЗ, особенно тяжелая ситуация сложилась в Восточной Европе, в частности, в России, Украине и Азербайджане.

В Казахстане по данным Национального Центра проблем туберкулеза (НЦПТ) заболеваемость туберкулезом находится на высоком уровне, однако, начиная, с 2002 по 2011 годы отмечается стойкая тенденция снижения заболеваемости. За упомянутый промежуток времени заболеваемость туберкулезом в нашей стране снизилась на 47,4% (с 165,1 до 86,8 на 100 тыс. населения соответственно).

Мониторинг эпидемиологической ситуации по туберкулезу в республике, проведенный НЦПТ, выявил проблемы, требующие своего незамедлительного решения:

- Большим, с тенденцией к увеличению, остается резервуар трудноизлечимых форм туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). Так, заболеваемость МЛУ ТБ в 2010 году составил 10,1 на 100 тыс. населения, против 5,0 в 2003 году - показатель вырос в 2 раза;

- Высокий уровень заболеваемости, смертности, инвалидности и распространенности лекарственно устойчивой формы туберкулеза регистрируется среди осужденных лиц. Так, показатель заболеваемости и смертность среди осужденных в пенитенциарной системе в 2011 году составил 522,5 и 61,4 на 100 тыс. населения, против 86,8 и 10,5 заболеваемости и смертности от туберкулеза в среднем по республике, соответственно;

- Продолжает оставаться на высоком уровне показатель заболеваемости среди подростков (92,4 на 100 тыс. населения в 2011 году), сохра-

няется регистрация заболеваемости среди контактных подростков в очагах туберкулеза. Заболеваемость туберкулезом среди подростков в 5,9 раза выше, чем среди детей;

- Остается низким охват населения флюорографическим обследованием, так в 2010 году охвачено флюорографией всего 59.6% населения, подлежащее обследованию (взрослые и подростки);

- Недостаточная межведомственная интеграция всех заинтересованных служб, ведомств, организаций;

- Недостаточным остается освещение вопросов по туберкулезу через средства массовой информации, а также из других источников, в т.ч. и через санитарное просвещение населения через организации здорового образа жизни.

Данные полученные в результате проведенного мониторинга позволяют целенаправленно планировать работу, в т.ч. и межсекторальную деятельность по профилактике туберкулеза среди населения Казахстана.

Интересной в этом направлении является работа противотуберкулезной службы Павлодарской области. Противотуберкулёзную помощь населению Павлодарской области оказывают 12 специализированных лечебных организаций, общая мощность которых составляет 915 коек, из них 560 развернуто в областном противотуберкулёзном диспансере, и 355 коек. Функционируют в районах противотуберкулёзные больницы.

Составной частью борьбы с туберкулезом в Павлодарской области является информационно-образовательная работа, которая в совокупности с другими мероприятиями может повлиять и влияет на своевременность выявления, а также на предупреждение и снижение риска возникновения заболевания.

При осуществлении санитарной просветительной работы используются все доступные в конкретных условиях методы и средства, при этом обращается особое внимание на воспитание гигиенических навыков и формирование у населения знаний о ранних симптомах туберкулеза, о необходимости своевременного обращения за медицинской консультацией и помощью, значимости обязательного соответствующего обследования и специализированного лечения.

Для проведения вышеупомянутой работы, на базе Областного противотуберкулезного диспансера с 2006 года функционирует «Кабинет здорового образа жизни», который оказывает организационно – методическую помощь в проведе-

нии санитарно – просветительных мероприятий противотуберкулезным больницам области, а также осуществляет мероприятия по повышению навыков и уровня знаний среди населения по проблемам туберкулеза. Кабинет оснащен необходимым оборудованием, аппаратурой, методической литературой, аудио- и видео- информацией – образовательными материалами по различным аспектам здорового образа жизни. Имеется библиотека и читальный зал для сотрудников диспансера.

Для обучения пациентов навыкам здорового образа жизни и профилактики туберкулеза в диспансере работает «Школа пациентов», «Школа здоровья», а также проводятся индивидуальные психологические консультации больных.

Программа «Школа пациентов» составлена с учетом совокупности средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов, направленные на повышение уровня знаний и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений, профилактике вредных привычек, и в целом, принципам здорового образа жизни пациентов.

Цель и задачи Школы – это выработка навыков к самоконтролю здоровья, своевременному обращению в медицинские, в том числе и противотуберкулезные организации, приверженность к обязательному завершению лечения, которое в таком случае, может завершиться полным выздоровлением. Помимо этого, программы Школ нацелены на помощь больным туберкулезом адаптироваться к новым условиям жизни.

Программа «Школа пациентов» состоит из 8 занятий, посвященных сведениям необходимым для людей заболевших туберкулезом. Занятия проводятся в группах (по палатам) больных, начало занятий проводится с одновременным началом лечения больных имеющих схожие проблемы и интересы.

«Школа здоровья» проводится во всех отделениях диспансера, тематика школы соответствует разработанному комплексному плану по формированию здорового образа жизни, согласованного с Областным центром формирования здорового образа жизни. Обучающие программы по укреплению здоровья активно пропагандируют профилактику поведенческих факторов риска (курение, употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем). Занятия проводятся подготовленными врачами и медицинскими сестрами, излагаются в доступной для пациентов форме.

Информация, представленная медицинскими работниками, подкрепляется наглядными информационно – образовательными материалами, аудио-видео продукцией.

Межведомственная работа по профилактике туберкулеза проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 17.06.2011 года №404 «О мерах совершенствования мероприятий по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан»

Создан областной консультативно–методический Совет, куда входят представители Департамента госсанэпиднадзора, областного центра формирования здорового образа жизни, областного противотуберкулезного диспансера и ПМСП. Работа Совета проводится в соответствии с утвержденным положением о Совете, где определены состав совета и перечень входящих в Совет организаций, определены целевые группы населения и кратность проведения информационно-образовательной (санитарно-просветительной) работы.

В работе с населением используются методы как «устного», так и «письменного» слова. Кроме работы в «Школах здоровья», врачами фтизиатрами и фтизиопедиатрами областного диспансера проводятся встречи с работниками предприятий и организаций, а также с населением на закрепленных участках. Тематика работы, как правило, определяется после оценки уровня знаний и информированности населения по вопросам профилактики туберкулеза путем анкетирования.

Так, проведенное в начале 2010 года Областным противотуберкулезным диспансером анонимное анкетирование здорового населения выявило недостаточность знаний и навыков по профилактике туберкулеза среди здорового населения.

Анкетирование пациентов, обратившихся в противотуберкулезный диспансер, выявило важность постоянного повышения навыков и знаний по проблемам туберкулеза, дифференцированного подхода к каждому пациенту, особенно проживающих в очагах туберкулезной инфекции.

По итогам 2011 года в Павлодарской области было выявлено 39 впервые заболевших подростков (в 2010 году - 41). Показатель заболеваемости подростков в 2011 году снизился на 13,6% и составил 117,5 на 100 тыс. подросткового населения, соответственно в 2010 году -123,7.

При имеющейся тенденции к снижению заболеваемости туберкулезом подросткового насе-

ления Павлодарской области, заболеваемость среди них остаётся на 13,1 % выше аналогичного республиканского показателя.

Проведенное Областным противотуберкулезным диспансером анонимное анкетирование 430 подростков (87 студентов ВУЗов, 226 студентов ССУЗов, 117 учащихся общеобразовательных школ города) о путях передачи туберкулеза выявило следующие данные: воздушно-капельный путь передачи туберкулеза отметили 89,2% опрошенных (в т.ч. школьники - 76%,) а половой путь передачи отметили 9,5% опрошенных, студенты ССУЗов -10,6%.

О симптомах и признаках туберкулеза знали 75,5% опрошенных. Основной симптом туберкулеза - «кашель более 2-х недель» назвали все опрошенные. Все характерные симптомы заболевания назвали лишь 5,0% респондентов. Меньше всего в данном вопросе информированы студенты высших учебных заведений, так 11,4% из них не назвали ни одного признака заболевания.

В контексте определения мер защиты от туберкулеза 71,6% указали на вакцинацию БЦЖ, 59,3% на отказ от курения, употребления алкоголя и наркотиков, 57,6% считают, что необходимо вести активный образ жизни. Важность своевременного обследования и наблюдения больных из группы риска (сахарного диабета, заболеваний легких, ВИЧ/СПИДа, язвенной болезни желудка) отметили лишь 40% респондентов.

54,6% опрошенных респондентов считали, что лечение противотуберкулезными препаратами нельзя прерывать, среди студентов средне-специальных учебных заведений - 40% такого же мнения. 80,4% опрошенных считают целесообразным своевременное обращение в медицинское учреждение, а 60,6% получение полного курса лечения. Необходимость соблюдения всех «пунктов» для излечения от туберкулеза отметили лишь 5% опрошиваемых.

На вопрос: «Если Вы заподозрите у себя туберкулез, что будете делать?» - 95,5% респондентов отмечают, что пойдут на прием к врачу. При этом, учащиеся колледжей (3,7%) намерены начать лечиться самостоятельно, и 4,8% просто не обратят внимания на проявление признаков заболевания.

Уверены, что человек, излеченный от туберкулеза, может работать в коллективе - 80% студентов ВУЗа, 73,8% - студенты ССУЗов, а среди школьников - 91,4%. Только 9% опрошенных заявили, что люди, переболевшие туберкулезом,

не могут работать в одном коллективе или учиться с ними, 9,5% не знали ответа на данный вопрос.

**Выводы.** Таким образом, большинство опрошенных слабо информированы о заболевании, также нет должной настороженности в отношении симптомов заболевания и тактики самосохранения. Это в свою очередь создает почву для дискриминации людей переболевших туберкулезом и в целом влияет на частоту и своевременность обращения за медицинской помощью при появлении признаков туберкулезной инфекции. Проведенный анализ позволил скорректировать план информационно-образовательной работы по вопросам профилактики туберкулеза, работать как на уровне популяций, так и по возрастным и образовательным группам, особое внимание было посвящено работе среди подростков.

В целях повышения качества информационно-образовательной работы, стали широко использоваться современные технологии и интерактивные методы работы, особое внимание стали

уделять вопросам формирования у населения, в т.ч. подростков, знаний о ранних симптомах туберкулеза, на воспитание гигиенических навыков, на укрепления здоровья, профилактику поведенческих факторов риска.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан. г. Алматы, 2010г. С. 65.
2. Статистический обзор по туберкулезу в Республике Казахстан. г. Алматы, 2011г. С. 68.
3. Роль сети первичной медико-санитарной помощи в контроле над туберкулезом. Методические рекомендации для специалистов сети ПМСП, органов ГСЭН и фтизиатров. Г. Алматы, 2008г. С56.
4. Клиника туберкулеза. Второе издание. Джон Крофтон, Норман Хорн, Фред Миллер. Эдинбургский университет. Издан г. Бишкек, 2001 г. С 186.
5. Все о туберкулезе. Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. г. Алматы, 2008г. С72.
6. Приказ МЗ РК № 404 от 17.06.2011г. «О мерах совершенствования мероприятий по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан».

УДК 616.9-036.2:504.75.05

## ТРОПИКАЛЫҚ ЕЛДЕРДЕ ТАБИҒИ ОРТАНЫҢ ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРДЫҢ ТАРАЛУЫНА ӘСЕРІ

Қ.Н. НАБЕНОВ

С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы

#### Резюме

Описаны влияние высокой температуры, влажности, воды, почвы и солнечной радиации на рост заболеваемости инфекционными болезнями населения тропических стран.

#### Тұжырым

Тропикалық елдерде тұратын халықтың жұқпалы аурулармен сықаттанушылығының өсуіне жоғарғы температураның, ылғалдылықтың, су мен топырақтың, және күн сәулесінің әсері баяндалған.

#### Summary

We have described the effect of high temperature, humidity, water, soil and solar radiation, increasing incidence of population with infectious diseases in tropical countries.

**Жоғарғы температураның әсері.** Тропиктердің температура жағдайы адам ағзасына тікелей және жанама әсер етеді. Ыстық ағзаның жылу және су-электрит балансын реттейтін механизмдерін бұзады. Шөл басу үшін су ішу көбейеді, су-түз алмасу бұзылады, қарын сөлінің қышқылдығы төмендейді, нәтижесінде ішек жұқпалары мен инвазия қоздырғышына қарсы қарынның

барьерлік қызметі төмендейді. Шикі суды көп ішу әртүрлі ішек жұқпаларын жұқтыру қаупін арттырады.

Ыстық жағдайда салқын тию аурулары жиі кездеседі. Бұл қысқа мерзімді ауа райының салқындауына жергілікті тұрғындарының тұратын жерлері, киімдері суыққа бейімделмеген. Құрғақ климатты елдерде ұзақ уақыт құрғақшылық пен

ауаның шандануы тұрғындардың жоғарғы тыныс жолдарының созылмалы аурулары (ринит, бронхит), көздің кілегей қабатының (конъюктивит) ауруларына шалдықтырады.

Тропиктердің климаты инфекциялық процесстің ағымын нашарлатады. Мысалы: баланың қарапайым диареясында сусыздану синдромы ыссы климат жағдайында ауыр түрде болады. (2)

Жұқпалы аурулардың таралуына қолайлы топырақтың, судың және жануарлар әлемінің қасиетін айқындай келе, климат тропик тұрғындарының патологиясына жанама фактор болады.

Қолайлы температура, ылғалдылық және органикалық заттарға бай топырақ геогельминтоз жұмыртқасының (анкилостома), терең микоздардың қоздырғыштарының және т.б. тез жетілуіне әсер етеді. Көптеген аурулардың қоздырғыш тасымалдаушылары: це-це шыбыны - трипаносомоз қоздырғышын тасымалдаушы, триатомды қандала – Шагас ауруының қоздырғышын тасымалдаушы, көптеген моллюскалар түрлері – шистосома, филярийдің аралық иесі тек қана ыссы климат жағдайында өмір сүре алады. Безгек қоздырғышын тасымалдаушылар тропикте болып қана қоймай, әр түрлілігі көп кездеседі. Әртүрлі экологиялық ортада мекендеген әртүрлі безгек қоздырғышын тасымалдаушылар әртүрлі экологиялық жағдайда және жылдың әртүрлі маусым бойына ауру таратады. Бұдан басқа тропикте аса тиімді тасымалдаушы – *Anophelis gambial* кездеседі. Олардың тиімділігі безгек паразитін жұқтыру үшін жоғары қабылдағыштығымен өмірінің ұзақтылығы, адамға шабуыл жасағыштығымен сипатталады. (4)

Жұқпалы және инвазиялық аурулардың таралуына тропикалық шөл даланың климаты қолайсыз болғанымен, ылғалды болатын оазистерде безгектің, дракункулездің, шистосомоздың, филяриидоздың белсенді ошақтары қалыптасады. Бұдан басқа кейбір аурулар (трахома, тері және висцеральді лейшманиоз және т.б.) ыссы, құрғақ климатта таралған.

**Судың маңызы.** Су жұқпалы аурулардың таралуына үлкен маңызы бар. Көптеген қоздырғыштар (іш сүзегі, бактериальды немесе амёбалы дизентерия, лептоспироз, тырысқак) суда ұзақ сақталып, көбейеді. Кейбір ауру қоздырғыштары су гидробионты – моллюскаларда (шистосомдар және т.б. трематодтар), ракта (дракункулез) ағзасында өседі. Аралық иеден шыққан личинкалар адамдар суда шомылғанда немесе су қоймасында

жұмыс жасағанда тері арқылы (шистосомдар) немесе су жұтқанда сумен циклоп-рактарды жұтқанда организмге енеді.

Су аралық ие мен қоздырғыштардың биотопы ғана емес, ол көптеген аурулардың тасымалдаушы – жәндіктердің мекені.

Су қоймаларында көптеген жәндіктердің түрлері көбейеді:

- Маса – безгек, филяриидоз, сары қызба, денге тасымалдаушысы;

- Мошки - (*Simuliidae*) маса тұқымдастығына жатады, (мошки қазақша шіркей деп кеткен) онхоцеркоздың тасымалдаушысы;

- Мокрицы - (*Ceratopogonidae*) маса тұқымдастығына жатады, (қазақша бұл да шіркей аталып кеткен) дипеталонематоздың тасымалдаушысы. (1,3)

Сондықтан тропикте су факторы көптеген трансмиссивті, ішек инфекциясын және инвазиялардың таралуына себепші болады. Жауыншашын түсуі аурулардың таралуына көп әсері бар. Нөсер жауын кезінде ашық су ағар жыралар суға толып, аққан лас сулар қоздырғыштарды басқа аймаққа, өзендер мен тоғандарға ағып ластайды. Бұның бәрі сырқаттанушылықты жоғарылатады. Сонымен қатар, нөсер жауын су бетінен маса личинкаларын, моллюскаларды жуып, шайып кетіп, инфекция мен инвазияның таралуын уақытша азайтады. Соған қарамастан нөсерден кейін жанадан жәндіктердің өсіп-өнетін жерлері көбейіп, адамдарда сырқаттанушылықтың көрсеткіші көтеріле бастайды.

Қуаңшылық кезеңінде ауру жұқтыру қаупі өте жоғары. Су көздерінің көлемі мен санының азаюына байланысты тұрғындар ластанған, сапасыз суды пайдалануға мәжбүр болады. Ең ірі безгектің эпидемиясы Шри-Ланкада 1934-1935 жж. қуаңшылықтың нәтижесінде болды.

**Топырақтың** геогельминтоздардың таралуына маңызы өте зор, әсіресе егіншілікпен айналысатын аймақтарда тұрғындар топырақпен үнемі жанасады. Геогельминттердің қоздырғыштарымен топырақтың ластануы канализация жоқ жерлерде және топырақты адам экскременттерімен тынайту дәстүрге айналған жерлерде өте жоғары.

**Күн радиациясының маңызы.** Күн сәулесінде ультракүлгін сәулелердің басымдылығы қоңыржай климатпен салыстырғанда тропикте ультракүлгін сәулелердің күштілігінен күн күйігі, тері рагы жиі кездеседі. Қара терілілерге қарағанда ақ терілілерде тері рагы жиі кездесетіні байқалады. Терінің қаралығы ультракүлгін

сәуленің көп түсуі әсерінен Д-дәруменінің аса көп түзілуінен қорғайды.

#### ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ:

1. Паразитарные болезни человека. Руководство для врачей/Под ред В.П.Сергеева, Ю.В.Лобзина, С.С.Козлова – СПб – 2008.

2. Паразитарные болезни человека. Руководство для врачей / Под ред. Сергеева В.П., Лобзина Ю.В., Козлова С.С. –СПб- 2008.

3. А.М.Бронштейн, Н.А.Малышев. Малярия, М.2007.

4. Әміреев С.Ә, Жаханов А., Құдайбергенұлы К. Медициналық паразитология. Алматы, Кітап баспасы, 2005.

УДК 616.98-084:613.6

### ПРОФИЛАКТИКА ВИЧ/СПИДа НА РАБОЧИХ МЕСТАХ

**Д.Р. КУЛЬЖАНОВА, Ж.Ж. МУСИНА, Г.С. УШКЕМПЕРОВА,  
М.А. ЯФАРОВА, Д.Т. БЕКСУЛТАНОВА**

ГУ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом» МЗ РК,  
Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы,  
ГККП «Центр по профилактике и борьбе со СПИДом», г. Астана

#### Резюме

В Республике Казахстан необходимо проводить работу в области дальнейшего совершенствования национально-го законодательства по ВИЧ/СПИДу в сфере труда и принять меры по усилению межведомственного взаимодействия по вопросам его применения и исполнения.

#### Тұжырым

Қазақстан Республикасында АИТВ/ЖИТС бойынша еңбек бабында ұлттық заңнаманы ары қарай жетілдіру үшін, ведомстваралық қарым қатнасты нығайту жөнінде шара қолдану арқылы жұмыс жүргізу, және қолдану мен орындалуын қадағалау қажет.

#### Summary

In Republic of Kazakhstan, it is need to work on further improvement of national legislation on HIV / AIDS in the workplace and take steps to enhance interagency cooperation on its implementation and enforcement.

По оценкам Международной организации труда (далее - МОТ) 80% ВИЧ-инфицированных, проживающих в странах СНГ, относятся к трудоспособному населению, 75% - это люди моложе 30 лет. Основной путь передачи ВИЧ – инъекционное употребление наркотиков. В тоже время характер эпидемии меняется. Так, среди вновь выявленных случаев увеличивается доля полового пути передачи. Это соответствует общей тенденции перехода эпидемии из групп высокого риска (потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса и пр.) в общее население. Среди основных факторов, затрудняющих борьбу с распространением эпидемии, можно назвать сложную экономическую ситуацию в большинстве стран, недостаточный уровень знаний по данной проблеме, рискованное сексуальное поведение, высокий уровень трудовой миграции.

На 1 января 2012 год в РК зарегистрировано 17763 случаев ВИЧ-инфекций. Показатель распространенности на 100 тысяч населения составляет 86,8. В возрастной структуре преобладают лица 20-39 лет (77,5%). Наблюдаются изменения социально-профессионального статуса ВИЧ-инфицированных: в динамике, по годам отмечается увеличение доли рабочих и служащих с 13% в 2006 году до 26% в 2011 году [5].

В мае 2005 года в Женеве на совещании экспертов по вопросу ВИЧ/СПИДа и сферы труда был одобрен «Свод практических правил», который стал руководством для политических деятелей, объединенных работодателей и работников, других социальных партнеров в деле разработки и осуществления на рабочих местах программ профилактики и лечения заболевания ВИЧ/СПИД. Это важный вклад МОТ в борьбу с ВИЧ/СПИДом в мировом масштабе [6].

Свод устанавливает рамки действий на рабочих местах и охватывает основные вопросы профилактики, изменения поведения и защиты прав работников. Целью свода является определение основных подходов к проблеме ВИЧ/СПИДа в сфере труда.

В 2010 году МОТ приняла Рекомендацию №200 о ВИЧ/СПИДе и сфере труда. Данная международная трудовая норма по ВИЧ/СПИДу охватывает сферу труда и считает основополагающим участие представителей сферы труда в ответных мерах борьбы с ВИЧ-инфекцией, призывает к разработке, принятию, осуществлению и мониторингу национальных программ по ВИЧ/СПИДу и сфере труда, способствует укреплению международного сотрудничества [7].

Республика Казахстан выражает свою приверженность принципам международного трудового права, стремится к реализации программ по профилактике ВИЧ/СПИДа в сфере труда в соответствии с нормами международных трудовых стандартов [9].

В настоящее время целями Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казакстан» на 2011 - 2015 гг. предусмотрено усиление взаимодействия государственных, общественных и бизнес-структур в повышении уровня безопасности условий жизни и труда, улучшения общественного здоровья и предусматривающее разработку и внедрение межсекторальных подпрограмм по вопросам борьбы с ВИЧ/СПИДом [2].

В 2008 году в Республике Казахстан было подписано Генеральное соглашение между Правительством, республиканскими объединениями работников (профсоюзами) и республиканскими объединениями работодателей на 2009-2011 гг., определяющее позиции и обязательства по основным принципам регулирования социальных и трудовых отношений на уровне республики. В соответствии с п. 63, стороны Генерального соглашения возлагала на себя обязательство, принимая во внимание Свод практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ-СПИДа» в сфере труда, продолжить совместную работу по профилактике ВИЧ/СПИДа на рабочих местах [1].

С 2010 по 2012 гг. в РК действует «Национальная программа по достойному труду в Республике Казахстан» (НПДТ), в которую включены вопросы профилактики ВИЧ/СПИДа. Одним из приоритетов НПДТ является дальнейшее развитие трехстороннего сотрудничества и соци-

ального диалога. В программе особое внимание уделяется вопросам ВИЧ/СПИДа в сфере труда и трудовой миграции. Также планируемые действия предполагают внедрение в систему охраны труда вопросов профилактики ВИЧ/СПИДа. Программа направлена на обеспечение более тесного сотрудничества МОТ и трехсторонних партнеров Республики Казахстан, а также дальнейшее развитие деятельности МОТ в стране, и достижение результатов и положительных изменений в социально-трудовой сфере [4].

В стране получает широкое развитие одна из главных форм социального партнерства – социальная ответственность бизнеса, формируется эффективная благотворительная практика, как у международных, так и у отечественных компаний, поднимается престиж значимости социальных проектов. В республике заключаются Меморандумы и Соглашения по социальной ответственности бизнеса, успешная реализация которых заметно влияет на развитие социальной инфраструктуры регионов и позволяет принимать меры по сохранению рабочих мест и занятости работников предприятий и организаций [8].

По данным Всемирного экономического форума 2010-2011 гг. Казахстан занимает 86 место из 133 стран по индикатору Глобальный индекс конкурентоспособности (ГИК): «Влияние ВИЧ/СПИДа на бизнес». В целях формирования принципа партнерства «государство-бизнес», реализации программы профилактики ВИЧ на рабочих местах, а также признание того факта, что вложение средств в профилактику ВИЧ также является вложением инвестиций в интересах людей, всеми центрами СПИД в регионах РК проводится разъяснительная, консультативная работа для представителей бизнеса по теме: «Деловое влияние ВИЧ-инфекции на бизнес».

В 2011 году по данным Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом было проведено 606 семинаров с руководителями бизнес-структур, охвачено 32584 рабочих мест [5].

В 2011 году в г.Астана прошел семинар на тему «ВИЧ/СПИД и сфера труда», организованный субрегиональным бюро МОТ, на котором рассматривались вопросы национальной политики по профилактике ВИЧ-инфекции в сфере труда, социального партнерства в противодействии ВИЧ/СПИДа на рабочих местах. На семинар были приглашены представители Министерства труда и социальной защиты населения, Федерации профсоюзов, Конфедерации работодателей,

бизнеса, специалисты центров СПИД [3].

В процессе работы участники семинара, ознакомившись с эпидситуацией по ВИЧ/СПИДу в мире и в Казахстане, нормами международных трудовых стандартов и национального законодательства, сделали вывод о необходимости принятия следующих мер:

- Принятие нормативно-правового акта, регулирующего трудовую деятельность лиц с ВИЧ-статусом и СПИДом (возможно принятие данного НПА в форме приказа Министра труда и социальной защиты населения);

- Дальнейшее совершенствование законодательства Казахстана по ВИЧ/СПИДу в сфере труда;

- Принятие мер по действенному применению Свода практических правил МОТ по вопросу «ВИЧ/СПИДа и сфера труда»;

- Усиление деятельности инспекторов труда, предоставление им дополнительных полномочий инспектирования по вопросам ВИЧ/СПИДа на предприятиях всех форм собственности;

- Усиление межведомственного взаимодействия по вопросам применения и исполнения НПА в сфере ВИЧ/СПИДа, в частности, в сфере труда;

- Активизация усилий по созданию благоприятных правовых, социальных и политических рамок с целью ликвидации стигматизации, дискриминации и насилия, связанных с ВИЧ;

- Содействие расширению доступа к предотвращению, лечению, уходу и поддержке больных ВИЧ/СПИДом;

- Доступ населения к образовательным программам; содействие лицам, нуждающимся в медицинской помощи, в получении доступа к медицинскому сервису;

- Проведение обучающих циклов по вопросу «ВИЧ/СПИДа и сфера труда» с последующей разработкой методических указаний по внедрению национальной политики, политики на рабочих местах и программ по борьбе с распространением ВИЧ/СПИДа и смягчению его последствий.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Генеральное соглашение между Правительством, республиканскими объединениями работников (профсоюзами) и республиканскими объединениями работодателей на 2009-2011гг.

2. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Казакстан» на 2011 - 2015 гг.

3. Материалы семинара «ВИЧ/СПИД и сфера труда»/ Астана 2011г.

4. «Национальная программа по достойному труду в Республике Казахстана на 2010-2012гг.»

5. Статистические данные Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД, Алматы 2011г.

6. «Свод практических правил»/Международная организация труда, Женева, 2005г.

7. «Рекомендация о ВИЧ/СПИД и сфера труда №200»/ МОТ, Женева, 2010г.// стр.14.

8. Стратегический план Министерства труда и социальной защиты населения Республики Казахстан на 2011- 2015 годы/ Утвержден постановлением Правительства Республики Казахстан от 31 декабря 2010 года № 1507//стр.3.

9. «ВИЧ/СПИД и сфера труда»/Международное бюро труда Женева, 2009.

УДК 616.936-036.22:614.4

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО МАЛЯРИИ В МИРЕ И ГЛОБАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ БОРЬБЫ С НЕЙ

**К.Н. НАБЕНОВ**

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

### Резюме

В мире отмечается высокий уровень заболеваемости малярией. Описаны факторы, способствующие росту заболеваемости, и основные принципы противомалярийных мероприятий.

### Тұжырым

Дүние жүзінде безгекпен сырқаттанушылық жоғары деңгейде өсуде. Сырқаттанушылықтың өсуіне себепкер факторлар және безгекке қарсы шаралардың негізгі қағидалары келтірілген.

### Summary

In the world there is a high incidence of malaria. Have been described the factors which contributing to the growth of disease, and the basic principles of malaria interventions.

В настоящее время малярия распространена на территории многих стран, за исключением стран с умеренной зоной. В год 41% населения мира находится под угрозой заражения, а из них - 300-500 млн. заболевают. Малярия ежегодно убивает 1,5 млн. людей, большинство которых жители Африки ( $\approx 80\%$ ) и приносит значительный социально-экономический ущерб странам тропической зоны. [1,3]

Распространение малярии на эндемичных территориях носит зонально-очаговый характер, определяемый совокупностью природных и социально-экономических факторов.

Малярия приурочена к разным возрастным группам населения. В тропиках - наиболее подвержены риску заражения дети в возрасте от 7 месяцев до 9 лет, а также молодые беременные, особенно первородящие.

Угроза высокого риска заражения существует также и для иммигрантов, беженцев, сезонных рабочих на вновь осваиваемых территориях, особенно в малярийных местностях. В последние три десятилетия (с 1980 г.) маляриологическая ситуация в мире, в том числе и в странах СНГ, значительно ухудшилась после осуществления глобальной кампании ликвидации малярии под эгидой ВОЗ (1959-1968 гг.).

Этому способствовали следующие факторы:

- Завоз малярии из эндемичных зон на территории, свободные от малярии, но где есть благоприятные природные и социально-экономические предпосылки;

- Интенсивные международные перемещения, миграции;

- Эндемичность по малярии всей зоны тропиков, показатели заболеваемости и смертности от малярии остаются теми же, что и 100 лет назад;

- Устойчивость к ДДТ и другим инсектицидам у десятки видов анофелес-переносчика малярии, и интенсивность их популяции;

- Во многих странах Юго-Восточной Азии, Африки и Южной Африки регистрируется резистентность возбудителя тропической малярии *P. Falciparum* к основному противомалярийному препарату - хлорохину (делагилу);

- Рост миграционных процессов привел к увеличению завоза малярии из тропиков в страны умеренного пояса;

- Климатические изменения (потепление и увлажнение) способствуют формированию малярийных очагов при наличии всех 3-х звеньев эпидемического процесса.

С учетом вышесказанных особенностей маляриологической ситуации в мире, Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) была разработана глобальная стратегия борьбы с малярией (ГСБМ), которая была утверждена к исполнению в октябре 1992 года в Амстердаме на международной конференции Министров здравоохранения по борьбе с малярией. [2,3]

Основой ГСБМ является признание многообразия эпидемиологических проявлений малярии. Поэтому универсальной формулы борьбы с ней не может быть. Многообразие болезни определя-

ет необходимость выбора комплекса мероприятий, а не одного метода для борьбы с малярией. В этом — одно из главных отличий современной стратегии борьбы от стратегии ликвидации малярии, использованной в 50-60-е годы прошлого столетия.

Стратегия утверждает, что борьба с малярией должна являться не только важным компонентом развития национального здравоохранения, но и частью национального плана развития страны.

Стратегия определяет конечную цель борьбы с малярией в предупреждении смертности и снижении заболеваемости. В этой связи в профилактике малярии роль эффективного эпидемиологического надзора исключительна важна.

Противомалярийные мероприятия в стратегии борьбы складываются из четырех основных элементов, которые зависят от эпидобстановки:

- Обеспечение ранней диагностики и своевременного эффективного лечения - 1-звено эпидемиологической цепи;

- Выборочное использование профилактических мероприятий, включая использование мер борьбы с переносчиками — в отношении 2-звена эпидемиологической цепи;

- Предупреждение, ранее выявление и проведение эффективных мер борьбы с эпидемиями малярии;

- Осуществление научных исследований для проведения регулярной оценки маляриогенной обстановки в стране. [1]

В связи с этим, должны быть лучше подготовлены специалисты для борьбы с малярией на современном этапе в повседневной практике улучшения диагностики и лечения, особенно тяжелых случаев.

При проведении предупредительных противомалярийных мероприятий, как комароистребительных, следует проводить в тех случаях, когда они действительно необходимы, и когда они обеспечивают долговременный эффект. Применение других методов определяется конкретной эпидемиологической ситуацией.

Для успешного осуществления борьбы с малярией также необходима политическая поддержка со стороны руководства различного уровня. Для эффективной борьбы с малярией необходимо знать распространение видов в мире и маляриогенность территории.

Маляриогенность определяют следующие условия:

- А. Наличие температуры воздуха, при которой завершается спорогония в комаре;

- Б. Наличие комаров *Anopheles*, восприимчивых к заражению возбудителями малярии;

- В. Способность самок комаров доживать до эпидемиологически опасного возраста;

- Г. Численность комаров и наличие контакта с человеком;

- Д. Наличие населения, восприимчивого к заражению возбудителями малярии.

Если одно или несколько условий исключить, то территория временно становится немаляриогенной только на период отсутствия этих условий.

Противоэпидемические мероприятия должны проводиться с учетом вышеперечисленных условий. Например, среди 20% существующих видов этого рода комаров имеются различия в способности к передаче возбудителей. Комары фауны СНГ — *An. atroparvus*, *An. sacharovi* успешно заражались возбудителями трехдневной малярии из Азии, Африки и Южной Америки, но не заражались *Pl. falciparum* из Африки. Или другой пример: если населенные пункты находятся в пределах дальности полета комара от мест его вылода, то вероятность нападения на человека возрастает и будет зависеть от численности и наличия, или отсутствия других прокормителей (животных). Последние являются зоообарьером.

На территории СНГ население восприимчиво к заражению, миграционные процессы способствуют распространению малярии по территории, где может сформироваться эндемичный очаг при благоприятных климатических условиях для развития комаров — так называемые «анофилогенные водоемы». Большое значение имеет подверженность территории притоку людей и залету комаров из эндемичных по малярии местностей — из Афганистана, Таджикистана, Азербайджана и юга Узбекистана.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Паразитарные болезни человека. Руководство для врачей / Под ред В.П.Сергеева, Ю.В.Лобзина, С.С.Козлова — СПб — 2008.

2. А.М.Бронштейн, Н.А.Мальшев. Малярия, М.2007.

УДК 616.914 – 084:355.1 (574)

## ВЕТРЯНАЯ ОСПА И ЕЕ ПРОФИЛАКТИКА В ВОИНСКИХ КОЛЛЕКТИВАХ

Е.Н. ЕРМАГАМБЕТОВ, О.К. ДАРИБАЕВ, К.Т. ДАРКУЛОВ,  
Г.А. БЕКБЕРГЕНОВА, Ж.Н. МУСАКАНОВА

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК, г. Алматы

### Резюме

Профилактика детских инфекций остается актуальной и среди взрослого населения.

### Тұжырым

Балалар жұқпалы ауруларының алдын алу шаралары ересек тұрғындардың арасында да өзекті болып табылады.

### Summary

Prevention of childhood infections has remained an actual problem among adult population.

По определению ветряная оспа – это острая вирусная инфекция, характеризующаяся умеренно выраженной общей интоксикацией, доброкачественным течением, везикулезной экзантемой, а также длительной персистенцией вируса в виде латентной инфекции, при активизации которой заболевание протекает в виде опоясывающего лишая. По ветряной оспе общепринятого стандартного определения случая не разработано [1].

Традиционно относят данное заболевание к «детским» и «неуправляемым» доброкачественным инфекциям, также нельзя не отмечать роста показателей заболеваемости и наличия возможных осложнений. На фоне снижения заболеваемости «управляемыми» инфекциями (за счет активной иммунизации, прививочных компаний и др.), значимость ветряной оспы остается актуальной в организованных коллективах гражданских учреждений, в том числе и воинских.

Военно-эпидемиологическое значение ветряной оспы определяется следующими основными критериями: уровень заболеваемости в подразделении, количество трудопотерь в связи с полным или частичным отвлечением от выполнения служебных обязанностей, эпидемический потенциал (контагиозность) как способность возбудителя в короткие сроки выводить из строя военнослужащих и экономические затраты на лечебно-диагностические и противоэпидемические мероприятия.

Основной группой риска заболевания являются дети дошкольного возраста, но по данным отдельных авторов наметилась общая тенденция увеличения заболеваемости ветряной оспой взрослого населения. Среди взрослых регистрируются единичные случаи летальных исходов этой болезни [1].

Заболеваемость переносится преимущественно в детском возрасте, и считается, что постинфекционный иммунитет сохраняется пожизненно. Однако фиксируются повторные случаи заболеваний у переболевших лиц с документальным подтверждением перенесенной болезни. Факторами повторного заболевания являются перенесение первичной инфекции в возрасте до 12 месяцев, перенесение инфекции в очень легкой форме и генетические факторы.

В общей структуре заболеваемости, 10%-12% случаев приходится на лица в возрасте от 15 лет и старше. Именно данная возрастная группа попадает в организованные (воинские) коллективы. Это воспитанники военных школ-интернатов, РШ «Жас улан», кадеты Кадетского корпуса, курсанты военно-учебных заведений и военнослужащие по призыву, где увеличивается риск их заражения. Заражение чаще всего происходит в воинских коллективах при высокой плотности размещения в казармах (общежитиях) и на занятиях в учебных классах.

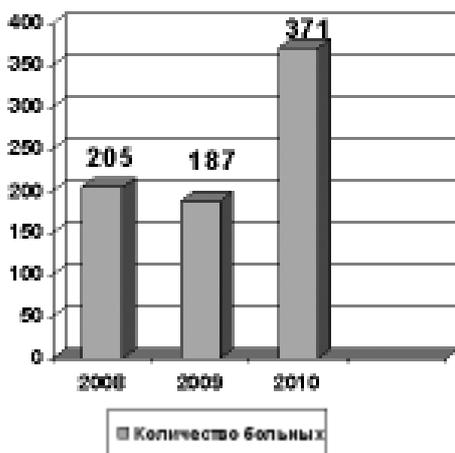


Рисунок 1. Заболеваемость ветряной оспой  
в Вооруженных Силах РК за 2008-2010 гг.

Проведение ежедневного телесного осмотра в воинских коллективах на раннее выявление специфической сыпи и изоляции больного является неэффективным методом, так как в инкубационный период сыпи нет, человек чувствует себя здоровым, но может заражать сослуживцев. Профилактические и противоэпидемические мероприятия должны быть направлены, в первую очередь, на оптимизацию рационального размещения личного состава в казармах. Имеются со-

ответствующие рекомендации, такие как регулярное проветривание, учащение вентиляции, строгое соблюдение требований «карантина» (обсервации) для прибывающего молодого пополнения, которые способны снизить заболеваемость воздушно-капельными инфекциями, в целом, за счет уменьшения риска заражения, разрежения плотности источников инфекций и концентрации возбудителей в воздухе.

В Республике Казахстан специальные мероприятия для профилактики ветряной оспы не разработаны, эпидемиологический надзор (территориальные органы санитарно-эпидемиологического надзора) сводится к сбору и анализу заболеваемости, в основном, в детских дошкольных учреждениях. ВОЗ рекомендует всем странам выборочную вакцинацию против ветряной оспы для восприимчивых групп – больных с иммунодефицитами и лиц ожидающих трансплантацию. В отдельных странах производится вакцинация детей, иммунитет длится 10-20 лет.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зуева Л.П., Яфаев Р.Х., «Эпидемиология» 2005;
2. Михеева И.В., Лыткина И.Н., Воронин Е.М. «Заболеваемость ветряной оспой населения различных возрастных групп» ММА им. И.М.Сеченова, 2005.

## БОТУЛИЗМ

Г.А. БЕКБЕРГЕНОВА, Е.Н. ЕРМАГАМБЕТОВ, О.К. ДАРИБАЕВ,  
К.Т. ДАРКУЛОВ, Е.Т. КЕМЕЛБЕКОВ

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК, г. Алматы

### Резюме

В статье рассказывается о ботулизме, об особенностях заболевания и способах его профилактики.

### Тұжырым

Мақалада ботулизм, аурудың ерекшеліктері және оның алдын алу шаралары туралы айтылған.

### Summary

The article publishes information about botulism, features of disease and prevention methods.

Ботулизм относится к наиболее тяжелым пищевым отравлениям. Возникает при употреблении пищи, содержащей токсины ботулиновой палочки. Возбудитель ботулизма широко распространен в природе, также обитает в кишечнике теплокровных животных, рыб, человека, грызунов, птиц, кошек, в почве, в иле водоемов.

Ботулизм (от лат. *botulus* «колбаса») — это тяжёлое токсико-инфекционное заболевание, характеризующееся поражением нервной системы, преимущественно продолговатого и спинного мозга [1].

Ботулотоксин попадает в организм человека через слизистые оболочки дыхательных путей, желудочно-кишечного тракта, повреждённую кожу и лёгкие. От человека к человеку инфекция не передаётся. Несмотря на то, что ботулизм регистрируется гораздо реже, чем другие кишечные инфекции и отравления, он продолжает оставаться актуальным и опасным для жизни заболеванием, смертельная доза для человека составляет сотые доли миллиграмма на 1 килограмм массы тела.

Первыми признаками болезни являются недомогание, головная боль, головокружение, и нередко рвота. Рвота и понос непродолжительны, затем развиваются чувство распирания в желудке, метеоризм, запоры — это начало пареза желудочно-кишечного тракта.

Основными симптомами являются: нарушение дыхания (частое, поверхностное), мышечная слабость, парезы, параличи, тахикардия, повышение артериального давления, сухость во рту, нарушение глотания, гнусавость голоса, ограничение движения языка. Расстройство зрения ха-

рактеризуется двоением в глазах, дрожанием глазных яблок, опущением век.

В современной медицине ботулотоксин является активным составляющим косметического средства Ботокс (известного также под названием Диспорт), использующегося для разглаживания морщин и уменьшения потоотделения. Диспорт с помощью инъекций вводится подкожно в мимические мышцы. Его также применяют для ослабления чрезмерной мышечной активности. Получить отравление нейротоксином практически невозможно, так как в косметологии используются крайне низкие концентрации яда. Но может случиться так, что токсин приведет к смерти. На сегодняшний день Ботокс разрешен для клинического применения в 58 странах мира.

Отравление токсином возможно только при употреблении продуктов, в которых в анаэробных условиях (отсутствие кислорода) произошли размножение возбудителя и накопление токсина. В настоящее время консервы фабричного производства редко являются причиной заболевания. В основном, заражение происходит вследствие употребления грибов, овощей, рыбы и мяса домашнего консервирования. Однако эпидемии ботулизма могут возникать также из более неожиданных источников. Например, в июле 2002 года на Аляске у 14 человек были установлены симптомы ботулизма после употребления китового мяса, двум из пострадавших потребовался аппарат искусственной вентиляции лёгких. Существуют и другие источники инфекции, например, чеснок или приправы, сохраняемые в растительном масле без подкисления, перец чили, плохо вымытый тушёный в алюминиевой фоль-

ге картофель, рыба домашнего консервирования, в частности — ферментированная рыба, таранка и прочее. Около 50% случаев болезни связаны с грибами, второе место занимают мясные изделия. Но, помимо пищевого ботулизма, регистрируются единичные случаи ботулизма у детей до года, находящихся на искусственном вскармливании питательными смесями, содержащими мёд. Предполагают, что споры заносятся с пылью в нектар, перерабатываемый пчёлами в мёд, который впоследствии используют в питательных смесях. Иногда возбудитель размножается в некротизированной ткани и обуславливает возникновение раневого ботулизма.

Выздоровление при ботулизме наступает медленно. Одним из ранних признаков улучшения является восстановление слюноотделения. Постепенно регрессирует неврологическая симптоматика. Полное восстановление зрения и мышечной силы наступает позже всего. Расстройство зрения может длиться несколько месяцев. Несмотря на тяжелейшие неврологические расстройства, у переболевших ботулизмом не остаётся никаких последствий заболевания.

Главную роль в лечении ботулизма играет антитоксическая сыворотка. При раннем введении противоботулинической сыворотки прогноз благоприятный. Без применения современных методов лечения летальность может составлять 30-60%. Смерть, как правило, наступает от паралича дыхательной мускулатуры и последующей гипоксии (дыхательной недостаточности). Своевременное лечение болезни снижает процент летальности исхода до 10%, а в специализированных центрах — до 3-4%. При отсутствии возможности проводить искусственную вентиляцию лёгких погибает 65% заболевших. Восстанови-

тельный период длится несколько месяцев и заканчивается полным выздоровлением больного.

Профилактика пищевого ботулизма затрудняется в связи с широким распространением ботулотоксина в природе и его устойчивостью в неблагоприятных условиях окружающей среды. Основными профилактическими мерами против заражения является создание условий, препятствующих росту и размножению спор бактерий, а также предотвращение попадания возбудителя в пищу. К последним относятся меры по поддержанию чистоты в местах, где приготавливают пищевые продукты, представляющие собой благоприятное место для развития возбудителя заболевания [2].

Продукты домашнего консервирования в герметически закрытой таре являются наиболее опасными для человека, так как в домашних условиях добиться полного уничтожения *Clostridium botulinum* невозможно. Больше всего это касается грибов, потому что отмыть их от частичек грунта, в котором содержатся споры ботулотоксина, очень сложно. Перед употреблением консервов необходимо прогреть вскрытые банки при температуре 100 °С в течение 30 минут (в кипящей воде) для разрушения токсина. Продукты питания, не подлежащие термической обработке, но представляющие собой благоприятное место для токсина (соленая и копченая рыба, сало, колбасы), должны храниться при температуре не выше 10 °С.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Сбойчаков В.Б. Санитарная микробиология / В.Б. Сбойчаков. — М.: 2007.
2. Апсеметова М.А. Заболевания пищевого происхождения в Казахстане / М.А. Апсеметова, Л.Б. Лян. — Алматы, 2005.

УДК 616.9:578.835.15-084

**ПОЛИОМИЕЛИТ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА****О.К. ДАРИБАЕВ**

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК, г. Алматы

**Резюме**

Полиовирус высококонтагиозен и при попадании в семью или коллектив инфицирует практически всех восприимчивых лиц.

**Тұжырым**

Полиовирус жоғары жұқпалы болып табылады, егер жанұя немесе ұжымға жұққан уақытында ондағы барлық қабылдағыш адамдар науқастанады.

**Summary**

Highly contagious poliovirus in case of infection practically will hit all receptive people in a family or collective.

Полиомиелит (болезнь Гейне-Медина, детский церебральный паралич) - острая энтеровирусная инфекция, поражающая слизистые оболочки кишечника и носоглотки, серое вещество спинного мозга и некоторые другие отделы ЦНС с развитием вялых атрофических парезов мышц, преимущественно ног и туловища.

Полиомиелит является одним из древнейших заболеваний человека. Как свидетельствуют археологические материалы, человек болел полиомиелитом за несколько тысячелетий до нашей эры. Первое описание вспышки полиомиелита на острове Фасоссе было сделано Гиппократом.

Резервуаром вируса полиомиелита является человек - больной или здоровый вирусоноситель. Инфекция часто возникает в результате бытового контакта в семье, организованном коллективе. Высокая резистентность вируса к факторам внешней среды способствует длительному выживанию его в канализационных водах, фекалиях, некоторых пищевых продуктах. Вирус, накапливающийся в первые дни заболевания в слизистой оболочке дыхательных путей, может при попадании в воздух при кашле, чихании обуславливать воздушно-капельный механизм передачи, хотя доминирующее значение имеет фекально-оральный механизм передачи. Возможен также перенос вируса мухами. Заболевание чаще встречается у детей, чем у взрослых, что связано с появлением у последних приобретенного иммунитета. В странах с умеренным климатом эпидемии возникают в связи с появлением нового поколения высоковосприимчивых детей. В странах с теплым климатом и плохими санитарно-гиги-

еническими условиями вирусы полиомиелита длительно персистируют и вируснейтрализующие антитела обнаруживают уже в раннем детском возрасте. Установлена прямая корреляция между неблагоприятными социально-экономическими условиями и ранним появлением антител.

Ликвидация полиомиелита требует наличие хорошо функционирующей системы эпидемиологического надзора, способной осуществлять контроль за организацией прививок и качеством вакцинации, а также идентифицировать абсолютно все случаи полиомиелита. Специфическая профилактика полиомиелита осуществляется с помощью живой вакцины. Живая вакцина индуцирует образование секреторных IgA - антител в слизистой оболочке тонкого кишечника и тем самым препятствует циркуляции диких штаммов вируса полиомиелита. Вакцину вводят перорально. Циркуляция вакцинных штаммов среди населения приводит к созданию коллективного иммунитета.

В 1959 году в отдельных республиках бывшего СССР, а с 1960 года на всей территории бывшего Союза были проведены массовые прививки населения в возрасте от 2 месяцев до 20 лет живой полиомиелитной вакциной, состоящей из трех типов вакцинного вируса полиомиелита (1, 2 и 3). Это привело к резкому снижению заболеваемости и к ликвидации паралитических форм полиомиелита. Высокая эффективность вакцинопрофилактики полиомиелита позволила ВОЗ в 1988 году принять решение о ликвидации этой инфекции в мире. В целях профилактики проводят плановую 3-х кратную иммунизацию детей с

двух месячного возраста и последующей ревакцинацией в возрасте 12-15 месяцев.

Задача ликвидации полиомиелита в мире (полное прекращение передачи вируса) к 2000 и 2005 гг., к сожалению, не выполнена. До настоящего времени сохраняется неопределенность в вопросе о том, какой наилучший путь необходимо избрать для прекращения вакцинации против полиомиелита и что необходимо предпринять при установлении циркуляции вируса полиомиелита вакцинного происхождения в определенных эпидемиологических ситуациях.

Поскольку до настоящего времени отсутствуют абсолютные критерии, обеспечивающие распознавание всех случаев полиомиелита на основании только клинических данных, ВОЗ рекомендует осуществлять эпидемиологический надзор с широким применением лабораторных исследований, концентрируя основное внимание на случаях ОВП. Эпидемиологический надзор за случаями ОВП предусматривает немедленную регистрацию всех случаев ОВП у детей в возрасте до 15 лет.

11 октября 2010 года в ЮКО был зарегистрирован первый в Республике, и пока единственный случай полиомиелита. В связи с осложнением эпидемиологической ситуации по полиомиелиту в странах, имеющих прямое транспортное сообщение с РК и угрозой завоза инфекции на территорию нашей страны, была проведена однократная дополнительная вакцинация против полиомиелита детей до 6 лет.

По рекомендации ВОЗ, с 12 по 14 октября 2010 года в приграничных с Узбекистаном районах ЮКО проведена вакцинация против полиомиелита детей в возрасте от 6 до 15 лет. Кроме того достигнуты договоренности с Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) и ВОЗ о выделении дополни-

тельного объема полиомиелитной вакцины для иммунизации детей в возрасте от 0 до 15 лет в приграничных районах Республики - Алматинской, Жамбылской, Кызылординской, Мангистауской, ЮКО и г. Алматы. В ходе компании иммунизации планировалось привить против полиомиелита около двух миллионов детей.

При появлении больного полиомиелитом или ОВП госпитализация обязательна. Изоляцию прекращают после исчезновения острых клинических симптомов болезни, но не ранее 40 дней от начала заболевания. Больных легкими паралитическими формами изолируют не менее чем на 20 дней. Контактных детей в возрасте до 5 лет осматривают педиатр и невропатолог для выявления больных и их госпитализации. Среди детей в дошкольно-детских и школьных учреждениях проводят карантинно-изоляционные мероприятия в течение 20 дней с обязательным медицинским осмотром. Также показана однократная иммунизация детей до 15 лет и взрослых, находящихся в очаге инфекции, работающих в детских учреждениях, пищевых предприятиях. Детям до 4-х лет, контактировавшим с больным, вводят  $\gamma$ -глобулин, что предупреждает развитие паралитической формы, но не устраняет возникновение инвазивной инфекции. При появлении клинических симптомов болезни введение  $\gamma$ -глобулина будет неэффективным. В очаге проводят заключительную дезинфекцию.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Чумаков М.П. Руководство по микробиологии, клиника и эпидемиология инфекционных болезней / М.П.Чумаков, М.К.Ворошилова. - Медицина, 1966.
2. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский [и др.]. - ГЭОТАР Медиа, 2008.
3. Зуева Л.П. Эпидемиология / Л.П.Зуева, Р.Х. Яфеев. - Санкт-Петербург.: ФОЛИАНТ, 2008.

УДК 616.935:616.34-002.1-084

## ПРОФИЛАКТИКА КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

О.К. ДАРИБАЕВ

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК, г. Алматы

### Резюме

В статье описана большая группа самостоятельных инфекционных болезней, объединенных по наличию общего клинического синдрома диареи.

### Тұжырым

Бұл мақалада диареямен жүретін жалпы клиникалық синдроммен біріктірілетін үлкен топты өзіндік жұқпалы аурулар сипатталған.

### Summary

This article describes a large group of independent infectious diseases which is united by general clinical syndrome of diarrhea.

Кишечные инфекции – это большая группа заболеваний, которые протекают с более или менее похожими симптомами, но могут вызываться огромным количеством возбудителей, такими как бактерии, вирусы и простейшие. Выделяют 3 типа конкретно складывающихся путей передачи инфекции: пищевой, водный и контактно-бытовой. Варианты пищевого и водного путей заражения зависят от биологических свойств возбудителя, прежде всего от вирулентности и устойчивости во внешней среде и способов его попадания в пищевые продукты и воду.

Так, при дизентерии, вызванной шигеллами Зоне, чаще выявляют пищевой путь передачи инфекции. При дизентерии Флекснера и брюшном тифе преимущественное заражение происходит через воду или контактно-бытовой путь передачи. Знание этих признаков облегчает эпидемиологическую диагностику, расшифровку причин возникновения вспышек и проведение противоэпидемиологических мероприятий. Контактно-бытовая передача реализуется в организованных коллективах, семьях и определяется действиями санитарно-гигиенических факторов и соблюдением личной гигиены.

Возбудителей кишечной инфекции отличает относительно узкая органотропность. В просвете тонкой кишки размножается возбудитель холеры, в лимфоузлах с выходом в просвет кишечника через кровь и желчные пути – возбудитель брюшного тифа, а шигеллы Флекснера – в толстой кишке. Энтеровирусы (вирусы полиомиелита), помимо основной локализации в кишечнике, также размножаются в верхних дыхатель-

ных путях. Это все определяет своеобразие эпидемиологии отдельных нозологических форм кишечной инфекции с фекально-оральным механизмом передачи.

Условия и факторы, способствующие распространению этих инфекций многообразны. Ими могут быть как невыявленные источники инфекции (бактерионосители, больные легкими формами болезни), так и множественные пути, и факторы передачи заболевания.

Наибольшую эпидемиологическую опасность представляют больные, выделяющие массивные количества возбудителей в окружающую среду. Но такие лица представляют опасность для окружающих только до момента выявления и изоляции (госпитализации). Гораздо сложнее, когда источником заражения является длительный носитель. Хотя носители и выделяют в окружающую среду меньшее количество возбудителей, но при определенных условиях они могут быть опасными, чем больные. Такая опасность значительно увеличивается, когда носитель допускается к работе на предприятия питания, водоснабжения, лечебные учреждения.

При попадании возбудителей в сеть централизованного водоснабжения возможно массовое заражение людей за короткие сроки. В этих случаях эпидемия развивается быстро, а кривая распространения заболевания имеет характерный вид с резким подъемом и менее стремительным падением. При попадании возбудителей в колодцы вспышка заболеваний может возникнуть среди ограниченной группы людей, пользующихся данным источником водоснабжения.

Проникновение возбудителей в пищевые продукты может обусловить распространение заболеваний среди людей, связанных общим источником питания. При контактно-бытовом пути распространения возбудителей кишечных инфекций эпидемии развиваются медленно. Обычно вокруг заболевшего выявляются единичные больные, которые в свою очередь могут стать источником заражения для здоровых людей. Такой путь заражения чаще встречается в организованных коллективах.

Как и при всех других инфекционных заболеваниях, мероприятия против кишечных заболеваний должны быть направлены на выявление и обезвреживание источников и возможных путей распространения возбудителей, а также на повышение невосприимчивости людей к заболеваниям.

Ведущим значением в профилактике ОКИ является, возможно, раннее выявление заболевших и носителей возбудителей, а также воздействия на пути распространения возбудителей.

Кишечные инфекции относятся к категории болезней, управляемых санитарно-гигиеническими мероприятиями. Важное значение имеет санитарный контроль за эпидемически значимыми объектами (канализационная сеть, очистные сооружения источники водоснабжения, водопроводная сеть).

Особого внимания заслуживает общественное питание (заготовка, хранение, приготовление, реализация пищевых продуктов, мытье столовой и кухонной посуды, личная гигиена работников питания). Для профилактики ОКИ большое значение имеет организация и проведение санитарно-просветительной работы. Исключительно большое значение для индивидуальной профилактики против кишечной инфекции имеет систематическое мытье рук, особенно после посещения уборных и перед каждым приемом пищи.

Важное место в системе противоэпидемических мероприятий должно быть отведено эпидемиологическому обследованию каждого случая заболевания. Результат эпидемиологического обследования – выявление источника заражения только при установлении действительного источника заражения, проводимые меры могут дать положительный результат в очень короткий срок. В системе противоэпидемических мероприятий большое место занимают меры по обезвреживанию возможных путей распространения возбудителей.

С этой целью проводят текущую дезинфекцию во время пребывания больного дома или в лечебном учреждении. После госпитализации, выздоровления или после смерти больного проводят заключительную дезинфекцию. Особое внимание в противоэпидемических мероприятиях занимают дезинсекция и дератизация. В отдельных случаях необходимо проводить иммунизацию или ревакцинацию по эпидемическим показаниям. В системе противоэпидемических мероприятий немаловажным является экстренная профилактика (антибиотикотерапия, специфические сыворотки, бактериофаги).

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики / А.А. Кишкун - М: ГЭОТАР Медиа, 2007.
2. Инфекционные болезни и эпидемиология / В.И. Покровский [и др.]. – ГЭОТАР Медиа, 2008.
3. Ермагамбетов Е.Н. Вестник Военной медицины Казахстана / Е.Н. Ермагамбетов // -2004. - №7.
4. Стандарты и алгоритм мероприятий при инфекционных и паразитарных болезнях / С.А.Амиреев [и др.] // - 2007. - Т.1.
5. Сыргу В.Т. Материалы по эпидемиологии и микробиологической диагностике кишечных и кокковых инфекций / В.Т. Сыргу, Н.А. Вакараша // - Кишнев, 1976.

УДК 616-002.5-084

## ТУБЕРКУЛЕЗ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ПРОФИЛАКТИКА И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ВОЙСКОВЫХ ЧАСТЯХ

Ш.Т. МАЙТАНОВА

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК, г. Алматы

### Резюме

В статье краткое описание главных аспектов эпидемиологии и профилактики туберкулеза.

### Тұжырым

Мақалада туберкулездің эпидемиологиясы мен алдын-алуы туралы мәліметтер келтірілген.

### Summary

This article can give information about epidemiology and prophylaxis of tuberculosis.

Туберкулез – это бактериальная инфекционная болезнь с преимущественно аэрогенным механизмом передачи, характеризующаяся поражением легких, образованием специфических гранул в различных органах и тканях.

Возбудитель туберкулеза относится к обширной группе микобактерий. Существуют различные названия возбудителя туберкулеза: бациллы Коха, палочка Коха, микобактерии туберкулеза. VI Всесоюзный съезд фтизиатров (1957 год) рекомендовал придерживаться следующей терминологии: «микобактерия туберкулеза», а сокращенно – «БК». Чаще всего (90-95% случаев) входными воротами инфекции являются дыхательные пути, т.е. эрогенное заражение. При этом микобактерии туберкулеза поступают в дыхательные пути с частицами высохшей мокроты, но возможна и воздушно-капельная передача инфекции, при которой микобактерии туберкулеза попадают в дыхательные пути здорового человека с капельками слизи и мокроты, выбрасываемые больными при разговоре, кашле, чихании.

Имеют значение в распространении туберкулезной инфекции животные, больные туберкулезом. При этом заражение человека происходит при приеме в пищу молочных продуктов, содержащих микобактерии туберкулеза, т.е. алиментарным путем. Значительно реже через кожу, конъюнктиву глаз, миндаины. Возможно наследственное предрасположение к туберкулезу, которое заключается в пропитывании туберкулезными токсинами тканей плода, вследствие чего родившийся от больной туберкулезом матери организм ребенка будет представлять почву для развития болезни. В очень редких случаях было

установлено проникновение БК в плод через плаценту, без видимых изменений в последней. Это отмечалось при тяжелых формах туберкулеза у беременных женщин.

Попадая в окружающую среду, микобактерии туберкулеза длительное время сохраняют свою жизнеспособность. В высохшей мокроте микроорганизмы выживают в течение нескольких недель, на предметах окружающих больного (белье, книги и т.д.) – более 3 месяцев, в воде – более года, в почве – до 6 месяцев. К действию дезинфицирующих веществ микобактерии туберкулеза устойчивы, требуются высокие концентрации и более длительная экспозиция. Микобактерии при кипячении погибают мгновенно, а также чувствительны к воздействию прямого солнечного света.

Проведение комплекса противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза приобретает в настоящее время особую актуальность в связи с очень высокой заболеваемостью контактных лиц. Цель противоэпидемических мероприятий – предупреждение новых случаев инфицирования МБТ и заболеваний в окружении больного, а также привитие больному навыков, снижающих его опасность как источника инфекции для окружающих. Опасность больного туберкулезом как источника инфекции и риск возникновения в очагах новых заболеваний зависят от локализации туберкулезного процесса у больного, вирулентности, качества выполнения больными и контактными противоэпидемических мероприятий, наличия в окружении больного детей, подростков, беременных женщин, условий проживания больного и коммунально-бытовые

условия жилья больного. Конкретное сочетание указанных факторов и различный уровень их выраженности и определяют степень эпидемической опасности очага. Основную часть противоэпидемической работы в очагах осуществляет фтизиатрическая служба.

Для специфической профилактики используют живую вакцину БЦЖ. В настоящее время проводят вакцинацию против туберкулеза всех новорожденных на 1-4 день, при отсутствии рубчика, довакцинация в 6 месяцев, без предварительной пробы Манту. Ревакцинацию проводят лицам с отрицательной туберкулиновой пробой с интервалом в 6-7 и 11-12 лет. Создают таким образом инфекционный иммунитет. Детям бывшим в контакте с больным в очаге, с виражом, с гиперергической реакцией проводят химиофилактику.

При туберкулезе проводят дезинфекцию текущую или повседневную, и заключительную. Последняя осуществляется после выбытия (временного и постоянного) больного из квартиры. Дезинфекцию проводят с помощью физических методов (кипячение, автоклавирование, камерная дезинфекция, сжигание). Среди объектов дезинфекции первое место занимает мокрота. Для химической дезинфекции мокроты применяют 5% раствор хлорамина, экспозиция 12 часов (т.к. лекарственноустойчивые БК могут обладать повышенной устойчивостью к дезинфицирующим средствам).

Столовую посуду заливают 2% раствора хлорамина на 4 часа. Белье больного туберкулезом замачивают и кипятят 15-20 минут. При заключительной дезинфекции носильные вещи, постельные принадлежности, книги, ковры подвергают камерной дезинфекции. Помещение дезинфицируют орошением 3% раствором хлорамина, через 2 часа после орошения помещение моют. Неспецифическая профилактика включает улучшение условий жизни, окружающей среды, устранение вредных привычек. Большое внимание уделяется санитарно-просветительной работе.

**Противоэпидемические мероприятия в войсковой части при выявлении больного активной формой туберкулеза.** При выявлении в войсковой части больного туберкулезом начальник медицинской службы составляет план противоэпидемических мероприятий.

О каждом выявленном больном врач докладывает командиру части и представляет письменное донесение начальнику медицинской служ-

бы. Противоэпидемические мероприятия в части осуществляется под контролем и руководством эпидемиолога соединения (гарнизона), лечебно-оздоровительные мероприятия под руководством гарнизонного нештатного врача - фтизиатра.

Выявленный больной должен быть направлен в туберкулезный отдел ЦВКГ города Алматы или в ближайшее территориальное противотуберкулезное лечебное учреждение МЗ РК. До госпитализации он должен быть помещен в изолятор медицинского пункта части или в другое временно приспособленное для этого помещение. Текущая дезинфекция проводится ежедневно в изоляторе медпункта или в другом помещении, где находится больной, вплоть до его эвакуации. В казарме или в другом помещении, где содержался больной, а также в изоляторе медицинского пункта после эвакуации больного проводится дезинфекция.

При дезинфекции спального помещения обработке подвергаются постельные принадлежности, как больного, так и его ближайших соседей - в радиусе 3-х метров от койки. Основными методами эпидемиологического обследования являются опрос больного, и обследование лиц, находившихся в близком контакте с заболевшим человеком. При выявлении больного деструктивным туберкулезом легких, контактными следует считать всех военнослужащих подразделения (роты, батареи, отдельного взвода).

При выявлении больного туберкулезом легких без рентгенологически определяемой деструкции и больных экссудативным плевритом, контактными следует считать преимущественно лиц из ближайшего окружения. Это, как правило, соседи больного по спальному помещению казармы, рабочему месту (боевому расчету), друзья из других подразделений. Поэтому в зависимости от численности и условий размещения личного состава контактными бывают 15-30 человек.

При заболевании туберкулезом офицера, прапорщика или военнослужащего по контракту в число контактных лиц включаются члены семьи и соседи по квартире. И, наоборот, при выявлении туберкулеза у члена семьи и соседа по квартире, офицер, прапорщик, военнослужащий по контракту должен обследоваться как контактный.

На основании материалов эпидемиологического обследования планируются и осуществляются конкретные мероприятия, направленные на ликвидацию условий, способствующих распро-

странению туберкулезной инфекции и реактивации туберкулеза у военнослужащих.

Все контактные лица подлежат рентгенологическому или флюорографическому исследованию. В дальнейшем, наблюдению по III группе учета у внештатного фтизиатра, как контактные, подлежат лишь лица, проживавшие с больным до выявления у него туберкулеза. Срок наблюдения в очаге «БК+» - 2 года, в очаге «БК-» - 1 год.

Каждый случай выявления в части больного туберкулезом требует анализа всей системы противотуберкулезных мероприятий, проводимых в части и срочного устранения всех упущений. При этом следует обращать внимание не только на активное выявление случаев туберкулеза, но и на условия размещения и питания личного состава, профессиональные вредности и т.д. Результаты эпидемиологического обследования оформляются по форме №23 «Карточка эпидемиологического обследования инфекционного заболевания». Один экземпляр её направляется начальнику Санитарно-эпидемиологического центра (СЭЦ МО РК), второй – непосредственному начальнику медицинской службы, третий остается в медицинском пункте части.

Основной задачей медицинского наблюдения является активное выявление военнослужащих, заболевших туберкулезом в результате контакта. Содержание и методика активного выявления включает:

1. Составление списка контактных и внесение их в группу повышенного риска заболевания туберкулезом;

2. Целенаправленный опрос контактных один раз в 2 недели для выявления лиц, имеющих симптомы легочного заболевания или тубинтоксикации;

3. Направление мокроты на микроскопию в ближайшее противотуберкулезное медицинское учреждение;

4. Проведение досрочной флюорографии органов грудной клетки при выявлении больного туберкулезом;

5. Консультация фтизиатром контактных военнослужащих при подозрении на заболевание туберкулезом.

Если извещение о случаях туберкулеза поступило из лечебного учреждения, куда военнослужащий был госпитализирован с иным диагнозом, то независимо от срока, прошедшего после госпитализации, противоэпидемические мероприятия в части должны быть проведены в полном объеме.

При возникновении в части повторных случаев заболевания туберкулезом противоэпидемические мероприятия должны проводиться под руководством начальника СЭЦ МО РК и Главного терапевта МО РК.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Шебанов Ф.В. Туберкулез / Ф.В. Шебанов. - М.: Медицина, 1976.
2. Амиреев С.А. Стандарты и алгоритм мероприятий при инфекционных болезнях / С.А. Амиреев [и др.] // - 2007. - Т.1.
3. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики / А.А. Кишкун. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2007. - 800 с.

УДК 616.935

**МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА****Ш.Т. МАЙТАНОВА**

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК, г. Алматы

**Резюме**

Менингококковая инфекция - это общее инфекционное заболевание, вызываемое менингококком, протекающее в виде назофарингита, менингококцемии и гнойного менингита.

**Тұжырым**

Назофарингит, менингококцемия және ірінді менингит түрінде жүретін менингококкпен шақырылатын жалпы жұқпалы аурулар.

**Summary**

General infectious disease caused by meningococcus, appearing in a form of nasopharyngitis, meningococemia and purulent meningitis.

Менингококковая инфекция – это заболевание, занимающее особое место в группе капельных нейроинфекций. Характерной ее особенностью является периодичность эпидемических волн с повторяемостью в большинстве географических зон через каждые 10-12 лет. По мнению исследователей «пороговыми» (переход от спорадического заболевания к эпидемической) становятся показатели 1,8-2 на 100 000 населения.

Менингококковая инфекция относится к группе антропонозных заболеваний. Источником являются больные с различными формами заболевания и бактерионосители менингококка. Легкие случаи заболевания в силу несвоевременной или неправильной диагностики, мобильности представляют большую опасность для окружающих. Сфера влияния больных с тяжелыми формами заболевания ограничена небольшим кругом лиц, так как такие больные в большинстве случаев изолируются с первых же часов и дней заболевания.

Наибольшую эпидемиологическую значимость представляют больные менингококковым назофарингитом. Они редко обращаются за медицинской помощью, а если и обращаются, то у них диагностируют «острые респираторные заболевания». Dортес считал, что больные назофарингитами менингококковой природы или «менингококковым насморком» являются основным источником инфекции, поскольку их число превосходит число больных менингитом.

Данные литературы свидетельствуют о том, что менингококковая инфекция, так же как и другие инфекционные заболевания, подчиняется за-

конам периодичности и сезонности. Сезонные подъемы заболеваемости менингококковой инфекцией в весенне-зимний период объясняется резким колебанием температуры, относительной влажности воздуха, а также учащением воспалительных заболеваний дыхательных путей.

Осенне-зимний подъем заболеваемости менингококковой инфекции объясняется более тесным общением людей в закрытых помещениях. Следует отметить, что в крупных городах пик заболеваемости во время эпидемического подъема отмечается в сентябре во время формирования детских коллективов, студентов первокурсников.

До сих пор остается недостаточно изученным механизм формирования инфекционного процесса при менингококковой инфекции. Тот факт, что при одинаковых эпидемиологических условиях, когда на несколько сот и тысяч заразившихся менингококком, болезнь проявляется лишь у отдельных лиц, подтверждает мысль о том, что человек обладает естественным фактором резистентности к этой инфекции. Нарушение резистентности и создает возможность формирования инфекционного процесса.

Во многих случаях, благодаря факторам тканевой резистентности, происходит сдерживание репродукции менингококков и процесс может закончиться следующей фазой - местной локальной формой инфекции, которая проявляется клиникой назофарингита или носительством.

В периоды спорадической заболеваемости 1-9% населения бывают носителями менингококка, в эпидемических очагах до 20-30%. Длительность носительства составляет 2-3 недели. Более

длительное носительство связано, как правило, с хроническими воспалительными поражениями носоглотки. Возбудитель передается воздушно-капельно (при чихании, кашле, разговоре), вследствие нестойкости менингококка во внешней среде и его локализации на слизистой оболочке задней стенки носоглотки он передается при достаточно тесном и длительном общении. Заражению способствуют скученность, длительное общение, особенно в спальнях помещениях, нарушение режима температуры и влажности.

Менингококковую инфекцию регистрируют во всех возрастных группах: от первых дней жизни до преклонного возраста. Менингококковая инфекция имеет низкую очаговость - до 95% составляют очаги с одним заболеванием. Вспышки могут возникать в организованных коллективах детей и взрослых, что в значительной мере обусловлено социальными факторами (период обучения, проживание в общежитии, служба в армии и т.д.). Эти же обстоятельства объясняют факт преобладания среди заболевших лиц мужского пола. Вялость развития эпидемического процесса, значение скученности и длительности общения в распространении инфекции требуют соблюдения санитарно-гигиенического режима в организованных коллективах детей и взрослых.

Выявление и санация больных и носителей менингококков являются важными профилактическими мерами. Действенной мерой борьбы с менингококковой инфекцией можно считать создание пассивной невосприимчивости к инфекции - введение иммуноглобулина (для детей до 1 года и специфическая вакцинация, показанием к которой служит повышенная заболеваемость в предшествующем или текущем году). Вакцинация показана в группах повышенного риска инфицирования до 2 недели до формирования коллективов (учащимся I курса институтов, колледжей, временным лицам, прибывшим из разных местностей, в организованных коллективах, круглосуточно находящихся в условиях тесного общения и т.д.). Повторную вакцинацию проводят не чаще 1 раза в 3 года. Плановая вакцинация нецелесообразна. Для экстренной профилактики менингококковой инфекции назначают бициллин - 5 в/м 1,5 мм ЕД однократно.

Госпитализации подлежат все больные с генерализованной формой инфекции. Лица с бактериологически подтвержденными назофарингитами госпитализируются по эпидемическим показаниям. Все лица, общавшиеся с больными,

подлежат медицинскому наблюдению в течение 10 дней. Особое внимание уделяют выявлению лиц с хроническими и острыми воспалительными явлениями в носоглотке. По мнению авторов Зуевой А.П. и Яфаева Р.Х., обследование на носительство в очагах является спорным вопросом, так как моментное обследование может дать очень высокие положительные результаты, причем абсолютное большинство выявленных носителей эпидемической опасности не представляют.

Обследование на носительство показало очаги, где заболеваемость формируется за счет резидентных носителей. Но бактериологическое обследование при этом должно быть целенаправленным: материал забирается только от постоянного состава коллектива, а не от вновь влившихся. Изолируются только носители эпидемического штамма. Санация показано в отношении людей, у которых в культуре штамм выделяется неоднократно.

По мнению же других авторов Покровского В.П., Пак С.Г. и др., обследование на носительство должно проводиться дифференцированно:

- В ДДУ дважды обследуют детей, бывших в контакте и весь обслуживающий персонал;
- В школах - учащихся и преподавателей классов, где отмечены случаи заболевания;
- В школах - интернатах с круглосуточным пребыванием детей обследованию подлежат как персонал, так и ученики, общавшиеся с больным в классе и спальнях помещениях. В других организованных коллективах обследуют лиц, живущих в общежитии, в учебной группе и преподавателей. В домашних очагах - всех общавшихся с больным.
- Выявленным носителям и больным назофарингитом проводят санацию (левомецитин, ампициллин по 0,5г x 4 раза в день) в течение 4 дней амбулаторно или в стационаре. Учитывая неустойчивость возбудителя во внешней среде достаточно сквозное проветривание и влажная уборка с дезинфицирующим средством, дезинфекция в очаге не требуется.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Ходжаев Ш.Х. Менингококковая инфекция / Ш.Х. Ходжаев, И.А. Соколова. - Ташкент.: Медицина, 1978.
2. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология / Л.Б.Борисов [и др.] - М.: Медицина, 1994.
3. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях / С.А. Амиров [и др.] // Менингокок. инф. - 2007. - Т.1.
4. Инфекционные болезни / В.И. Покровский [и др.] - ГЭОТАР Медиа, 2008.
5. Зуева Л.П. Эпидемиология / Л.П. Зуева, Р.Х. Яфаев. - Санкт-Петербург.: ФОЛИАНТ, 2008.

УДК 616.9:616.36-002.1-084

**ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
ПАРЕНТЕРАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ (ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА)****Ш.Т. МАЙТАНОВА**

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК, г. Алматы

**Резюме**

В статье описан вирусный гепатит В из условной группы трансфузионных гепатитов, антропонозная вирусная инфекция.

**Тұжырым**

Осы мақалада трансфузионды гепатиттердің шартты тобындағы, антропонозды вирусты жұқпа болып табылатын вирусты гепатит В сипатталған.

**Summary**

This article describes the viral hepatitis B from a conditional group of transfusional hepatitis and antropogenic viral infection.

В настоящее время актуальность и практическая значимость вирусных гепатитов, прежде всего гемоконтактность группы, вырастают год от года. Парентерально передающиеся инфекционные заболевания являются глобальной проблемой всего мирового сообщества. Из всех вирусных гепатитов по глобальности распространения, высокой инфицированности населения, частоты хронизации процесса наибольшую актуальность представляет гепатит В. Территория Казахстана относится к регионам высокой эндемичности гепатита В (70-90% инфицированных, более 8% хронического вирусоносительства). На долю южной зоны республики приходится более 60% общей заболеваемости вирусными гепатитами. В связи с этим с 1998 года в республике ведется ежегодная плановая 3-х дозовая вакцинация против гепатита В. Для гепатита В нехарактерны обширные эпидемии, и передача инфекции происходит преимущественно парентеральным путем. Процент посттрансфузионного ВГВ в последние годы значительно уменьшился. Все еще часто пациенты инфицируются при осуществлении различных лечебно-диагностических процедур, сопровождающихся нарушением целостности кожных покровов или слизистых оболочек (инъекции, стоматологические процедуры, гинекологические обследования и т.д.).

Из естественных механизмов передачи реализуется контактный (половой) путь, а также передача вируса через различные контаминированные предметы обихода (бритвенные принадлежности, зубные щетки, полотенце и т.д.) при

проникновении возбудителя в организм через микротравмы на коже и слизистых оболочках. Контактный-бытовой путь передачи инфекции – это внутрисемейное инфицирование, инфицирование в организованных коллективах детей и взрослых.

Доля естественных путей заражения составляет 30-35% и имеет тенденцию к увеличению. Серьезную опасность представляет распространение ВГВ в коллективах с круглосуточным пребыванием. Угроза заражения ВГВ существует и для медицинских работников, осуществляющих уход за больными.

По данным многолетней динамики заболеваемости ВГВ, за последние 20 лет интенсивные показатели превышают среднереспубликанские от 1,5 до 3-х раз. Наряду с ростом заболеваемости из года в год увеличивается число выявленных носителей вируса ВГВ. Среди «здоровых» носителей значителен процент невыявленных бессимптомных форм инфекции. В эпидемический процесс интенсивно вовлекается молодое трудоспособное население, лица в возрасте от 15 до 30 лет. Такой возрастной состав заболевших гепатитом обусловлен тем, что в структуре путей инфицирования доминирует «наркозависимый» и половой путь передачи инфекции. Группы риска составляют медицинские работники, в процессе своей профессиональной деятельности соприкасающиеся с кровью и ее препаратами (хирурги, стоматологи, работники гемодиализа, лабораторий и т.д.). Подростки и молодые люди в силу их активной половой жизни составляют группу особенно высокого риска заражения ВГВ.

В комплексе профилактических мероприятий главное значение имеют меры, направленные на предупреждение заражения ВГВ при переливании крови и проведения лечебно-диагностических парентеральных манипуляций. От донорства отстраняют лиц, перенесших вирусный гепатит В, независимо от срока давности, а также общавшихся с больными в течение последних месяцев. Прерывание естественных путей передачи ВГВ обеспечивают санитарно-гигиенические меры: индивидуализация всех предметов личной гигиены и раздельное их хранение (бритвенные приборы, зубные щетки, мочалки, расчески и др.), выполнение правил личной гигиены. Для профилактики профессиональных заражений в ЛПУ — неукоснительное соблюдение противоэпидемического режима, особенно в хирургических, стоматологических, лабораториях и других местах, в которых имеется контакт с кровью. При выполнении любых парентеральных вмешательств и процедур обязательно использование резиновых перчаток.

Наиболее перспективное средство профилактики — это вакцинация. ВОЗ, обобщив многолетний опыт применения вакцины против гепатита В, рекомендует введение вакцинации в национальные календари профилактических прививок, вне зависимости от уровня носительства HBsAg. Иммунологическая память сохраняется от 5 до 12 лет, независимо от уровня АТ сыворотки перед повторным введением АГ.

Вакцинации подлежат медицинские работники из групп риска заражения вирусным гепатитом В, студенты медицинских ВУЗов и колледжей и т.д. Отмечается определенная зависимость интенсивности заражения ВГВ от стажа работы в ЛПУ, максимальная частота выявления HBsAg носительства приходится на начало профессиональной деятельности (в первые 5 лет). Это свидетельствует о необходимости обязательной вакцинации против гепатита В всех медицинских работников до начала деятельности, перед их выпуском из медицинских ВУЗов и колледжей.

Экстренная профилактика проводится путем введения специфического иммуноглобулина или вакцины (в соответствии с рекомендуемой схемой введения) при экстренных эпидемиологических ситуациях (например, при угрозе заражения, случайном уколе или переливании инфицированной вирусом ВГВ крови).

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Каспаров Т.Ю. Статистические методы в эпидемиологии / Т.Ю. Каспаров, Е.Н. Шиган. - М.: РИО-ЦОЛЛИИУВ, 1983. - 46 с.
2. Гураль А.Л. Здоровье Украины / А.Л. Гураль // — 2006. - 7 с.
3. Sherlock S. Hepatitis: the disease. / S. Sherlock // Vaccine. — 1990. - Vol. 8, Suppl. - P. 6-9.
4. Актуальные проблемы гепатологии: эпидемиология вирусных гепатитов / А.Л. Раков [и др.] // Военно-медицинский журнал. - 2002. - 96 с.

УДК 616-002.5-036

**ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ  
И СМЕРТНОСТЬ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА****К.Ж. МУРЖАКУПОВ, Л.К. МУРЖАКУПОВА**

ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г. Рудный

**Резюме**

Наибольшее значение в возникновении заболевания и смертности от туберкулеза имеют факторы, отражающие общую реактивность организма, наличие хронической патологии, а также факторы социального характера, влияющие на качество и образ жизни больного, и на первый план выступают уровень образования, злоупотребление алкоголем, курение, информативность по туберкулезу.

**Тұжырым**

Туберкулезден ауру және өлім-жітімнің пайда болуындағы мән - ең үлкен созылмалы патологияның бар болуы, сонымен бірге сипаттың әлеуметтік факторлары, сықаттың сапа және өмір сүруіне әсер етуі, және бірінші жоспарға организмнің ортақ реактивтік шағылатын факторларды алады, білімнің деңгейлері сөз сөйлейді, туберкулез бойынша деректілік, ішімдікпен теріс пайдалану, шылым шегу.

**Summary**

The highest value in the occurrence of disease and mortality from tuberculosis have factors that reflect the overall reactivity of the organism, the presence of chronic diseases, as well as social factors that influence on quality and image of the patient's life, and the first place takes a level of education, alcohol abuse, smoking and information about tuberculosis.

Наиболее достоверным показателем эпидемиологической ситуации по туберкулезу является показатель смертности от туберкулеза и его последствий. Из всех эпидемиологических показателей наиболее быстрыми темпами увеличивается показатель «смертность от туберкулеза». По данным ряда ранее проведенных в РК исследований, смертность населения от туберкулеза в Казахстане за 10 лет (с 1986 по 1995 гг.) увеличилась с 12,3 до 19,3 (на 56,9%). Отмечается увеличение смертности от прогрессирования туберкулеза, но не изучены проявления этого процесса и его особенности в современных условиях. Смертность от туберкулеза в Рудненском противотуберкулезном диспансере в 2010 году составила 11 (8,8%), а по данным 2011 года отмечается рост показателя (13-10,4%) на 1,6%. Увеличилось число больных с БК+ на 7,8%, из них с полостью распада на 12,7%.

Основной причиной вышеприведенных показателей прогрессирования туберкулеза, и как следствие летального исхода, в настоящее время является отказ от лечения или нерегулярное его проведение. Летальному исходу способствовали также поливалентная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза (в 70% случаев), реже – плохая переносимость препаратов и злокачественное течение процесса (по 4,4%).

Среди умерших больных отмечены короткие сроки между выявлением туберкулеза и летальным исходом. Большую часть умерших в течение месяца после выявления туберкулеза составили неработающие в трудоспособном возрасте. Следует отметить, что 2/3 больных данной группы при наличии клинических проявлений заболевания от 3 недель до 6 месяцев не обращались к врачу. Чаще всего это связано со злоупотреблением алкоголем. Значительная часть этих больных не проходила флюорографического обследования в течение 5 лет и более [1-2].

Основными причинами резкого ухудшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу являются:

- Снижение жизненного уровня большей группы населения, в частности, ухудшение питания с резким ограничением количества потребляемых белковых продуктов. Дефицит потребления мяса и мясопродуктов в летне-осенний период колеблется от 40% до 65% в очагах туберкулеза при крайне недостаточном потреблении витаминов;
- Ухудшение раннего выявления туберкулеза среди всех групп населения, особенно среди социально-дезадаптированных, и групп высокого риска заболевания туберкулезом, удельный вес которых значительно возрос;
- Увеличение миграционных процессов;

· Экологический прессинг (климатогеографические и антропогенные факторы);

· Повышение радиационного фона на ряде территорий;

· Ухудшение снабжения лекарственными, диагностическими и дезинфицирующими средствами, рентгенологической и другой аппаратурой, рентгеновской пленкой из-за неудовлетворительного финансирования учреждений здравоохранения.

· Неудовлетворительное состояние материально-технической базы противотуберкулезных учреждений;

· Увеличение числа больных туберкулезом с тяжелыми формами заболевания, особенно вызванных лекарственно-устойчивыми микобактериями, что затрудняет проведение эффективного лечения и способствует развитию необратимых хронических форм туберкулеза с высокой летальностью;

· Недостаточная организация и нерациональное использование кадрового потенциала, включая ученых кафедр фтизиатрии и профильных институтов;

· Недостаточная эффективность оказания специализированной помощи; снизилась активность в работе общественных организаций и ассоциаций врачей-фтизиатров, что в итоге приводит к информативному «голоду», снижению конкретных и теоретических знаний среди работающих специалистов;

· В настоящее время врачебный персонал многих туберкулезных учреждений утратил некоторые лечебно-диагностические методики, особенно используемые при острых формах туберкулеза;

· Высокая поражаемость туберкулезом сельскохозяйственных животных, которая в некоторых регионах достигает 6% всего поголовья крупного рогатого скота;

· Увеличение распространенности факторов риска, связанных с образом жизни больных туберкулезом.

Многообразные факторы риска туберкулеза можно объединить в четыре категории:

1. Медико-биологические (тяжелые хронические заболевания; лица, принимающие кортикостероиды, лучевую терапию; лица с иммуносупрессией);

2. Социально-эпидемические (неблагополучные условия труда и быта, профессиональные вредности и т.п.);

3. Климатогеографические (экстремальные условия);

4. Факторы внешнего воздействия окружающей среды: пылеобразующие вещества, химические реактивы и т.д.

По мнению Марданова и соавт. [3], на современном этапе для лиц с остаточными изменениями в легких наиболее важное значение в развитии туберкулеза имеют факторы социального характера, такие как отсутствие работы, неблагоприятные жилищные условия, вредные условия труда. Следующими по своей значимости для этой группы лиц являются факторы, связанные с сопутствующей патологией. Их можно назвать факторами, отражающими общую реактивность организма. На первом этапе идут эндокринная патология, хронические неспецифические заболевания легких, алкоголизм. Близкие к ним по своей значимости факторы риска развития туберкулеза — это встречаемость антигенов локусов HLA, т.е. факторы, отражающие генетическую предрасположенность к заболеванию. В этот же ряд по своей значимости можно поставить и наличие установленного контакта с источником инфекции. Наименее значимыми на современном этапе оказались факторы, отражающие медицинское вмешательство: отсутствие ревакцинации, неполноценный поствакцинальный знак.

Для лиц с наличием посттуберкулезных изменений в легких по данным того же источника [3], наибольшее значение в возникновении заболевания на современном этапе имеют также факторы социального характера. За ними следуют факторы, отражающие общую реактивность организма, т.е. наличие такой сопутствующей патологии как хронические неспецифические заболевания легких, заболевания печени и желудочно-кишечного тракта, алкоголизм, а также наличие контакта с больным туберкулезом (суперинфекция).

По данным Ивановой Е.С. [4], для впервые выявленных больных туберкулезом легких на первый план выступает уровень образования. Далее следует злоупотребление алкоголем, курение, информативность. Информативность населения о туберкулезе имеет важное значение по данным зарубежных исследователей и исследований отечественных авторов.

Выделяют по риску заболевания туберкулезом 5 категорий граждан: неработающее население, больные алкоголизмом, хроническими неспеци-

фическими заболеваниями легких (ХНЗЛ), сахарным диабетом, лица из контакта с больным туберкулезом, дающие суммарно 64,8% новых случаев заболевания.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Кадырханова У.Т. Отдаленные результаты, течение и эффективность лечения деструктивных форм туберкулеза легких у вновь выявленных больных // XI съезд врачей-фтизиатров. Ассоциация научно-медицинского общества фтизиатров.-Санкт-Петербург.-1992.-С.39-39.

2. Казаков К.С., Моторина В.А., Пятаева Э.В. Частота и характеристика побочных реакций на современном этапе химиотерапии туберкулеза.// Побочное действие лекарственных средств: Тез. докл. IV Всесоюз. конф.-М.-1982.-С.57-59.

3. Марданов С.Е., Алибеков М.Х., Сыздакова Н.С. Пути повышения эффективности лечения больных деструктивными формами туберкулеза легких // XI съезд врачей-фтизиатров.-Санкт-Петербург.-1992.-С.45-46.

4. Павлова М.В., Иванова Л.А. Новые аспекты патогенетической терапии впервые выявленного деструктивного туберкулеза легких // XI съезд врачей-фтизиатров. Ассоциация научно-медицинского общества фтизиатров.-Санкт-Петербург.-1992.-С.292-293.

УДК 616-002.5:614.4 (574.21)

## ВЛИЯНИЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА БОЛЬНЫХ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ

**К.Ж. МУРЖАКУПОВ, Л.К. МУРЖАКУПОВА**  
ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г. Рудный

#### Резюме

В статье изучен образ жизни больных туберкулезом, рассмотрены различные его составляющие и виды активности.

#### Тұжырым

Мақалада туберкулезбен ауыратын адамдардың өмір салты зерттелген, белсенділік түрлері және оның әртүрлі құраушылары.

#### Summary

The article explored a way of life of patients with tuberculosis, examined its various components and types of activity.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в современных условиях характеризуется увеличением случаев заболеваемости и смертности во многих странах. Рост заболеваемости туберкулезом отмечается в странах СНГ, Восточной и Центральной Европы, некоторых государствах Западной Европы и США. Высокими остаются показатели выявления заболеваний на ранних стадиях, и низкая эффективность оздоровительных и лечебных мероприятий.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в Костанайской области до сих пор остается сложной, несмотря на ее стабилизацию за последние пару лет. Заболеваемость туберкулезом в Республике Казахстан в 1994 году составляла на 100 000 населения 59,4, то в 2000 году она дос-

тигла 154,3, т.е. возросла в 2,7 раза. Наблюдается рост мультирезистентных форм туберкулеза и смертности от туберкулеза на 50,0-18,5%, с 1999 по 2004 гг. отмечается тенденция к снижению: в 2004 – на 23,0% (по республике – на 20,3%).

По данным ряда авторов эффективность лечения различных форм туберкулеза легких в последнее время снизилась. Это обусловлено, кроме развития устойчивых к медикаментозному лечению возбудителей туберкулеза, в первую очередь, влиянием медико-психологических факторов, определяющих отношение пациентов к проводимой длительной терапии.

**Цель исследования.** Определить влияние социально-гигиенических факторов риска на лечебно-диагностический процесс больных туберкулезом.

**Методы исследования.** Социально-гигиенические, социологические, аналитические, статистические. Исследование случай-контроль.

**Результаты исследования.** Для определения наиболее значимых социально-гигиенических факторов риска возникновения туберкулеза и особенностей образа жизни больных туберкулезом, как необходимых элементов при разработке территориальной программы профилактики данного заболевания, нами осуществлен сравнительный анализ основной (больные туберкулезом) и контрольной (неинфекционный профиль - пациенты неврологического отделения) групп. Среди больных туберкулезом достоверно ( $P < 0,01$ ) выше доля мужчин, составившая  $66,3 \pm 2,7\%$ , тогда как среди контрольной группы их было около половины ( $50,3 \pm 2,9\%$ ).

Распределение пациентов сравниваемых групп по возрасту (таблица 1) позволило также установить определенные различия. Так, среди больных неврологического профиля преобладали старшие возрастные категории (61-74 года и 51-60 лет и 61-74 года). Различия в обоих случаях репрезентативно. В структуре больных туберкулезом преобладали лица в возрасте 31-40 лет.

Образовательный уровень неврологических больных значительно выше. Об этом свидетельствует более высокая доля пациентов, имеющих высшее образование ( $P < 0,001$ ) и среднее специальное ( $P > 0,05$ ). В группе больных с туберкулезом с высшим образованием 3% больных, со средним специальным – 28,7%. Удельный вес неработающих граждан оказался достоверно выше среди больных туберкулезом ( $67,7 \pm 2,7\%$  против  $50,0 \pm 2,9\%$  в контроле). Остальная часть соответственно приходилась на работающих лиц.

Особенностью социального состава является значительный процент (17,3%) служащих среди неврологических больных ( $P < 0,001$ ) и временно неработающих граждан в группе больных туберкулезом ( $P > 0,05$ ). Другие социальные катего-

рии основной и контрольной групп распределились следующим образом: рабочие – 27% и 22%, безработные – 4,3% и 6,7%, учащиеся – 1% и 1,3%, пенсионеры – 2,3% и 19,36%, инвалиды – 25,3% и 15,0%, домохозяйки – по 1%, прочие – 0,7% и 8,7%.

Больные туберкулезом преимущественно проживают в неблагоустроенных домах (68,7%), а среди неврологических пациентов 56,7% имеют квартиры.

Анализ семейного положения показал преобладание в основной группе лиц, не состоящих в браке больных – 55,7% ( $P < 0,001$ ). И, наоборот, в контроле большую часть составляют семейные пациенты – 70,6% ( $P < 0,001$ ).

Пневмонию в анамнезе отметили около 80% больных основной и 53,7% больных контрольной группы. Достоверно выше удельный вес больных неврологического профиля, перенесших пневмонию 1 раз ( $P < 0,001$ ). Среди неврологических больных также выше удельный вес случаев острых респираторных заболеваний в течение данного года (58,7%), тогда как у больных туберкулезом они зарегистрированы в 43% случаев.

Плеврит в анамнезе отметили 8% больных туберкулезом и 10,3% неврологических пациентов. В равной степени (по 4%) больные сравниваемых групп указали на перенесенные пылевые профессиональные заболевания. Практически одинаковое количество фтизиатрических и неврологических больных (11,3% и 12%) болели язвенной болезнью желудка или 12 – перстной кишки. Меньший, но практически ранний удельный вес (по 4%), у больных основной и контрольной групп случаев сахарного диабета.

Однако повышенная реакция на туберкулин при профосмотрах достоверно выше ( $P < 0,05$ ) зарегистрирована у больных, заболевших последующим туберкулезом. Опрос больных также показал, что материальная обеспеченность и, следовательно, качество жизни больных туберкуле-

Таблица 1. Возрастной состав основной и контрольной групп ( $P \pm m$ )

ВОЗРАСТ, ГОДЫ	ОСНОВНАЯ ГРУППА	КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА
16 - 18 лет	1 $\pm$ 0,6	0,0
19 - 30 лет	12,3 $\pm$ 1,9	1,7 $\pm$ 0,7
31 - 40 лет	18,7 $\pm$ 2,3	10,3 $\pm$ 1,8
41 - 50 лет	27,7 $\pm$ 2,6	14,7 $\pm$ 2,0
51 - 60 лет	19,3 $\pm$ 2,3	28,7 $\pm$ 2,6
61 - 74 лет	19,0 $\pm$ 2,3	42,3 $\pm$ 2,9
75 - 90 лет	2,0 $\pm$ 0,8	2,3 $\pm$ 0,9
Старше 90 лет	0,0	0,0
ИТОГО	100,0	100,0

Таблица 2. Материальная обеспеченность семей фтизиатрических и неврологических больных ( $P \pm mр. \%$ )

ВИД МАТЕРИАЛЬНОЙ ЦЕННОСТИ	ОСНОВНАЯ ГРУППА	КОНТРОЛЬ
Автомобиль	5,0 $\pm$ 1,3	30,0 $\pm$ 2,6
Гараж	5,0 $\pm$ 1,3	27,3 $\pm$ 2,6
Дача	11,3 $\pm$ 1,8	32,3 $\pm$ 2,7
Видеотехника	3,0 $\pm$ 0,9	8,7 $\pm$ 1,69
Домашняя библиотека	3,0 $\pm$ 0,9	4,0 $\pm$ 1,1
Свой магазин	0,0	2,3 $\pm$ 0,9
Коттедж	2,0 0,8	2,3 $\pm$ 0,9

зом ниже, чем неврологических пациентов. Об этом свидетельствуют данные таблицы 2.

Как видно из таблицы 2, среди больных туберкулезом достоверно ниже доля лиц, имеющих автомобиль, гараж, дачу и видеотехнику.

Использование метода главных компонент при анализе социально – гигиенических факторов риска позволило выделить четыре компонента:

- Первая, которую условно можно назвать – медицинская, представляла перенесенные ранее заболевания язвенной болезни, сахарного диабета и психических заболеваний, влияние на возникновение туберкулеза не прямое;

- Вторая компонента детерминируется прямым воздействием возраста, незанятости в трудовой сфере, социальной принадлежностью;

- Третья компонента также опосредована прямым влиянием перенесенных заболеваний бронхита, пневмонии, острых респираторных инфекций;

- Четвертая компонента представлена прямым вкладом пола, социальной принадлежности и обратным – семейное положение.

Аналогичные закономерности получены и при кластерном анализе. В контрольной группе интеграция факторов риска иная.

Таким образом, наибольшее прогностическое значение среди социально–гигиенических факторов риска возникновения туберкулеза имеют: возраст от 41 до 50 лет, низкий уровень образования, не занятость трудовой деятельностью, отсутствие семьи, низкая материальная обеспеченность, пребывание в местах лишения свободы, наличие близких родственников, перенесших ранее туберкулез, повышенная реакция на туберкулин.

При изучении образа жизни больных туберкулезом рассматривались различные его составляющие и виды активности. Только 15% фтизиатрических пациентов работали с интересом, тогда как в контрольной группе этот показатель равен 26,7% ( $P < 0,001$ ). Проявляют инициативу в охране здоровья соответственно 2,3% и 1,3% больных, выполняют, что поручат – 12,7% и 24,7% ( $P < 0,001$ ).

УДК 616-002.5:614.2:371

## УЛУЧШЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ ЧЕРЕЗ САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ

**Н.Ж. КУЛЬБАЕВА, Н.А. СУЛЕЙМАНОВА**

Павлодарский противотуберкулезный диспансер, г. Павлодар,  
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы

### Резюме

При имеющейся тенденции к снижению заболевания туберкулезом подросткового населения Павлодарской области, показатель заболеваемости среди них выше республиканского. Одним из факторов высокой заболеваемости подростков является не полная информированность о профилактике и лечения туберкулеза. В связи с этим необходимо усилить профилактическую работу среди подростков.

### Тұжырым

Павлодар облысы тұрғындарының жасөспірімдері арасында туберкулез ауруымен ауыру үрдісі төмендегенімен, олардың арасындағы ауру көрсеткіші республикадағыдан жоғары болып отыр. Жасөспірімдер арасында мұндай жоғары көрсеткіш болу факторының бір себебі – туберкулезді емдеуде және алдын алуға ақпараттандырудың толық болмауында. Осыған байланысты жасөспірімдер арасында алдын алу жұмыстарын күшейту қажет.

### Summary

The sick rate index of tuberculosis among teenagers' in the Pavlodar Region is higher than that of the republican one although there is a tendency of its lowering in the region. One of the factors of high level of sick rate among teenagers is incomplete information of tuberculosis prophylaxis and its treatment. In this connection it is necessary to intensify preventive prophylactic work among teenagers.

Одной из приоритетных задач Областного противотуберкулезного диспансера является привлечь внимание общественности на проблему туберкулеза с целью изменения мнения, поведения населения и мобилизации всех сил для улучшения ситуации по туберкулезу в Павлодарской области и по Республике Казахстан в целом.

Противотуберкулёзная помощь населению Павлодарской области оказывается 12 специализированными лечебными учреждениями на 915 коек, из них областной противотуберкулёзный диспансер на 560, районные противотуберкулёзные больницы на 355 коек.

Немаловажную роль в улучшении эпидемиологических показателей заболеваемости туберкулезом имеет проведение санитарно-образовательной работы среди населения как составной части борьбы с туберкулезом. Данный вид работы оказывает влияние на своевременность выявления, предупреждения и снижения риска заболевания.

При осуществлении санитарной просветительной работы следует использовать все доступные в конкретных условиях методы и средства, обращая особое внимание на воспитание гигиенических навыков и формирование знаний населения о ранних симптомах туберкулеза, о не-

обходимости соответствующего обследования и специализированного лечения.

На базе Областного противотуберкулезного диспансера с 2006 года создан кабинет здорового образа жизни, который оказывает организационно–методическую помощь в проведении санитарно–просветительных мероприятий противотуберкулезным больницам области, а также осуществляет мероприятия по повышению навыков и уровня знаний среди населения по проблемам туберкулеза. Кабинет оснащен материально – техническим оборудованием, методической литературой, информационно–образовательными материалами по различным аспектам здорового образа жизни. Имеется библиотека и читальный зал для сотрудников диспансера.

Для обучения пациентов навыкам здорового образа жизни и профилактики туберкулеза в диспансере внедрены программы «Школа пациентов», «Школа здоровья», а также проводятся индивидуальные психологические консультации больных.

Программы представляют собой совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов, направленные на повышения уровня знаний, информированности

и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и в целом повышению качества их жизни.

«Школа пациентов» представляет собой 8 занятий, стандартный набор знаний необходимых для людей заболевших туберкулезом, занятия проводятся в группах (по палатам), начавших лечение приблизительно в одно и тоже время и имеющих схожие проблемы и интересы. Эти знания значительно повышают приверженность пациентов к лечению, помогают адаптироваться к новым условиям жизни.

«Школа здоровья» проводится во всех отделениях диспансера, тематика школы соответствует разработанному комплексному плану по формированию здорового образа жизни, согласованного с Областным центром формирования здорового образа жизни. Обучающие программы по укреплению здоровья активно пропагандируют профилактику поведенческих факторов риска (курение, наркотики, злоупотребление алкоголем). Проводятся эти занятия медицинскими сестрами и врачами стационаров, излагаются в доступной для пациентов форме, информация представленная медицинскими работниками подкрепляется информационно-образовательными материалами и отражается в соответствующих учетных и отчетных документах.

Согласно приказу №404 от 17 июня 2011 года Министерства Здравоохранения РК «О мерах совершенствования мероприятий по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан» налажена межведомственная работа по профилактике туберкулеза.

Создан областной консультативно-методический Совет между ДКГСЭН, ОЦФЗОЖ, ОПТД, ПМСП по организации и проведению санитарно-просветительной работы. Утверждено положение о Совете и состав совета, определен перечень организаций, распределены целевые группы и кратность проведения в них санитарно-просветительной работы.

Санитарно-просветительные кампании проводятся методами «устного» так и «письменного» слова. Врачами фтизиатрами и фтизиопедиадрами диспансера проводятся лекции в закрепленных учебных заведениях, проводится оценка уровня знаний по вопросам туберкулеза путем анкетирования. Проведенное в начале 2010 года Областным противотуберкулезным диспансером анонимное анкетирование здорового населения выявило недостаточность знаний и навыков по

профилактике туберкулеза среди здорового населения. Анкетирование среди посетителей поликлиники противотуберкулезного диспансера выявило необходимость постоянного повышения навыков и знаний по проблемам туберкулеза, дифференцированного подхода к каждому пациенту, особенно в очагах туберкулезной инфекции, что в целом повысит приверженность к лечению и снизит риск возникновения рецидивов и осложнений заболевания. В связи с этим разработана и налажена межведомственная работа по профилактике туберкулеза.

При имеющейся тенденции к снижению заболеваемости туберкулезом подросткового населения Павлодарской области, заболеваемость среди них остаётся выше республиканского (республиканский показатель – 106,1 в 2010 году и 97,7 в 2011 году) на 13,1 %. По итогам 2011 года зарегистрировано 39 впервые заболевших подростков (в 2010 году - 41). Показатель заболеваемости снизился на 13,6% и составил – 117,5 на 100 тыс. подросткового населения, соответственно в 2010 году -123,7.

Для оценки информированности подросткового населения о профилактике и лечении туберкулеза, с целью проведения в них эффективной профилактической работы, Областным противотуберкулезным диспансером проведено анонимное анкетирование 430 респондентов. Из них 87 студентов ВУЗов, 226 студентов ССУЗов, 117 учащихся общеобразовательных школ города.

При проведении анализа уровня знания были получены следующие результаты. В целом подавляющее большинство респондентов (89,2%) называют воздушно-капельный путь передачи заболевания, меньше всего в данном вопросе информированы школьники (76%), так же опрашиваемые считали, что половой путь (9,5%) является средством передачи данного инфекционного заболевания, в основном это студенты ССУЗов (10,6%).

О симптомах и признаках туберкулеза знают 75,5% опрошенных. Основной симптом туберкулеза - «кашель более 2-х недель» называли все опрошенные. Все характерные симптомы заболевания назвали лишь 5,0% респондентов. Меньше всего в данном вопросе информированы студенты высших учебных заведений, так как 11,4% из них не знают ни одного признака заболевания.

В контексте определения мер защиты от туберкулеза 71,6% указывают на вакцинацию БЦЖ, 59,3% на отказ от курения, употребления алко-

голя и наркотиков, 57,6% считают, что необходимо вести активный образ жизни. Важность своевременного обследования и наблюдения больных из группы риска (сахарного диабета, заболеваний легких, ВИЧ/СПИДа, язвенной болезни желудка) отметили лишь 40% респондентов.

54,6% опрошенных респондентов считают, что лечение противотуберкулезными препаратами нельзя прерывать, среди студентов средне – специальных учебных заведений 40% такого же мнения. 80,4% опрошенных считают целесообразным своевременное обращение в медицинское учреждение, а 60,6% получение полного курса лечения. Необходимость соблюдения всех «пунктов» для излечения от туберкулеза отметили 5% опрошиваемых.

На вопрос: «Если Вы заподозрите у себя туберкулез, что будете делать?» 95,5% респондентов отмечают, что пойдут на прием к врачу. При этом учащиеся колледжей (3,7%) намерены начать лечиться самостоятельно, и 4,8% просто не обратят внимания на проявление признаков заболевания.

На сегодняшний день уверены, что человек, излеченный от туберкулеза, может работать в коллективе 80% студентов ВУЗа, студенты средне – специальных учебных заведений уверены на 73,8% и 91,4% школьников.

Однако 9% опрошиваемых заявили, что переболевшие туберкулезом люди не могут работать или учиться с ними в одном коллективе, и 9,5% не знают ответа на данный вопрос, на что указывает их низкая санитарная грамотность. Это создает почву для дискриминации людей переболевших туберкулезом и в свою очередь в целом влияет на снижение процента обращаемости за медицинской помощью при подозрении у себя признаков туберкулезной инфекции.

О том, что диагностика и лечение туберкулеза являются бесплатными, знают в среднем 81,3% опрошенных респондентов, тех, кто дал ответ «нет» - 6,5%, и «не знают» - 12,3%. Менее осведомленными в этом вопросе студенты колледжей 76,5%.

На основании проведенного анкетирования сделаны выводы, что необходимо эффективно проводить информационные кампании среди подростков. Использовать современные, доступные методы и средства обращая особое внимание на формирование у них знаний о ранних симптомах туберкулеза, необходимость соответствующего обследования и правильного лечения, на воспитание гигиенических навыков особенно обращая внимание на укрепление здоровья, профилактику поведенческих факторов риска, своевременного выявления заболеваний и лечения на амбулаторном этапе.

УДК 614.4-036.22:355.1 (574)

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ  
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ВОЙСКАХ****Ш.Т. МАЙТАНОВА**

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК, г. Алматы

**Резюме**

В статье отражены основные положения по организации проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий при особо опасных инфекциях в войсках.

**Тұжырым**

Мақалада әскерлерде аса қауіпті жұқпалардың алдын алу және эпидемияға қарсы шараларды жүргізу бойынша негізгі ережесі көрсетілген.

**Summary**

The conceptual issues for organization of carrying out of the prevention and antiepidemic measures in case of highly infectious diseases in the military forces are stated in the article.

Среди заболеваний опасных для войск, значительное место занимают инфекционные и паразитарные трансмиссивные болезни. Эволюционно сложившиеся природные очаги этих заболеваний расположены в различных климатических поясах земного шара, в том числе и в Республике Казахстан, и существуют независимо от человека.

Некоторые возбудители природно-очаговых заболеваний относятся к группе особо опасных. Их характерными особенностями являются высокая контагиозность, тяжесть клинических проявлений вызываемого заболевания, высокая летальность в случае запоздалого оказания медицинской помощи. В силу этого, возбудители особо опасных инфекций (чума, сибирская язва, холера, туляремия, сап, бруцеллез и др.) могут являться компонентами бактериологического (биологического) оружия и использоваться противником для массового поражения личного состава.

В условиях полевого размещения войск, в мирное и особенно военное время, важное значение приобретает защита личного состава от природно-очаговых болезней, которая достигается применением комплекса профилактических и лечебных мероприятий. В числе профилактических мероприятий решающее значение имеет санитарно-эпидемиологическая разведка природных очагов, которая является составной частью общей санитарно-эпидемиологической разведки.

Санитарно-эпидемиологическая разведка природных очагов представляет собой совокупность

организационных и специальных (эпидемиологические, паразитологические и микробиологические исследования) мероприятий медицинской службы, проводимых в целях быстрого выявления и военно-эпидемиологической оценки природных очагов инфекционных болезней на территории дислокации и боевых действий войск. Она необходима для своевременного принятия мер, направленных на предупреждение распространения этих болезней среди личного состава.

Эти обстоятельства обязывают командование и медицинскую службу быть в постоянной готовности к проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий при возникновении или угрозе возникновения особо опасных инфекций (ООИ) среди военнослужащих. Общие мероприятия проводятся медицинской службой и командованием частей по профилактике особо опасных инфекций. Для исполнения распоряжений командования в каждой воинской части должен быть составлен план мероприятий по предупреждению заноса, распространения и ликвидации особо опасных инфекций. В нем должны быть учтены: сложившаяся конкретная эпизоотолого-эпидемическая обстановка, место и время.

План должен быть согласован с местными органами здравоохранения (областные СЭС, противочумные станции или отделения, областные или городские инфекционные стационары), утвержден командиром (начальником) и подвергаться периодической коррекции. В плане необходимо отразить схему оповещения должностных

лиц (телефоны, адреса, очередность подачи информации о заболевании ООИ), указать точные сроки исполнения, источники материального обеспечения и ответственных должностных лиц.

В плане разрабатываются и предусматриваются:

§ Меры, проводимые вне эпидемического периода;

§ Меры, проводимые при угрозе заноса ООИ в часть;

§ Меры, проводимые при появлении случаев ООИ среди личного состава части.

Реальность и эффективность плана, в целом или отдельных разделов, периодически проверяется путем проведения тренировочных занятий с привлечением планируемых дополнительных материальных средств и исполнителей.

Планирование профилактических и противоэпидемических мероприятий ведется с учетом трех периодов:

I. Неэпидемический период (мероприятия, проводимые постоянно). В этот период проводится систематическая плановая работа, направленная на предупреждение заноса в войска особо опасных инфекций, с учетом стационарного и полевого размещения войск.

II. Угрожаемый период. Возникновение ООИ среди гражданского населения. В плане предусматриваются дополнительные мероприятия по обсервации, карантину, усилению медицинского контроля за питанием, водоснабжением.

III. Период возникновения ООИ в части. Развертываются лечебные учреждения, изоляторы, накладывается карантин.

Перечень мероприятий:

· Санитарно-эпидемическая разведка районов дислокации;

· Взаимоинформация и связь с гражданскими органами здравоохранения;

· Плановая вакцинация личного состава;

· Плановое обследование больных острыми кишечными инфекциями и гепатохолеститами; обследование открытых водоемов и хозяйственно-фекальных сточных вод на холеру;

· Медицинское наблюдение и бактериологическое обследование контингентов, прибывающих из неблагополучных по холере мест;

· Истребление грызунов в стационарных условиях, на полигонах, стрельбищах;

· Содержание неснижаемого запаса дезинфицирующих средств, прививочного материала,

диагностических препаратов и питательных сред/антибиотиков для экстренной профилактики;

· Наличие комплектов противочумной одежды, посуды и медицинского инвентаря;

· Проведение специальной подготовки с медперсоналом части и учреждением по клинике, эпидемиологии и профилактике ООИ;

· Проведение практических занятий по приему условно больных ООИ, по лабораторной диагностике;

· Обучение личного состава части мерам личной и общественной профилактики, особенно при выходах в поле (запрещение охоты на грызунов, обработка нор и т.д.) — все по плану медицинской подготовки;

· Планирование помещений под изоляторы, подготовка лечебных отделений на случай эпидемических осложнений;

· Наличие материального оснащения (оборудование изоляторов, госпиталя ООИ, лабораторные укладки, дезинфекционная аппаратура, техника);

· Готовность медицинских подразделений и учреждений к работе в очаге;

· Введение обсервационных и карантинных мероприятий;

· Доклад вышестоящему командованию (руководству).

В настоящее время особое значение приобретает тесный контакт и совместная работа медицинской службы Вооруженных Сил Республики Казахстан с местными органами здравоохранения, которые располагают значительной информационной, научной и материальной базой для оказания методической и консультативно-практической помощи.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Пособие для военных врачей. Выявление и военно-эпидемиологическая оценка природно-очаговых болезней. Москва, 1979 г.

2. Методические указания по тактике надзора за эпизоотической активностью природно-очаговых зоонозов в РК, Сборник нормативных документов по карантинным и особо опасным инфекциям, Алматы, 2000 г.

3. Профилактические и противоэпидемические мероприятия при возникновении случаев особо опасных инфекций в Вооруженных Силах Республики Казахстан. Методические указания. Главное управление военно-медицинского обеспечения ВС РК, Астана, 2004г.

4. Л.П. Зуева, Р.Х. Яфаев Эпидемиология. Санкт-Петербург. ФОЛИАНТ 2008 г.

УДК 616-002.5-084:374 (574)

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ ПО БОРЬБЕ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЧЕРЕЗ САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

К.Ж. МУРЖАКУПОВ, Л.К. МУРЖАКУПОВА  
ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г. Рудный

### Резюме

Составной частью борьбы с туберкулезом в Рудненском противотуберкулезном диспансере является информационно-образовательная работа, которая в совокупности с другими мероприятиями может повлиять и влияет на своевременность выявления, а также на предупреждение и снижение риска возникновения заболевания.

### Тұжырым

Рудный қаласындағы туберкулезге қарсы диспансердің жұмысының негізгі бөлігі туберкулезбен күресу және ақпараттық -білім беру болып табылады, басқа шаралармен жиынтықта ықпал тигізе алады және анықтаудың уақытылы болуына әсер етеді, аурудың пайда болуын тәуекелділігін ескере отырып төмендетеді.

### Summary

An integral part of tuberculosis control in the Rudny TB Dispensary is an informational and educational work, which in conjunction with other events may influence and also affects on the timeliness of detection, as well as preventing and reducing the risk of disease.

Несмотря на наметившуюся тенденцию снижения заболеваемости, туберкулез до сих пор остается серьезной проблемой современности и общественного здравоохранения. Так, растут случаи заболевания туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью.

В Казахстане, по данным Национального Центра проблем туберкулеза (НЦПТ) заболеваемость туберкулезом находится на высоком уровне, однако, начиная с 2002 по 2011 гг., отмечается стойкая тенденция снижения заболеваемости. За упомянутый промежуток времени заболеваемость туберкулезом в Республике снизилась на 47,4% (с 165,1 до 86,8 на 100 тыс. населения соответственно).

Мониторинг эпидемиологической ситуации по туберкулезу в республике, проведенный НЦПТ, выявил следующие проблемы, требующие своего незамедлительного решения:

- Большим, с тенденцией к увеличению, остается резервуар трудноизлечимых форм туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ). Так, заболеваемость МЛУ ТБ в 2010 году составила 10,1 на 100 тыс. населения, против 5,0 в 2003 году - показатель вырос в 2 раза;

- Высокий уровень заболеваемости, смертности, инвалидности и распространенности лекарственно устойчивой формы туберкулеза регистрируется среди осужденных лиц. Так, показате-

ль заболеваемости и смертность среди осужденных в пенитенциарной системе в 2011 году составил 522,5 и 61,4 на 100 тыс. населения, против 86,8 и 10,5 заболеваемости и смертности от туберкулеза в среднем по республике, соответственно;

- Продолжает оставаться на высоком уровне показатель заболеваемости среди подростков (92,4 на 100 тыс. населения в 2011 году), сохраняется регистрация заболеваемости среди контактных подростков в очагах туберкулеза. Заболеваемость туберкулезом среди подростков в 5,9 раза выше, чем среди детей;

- Остается низким охват населения флюорографическим обследованием, так в 2010 году охвачено флюорографией всего 59,6% населения, подлежащее обследованию (взрослые и подростки);

- Недостаточная межведомственная интеграция всех заинтересованных служб, ведомств и организаций;

- Недостаточным остается освещение вопросов по туберкулезу через средства массовой информации, а также из других источников, в т.ч. и через санитарное просвещение населения посредством организации здорового образа жизни.

Данные, полученные в результате проведенного мониторинга, позволяют целенаправленно планировать работу, в т.ч. и межсекторальную деятельность по профилактике туберкулеза среди населения Казахстана.

В Рудненском противотуберкулезном диспансере анализ показателей свидетельствует о том, что в результате роста лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза, нарушения сроков и алгоритма лечения, не уменьшается число бацилловыделителей (170 состоят на учете), неблагоприятная ситуация со случаями повторного лечения (рост с 27% до 30 % в 2011 году), увеличилась смертность с 11 до 13 на 100 000 населения, снизилась эффективность лечения (закрытие полостей распада новых случаев снизилось с 98% до 85,3%), на принудительное лечение направлено 12 больных, растет число контактных с больными туберкулезом, состоят на учете в 2011 году 411 против 306 в 2010 году.

Составной частью борьбы с туберкулезом в Рудненском противотуберкулезном диспансере является информационно-образовательная работа, которая в совокупности с другими мероприятиями может повлиять и влияет на своевременность выявления, а также на предупреждение и снижение риска возникновения заболевания.

При осуществлении санитарно-просветительной работы используются все доступные в конкретных условиях методы и средства, при этом обращается особое внимание на воспитание гигиенических навыков и формирование у населения знаний о ранних симптомах туберкулеза, о необходимости своевременного обращения за медицинской консультацией и помощью, значимости обязательного соответствующего обследования и специализированного лечения.

Информация, представленная медицинскими работниками, подкрепляется наглядными информационно — образовательными материалами, аудио-видео продукцией.

Межведомственная работа по профилактике туберкулеза проводится в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 404 от 17.06.2011 года «О мерах совершенствования мероприятий по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан».

В работе с населением используются методы как «устного», так и «письменного» слова. Врачами фтизиатрами и фтизиопедиатрами диспансера проводятся встречи с работниками предприятий и организаций, а также с населением на закрепленных участках. Тематика работы, как правило, определяется после оценки уровня знаний и информированности населения по вопросам профилактики туберкулеза, путем анкетирования.

Анкетирование пациентов, обратившихся в противотуберкулезный диспансер, выявило необходимость постоянного повышения навыков и знаний по проблемам туберкулеза, дифференцированного подхода к каждому пациенту, особенно проживающих в очагах туберкулезной инфекции.

В целях повышения качества информационно-образовательной работы, стали шире использоваться современные технологии и интерактивные методы работы, особое внимание стали уделять вопросам формирования у населения, в т.ч. подростков, знаний о ранних симптомах туберкулеза, на воспитание гигиенических навыков, укрепления здоровья и профилактику поведенческих факторов риска.

УДК 616-002.5-084:374 (574)

## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПО СНИЖЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И СМЕРТНОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В ГОРОДЕ РУДНЫЙ

К.Ж. МУРЖАКУПОВ, Л.К. МУРЖАКУПОВА  
ГУ «Рудненский противотуберкулезный диспансер», г. Рудный

### Резюме

Заболеемость туберкулезом в Казахстане находится на высоком уровне, поэтому профилактика и лечение туберкулеза являются приоритетными направлениями здравоохранения.

### Summary

The morbidity of tuberculosis in Kazakhstan is very high, that is why prevention and treatment of tuberculosis are the priority areas in healthcare system.

В соответствии с принятием документа «Цели развития тысячелетия в Казахстане» и с задачей 8 принята национальная стратегическая задача остановить к 2015 году распространение туберкулеза и положить начало тенденции к сокращению заболеваемости [1].

Определены два показателя в достижении этой задачи:

- Уровень распространения и смертности от туберкулеза;
- Доля излечившихся больных от туберкулеза в результате выявления и краткосрочного курса лечения под непосредственным медицинским наблюдением.

В Казахстане по данным Национального Центра проблем туберкулеза (НЦПТ), начиная с 2002 года, отмечается снижение заболеваемости туберкулезом с 165,1 на 100 тыс. населения до 86,8 на 100 тыс. населения в 2011 году, что соответствует снижению показателя на 47%. Тем не менее, заболеваемость туберкулезом в Казахстане находится на высоком уровне. В г.Рудный заболеваемость туберкулезом на 100 тыс. населения имеет тенденцию к снижению с 205,7 (2010 год) до 195,8 (2011 год). Снижается также показатель первичной заболеваемости со 110 до 97 на 100 000 населения. Но несмотря на снижение этих показателей, смертность от туберкулеза остается на прежнем уровне, и составляет 13 на 100 000 населения, также не имеет улучшения такой показатель «доля вылеченных среди новых больных БК+» (54% в 2011 году против 65,5% в 2010 году).

Вот почему профилактика и лечение туберкулеза являются приоритетными направлениями Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. [2]

На наш взгляд, профилактика, здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье помогут изменить ситуацию с туберкулезом. В Казахстане в течение месяца с 23 февраля по 23 марта пройдет ряд мероприятий, направленных на повышение информированности населения о туберкулезе, необходимости своевременного обращения за медицинской помощью при выявлении первых признаков туберкулеза, пропаганду здорового образа жизни среди населения, особенно молодежи.

**Цель месячника:** привлечение внимания общественности к проблеме туберкулеза, мобилизация всего общества для улучшения ситуации с туберкулезом в Казахстане.

В рамках месячника пройдут следующие мероприятия: Дни открытых дверей в медицинских организациях, информирование населения о профилактике туберкулеза в телевизионных и радиопрограммах, публикации в печатных изданиях, трансляция аудио и видеороликов, обучение студентов учебных заведений профилактике туберкулеза и формированию здорового образа жизни в виде научно-студенческих конференций, круглых столов, дискуссий, дебатов. Мероприятия организованы и проводятся в преддверии Всемирного дня борьбы с туберкулезом (24 марта).

Каждый человек должен знать основные признаки туберкулеза и меры профилактики. **Основные признаки туберкулеза:** кашель более 2-х недель, незначительное повышение температуры тела, общая слабость, быстрая утомляемость, потеря веса тела, повышенная потливость.

**Как защитить себя от туберкулеза:**

- Своевременно проходить флюорографическое обследование;

- Вакцинировать детей против туберкулеза;
- Соблюдать правила личной и общественной гигиены;
- Рационально питаться, употреблять в пищу молочные и мясные продукты, овощи и фрукты;
- Регулярно проветривать помещение, больше находиться на свежем воздухе;
- Отказаться от вредных привычек (курение, употребление алкоголя и наркотиков).

**Необходимо помнить:** хорошо поддается лечению заболевание, выявленное на ранней стадии! При своевременном выявлении и правильном лечении туберкулёз излечим.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Цели развития тысячелетия в Казахстане. Астана, 2007. -142 с.
2. Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан».

УДК 613.2-099:614.3

## АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ САХАРА В ВОДНОЙ ФАЗЕ В КРЕМОВЫХ ИЗДЕЛИЯХ

**А.М. ШАЙХИНА, З.Т. БАЙСАЛБЕКОВА**

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

#### Резюме

Проведение лабораторного контроля за кремовыми изделиями и определение показателя «содержание сахара в водной фазе» является очень важным и необходимым при осуществлении санитарного надзора на кондитерских предприятиях.

#### Тұжырым

Тәтті тағам бұйымдарды шығаратын кәсіпорында санитарлық бақылау жүргізгенде, ақ сарыдан жасалған бұйымдарға зертханалық бақылау жүргізу және су фазасында қант құрамын анықтауы ең маңызды және қажетті болып табылады.

#### Summary

Conducting laboratory control of cream product and defining indicator «the sugar content in aqueous phase» is a very important and necessary in carrying out sanitary inspection at confectionery companies.

К пищевым отравлениям относят заболевания различной природы, возникающие при употреблении пищи, содержащей болезнетворные микроорганизмы или их токсины либо другие ядовитые для организма вещества немикробной природы.

В отличие от кишечных инфекций пищевые отравления не контагиозные, не передаются от больного человека к здоровому. Клинические проявления отравлений чаще носят характер расстройств желудочно-кишечного тракта. Однако, в ряде случаев эти симптомы отсутствуют. Наиболее чувствительны к пищевым отравлениям дети, лица пожилого возраста и больные желудочно-кишечными заболеваниями. У них отравления нередко протекают в более тяжелой фор-

ме. Пищевые токсикозы (интоксикации) – это заболевания возникающие при употреблении пищевых продуктов, содержащих токсины бактерий. К этой группе заболеваний относятся стафилококковые токсикозы, ботулизм и микотоксикозы.

Рассмотрим роль стафилококков в возникновении пищевых отравлений. Впервые её определил П.Н. Лашенков в 1901 году. Он выделил стафилококки из тортов с кремом, послуживших причиной заболеваний в виде массовых вспышек, охватившие значительное число людей. Особенно благоприятная среда для размножения стафилококков и образования энтеротоксина – кондитерские изделия с заварным кремом, который содержит много влаги и крахмала и в относитель-

Таблица 1. Результаты определений сахара в водной фазе в кремовых изделиях  
за 2011 год по г. Алматы

Район	Объект (Кондитерский цех)	Название крема	Результат, %
Ауэзовский	ТОО «Брот Мастер»	Сливочный	51,4
Ауэзовский	ИП Углова	Сливочный	60,0
Медеский	ТОО «Бисквит»	Масляный	62,0
Медеский	«Бисквитный дом»	Масляный	65,0
Жетысуйский	ТОО «Примбекер»	Сливочный	57,5
Алмалинский	ТОО «Дастархан»	Основной	36,0
Ауэзовский	ТОО «Ясмин»	Сметанный	50,3
Ауэзовский	ТОО «Брот Мастер»	Сливочный	39,1
Ауэзовский	ИП Кокенова	Крем Суфле	45,5
Медеский	ТОО «Скиф Трейд»	Сливочный	58,5
Жетысуйский	ТОО «Примбекер»	Сливочный	57,3
Турксибский	ТОО «Айнур	Сливочный	60,0
Жетысуйский	ИП Якупова	Сливочный	60,0
Жетысуйский	«Виктория»	Основной	65,7
Жетысуйский	ТОО «Табыс»	Белковый	60,0
Бостандыкский	ИП Гасатова	Основной	73,2
Бостандыкский	АО «Рахат Палас»	Основной	65,7

но небольших концентрациях сахар. В варном креме энтеротоксин образуется при температуре 30 С<sup>0</sup> через 12 часов, а при 37 С<sup>0</sup> – через 4 часа. Кондитерские изделия со сливочным кремом, в которых в процессе изготовления уменьшилась концентрация сахара, также могут вызвать пищевое отравление. Инкубационный период при стафилококковых интоксикациях обычно составляет 2-4 часа. Внезапно наступают тошнота, рвота, понос, боли в животе, слабость. Температура тела повышается редко. Продолжительность заболевания 1-2 дня.

Профилактика стафилококковых токсикозов сводится к проведению мероприятий, исключающих возможность попадания возбудителей в пищевые продукты, и созданию условий, задерживающих развитие стафилококков и накопление энтеротоксина в продуктах. Одним из важнейших средств профилактики стафилококковых пищевых отравлений является создание максимальных гигиенических условий изготовления, хранения и реализации тортов и пирожных с кремом, исключающих возможность заражения стафилококком сырья, полуфабрикатов и готовых изделий, а также размножения и образования энтеротоксина в них.

Для предотвращения образования энтеротоксинов в готовых кремовых изделиях, как показали экспериментальные данные, существенное значение имеет концентрация сахарного сиропа для мочки (50%). Вследствие чего необходим строгий контроль за содержанием указанного

процента сахара в сиропе для мочки, который организуется в лабораториях на производстве кремовых изделий.

В кремовых изделиях, несмотря на значительное содержание в них сахара, стафилококки, благодаря особым биологическим свойствам, могут выживать и размножаться. Они продолжают свою деятельность при концентрации сахара в водной фазе продукта до 60%, тогда как большинство микроорганизмов прекращают размножение при 47%.

Поэтому согласно СТ РК 985-95 «Торты и пирожные. Технические условия» и санитарные правила и нормы «Санитарно-гигиенические и противоэпидемические требования к организациям по производству хлеба, хлебобулочных, макаронных и кондитерских изделий», утвержденных Приказом МЗ РК от 31 января 2003 года №94 для отделки тортов и пирожных должны использоваться кремы с содержанием сахара в водной фазе не ниже 60%.

Определения содержания сахара в водной фазе в кремовых изделиях при осуществлении государственного санитарного надзора проводились по ГОСТ 5903-2002 «Изделия кондитерские. Методы определения сахара» феррицианидным методом. Расчет содержания сахара в водной фазе крема проводился в соответствии с Приложением 2 к санитарным правилам и нормам «Санитарно-гигиенические и противоэпидемические требования к организациям по производству хлеба, хлебобулочных, макаронных и кондитерских из-

делий», утвержденных Приказом МЗ РК от 31 января 2003 года №94.

В таблице представлены данные определений сахара в водной фазе в кремовых изделиях. Установлено, что в 8 образцах кремовых изделий содержание сахара в водной фазе находится ниже

принятых норм. В остальных 9 образцах кремовых изделий содержание сахара в водной фазе находится в пределах норм. Использование 8 образцов нестандартного крема по содержанию сахара в водной фазе было запрещено для отделки тортов и пирожных.

УДК 616.981.42-084:616-07

## **БРУЦЕЛЛЕЗ: ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, КЛИНИКА, ПРОФИЛАКТИКА И ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА**

**Ж.Б. ДАРМЕНБЕКОВА**

Алматинский областной центр санитарно-эпидемиологической экспертизы, г. Талдыкорган

### **Резюме**

В данной статье рассматривается бруцеллез как зоонозная инфекция, факторы влияющие на распространение этого заболевания, а также эпидемиологическая, эпизоотологическая обстановка и лабораторная диагностика в Алматинской области.

### **Тұжырым**

Бұл мақалада бруцеллез адамдарға ауруды жұқтыру көзі ауылшаруашылық малдар болып отыр, оларға көптеген әсерін тигізетін факторлар. Сонымен қатар Алматы облысындағы эпидемиологиялық, эпизоотиялық ахуалы мен қолданылатын зертханалық диагностика әдістері қарастырылған.

### **Summary**

This article publishes information about brucellosis as a zoonotic infection, factors affecting the spread of disease, as well as epidemiological, epizootic situation and laboratory diagnosis in Almaty region.

Эпидемиологическая ситуация по бруцеллезу в Республике Казахстан остается неблагоприятной на протяжении многих лет. Бруцеллез рассматривается в настоящее время не только как серьезная медицинская проблема, так как возникает большое количество случаев хронизации процесса и инвалидизации, но и как экономическая, связанная с высокой стоимостью лечения, затрат на обследования населения с целью выявления первичного инфицирования и на проведение противоэпидемических мероприятий. В последние годы отмечается тенденция роста заболеваемости бруцеллезом среди городских жителей, что свидетельствует о расширении контактов людей с источниками инфекции и факторами передачи. Заражение при этом происходит алиментарным путем, осуществляется при употреблении сырых и недостаточно термически обработанных продуктов (молока, особенно козьего, брынзы, творога, и т.д.). В связи с этим на-

блюдается рост заболеваемости этой инфекцией лиц, профессионально не связанных с сельским хозяйством.

Немного истории. Сообщение о бруцеллезе встречается в трудах Гиппократ, однако систематическое изучение бруцеллеза началось на острове Мальта лишь во второй половине 19 века, когда среди солдат английского гарнизона разразилась вспышка тяжелого лихорадочного заболевания. В начале были описаны клинические симптомы «средиземноморской ремитирующей лихорадки» (J.A.Marston, 1861). Причина заболевания долгое время оставалась неясной. В связи со снижением боеспособности армии была послана специальная комиссия на остров. Член комиссии Давид Брюс (Bruce, 1887) выделил возбудителя лихорадки из селезенки умершего солдата, дав ему название *Micrococcus melitensis* (от слова «Мелита» – местное название острова Мальта). Заммит (Zammit, 1906) установил, что

возбудитель паразитирует у коз, выделяется в большом количестве с молоком. При употреблении зараженного молока, в естественных условиях люди, а в эксперименте — обезьяны, на 14-15 день начинали страдать лихорадочным заболеванием. Прекращение употребления в сыром виде молока в войсковых частях сразу привело к резкому и быстрому сокращению заболевания, тогда как среди местного населения эта инфекция продолжала регистрироваться. Бруцеллез является типичным зоонозом.

Бруцеллез (от лат. *Brucellosis*) — это зоонозная инфекция, передающаяся от больных животных человеку, склонная к хроническому течению, характеризующаяся множественным поражением органов и систем организма человека. Возбудитель болезни — группа микробов рода бруцелл. Бруцеллы отличаются выраженным полиморфизмом, они могут быть шаровидной, овальной и палочковидной формы. Размер их равен 0,3-0,6 мкм для кокковых форм и 0,6-2,5 мкм для палочковидных форм. Они неподвижны, спор не образуют, жгутиков не имеют. Грамотрицательны, хорошо красятся анилиновыми красками. Растут медленно, на питательных средах рост бруцелл регистрируется через 1-3 недели. Отличаются значительной изменчивостью и переходят из S-формы в R- и L-формы. Бруцеллы устойчивы во внешней среде. В воде они сохраняются свыше 2 месяцев, в молоке — 40 дней, в брынзе — 2 месяца, в сыром мясе — 3 месяца, в засоленном — до 30 дней, в шерсти — до 4 месяцев. Бруцеллы погибают при нагревании и под воздействием многих дезинфицирующих веществ. Бруцеллез, являясь зоонозом, от больного человека здоровому не передается. Резервуаром и источником инфекции являются домашние животные (овцы, козы, коровы, свиньи, реже собаки). Бруцеллез широко распространен во многих странах мира, особенно в тех, где развито животноводство, заболеваемость наблюдается и в Казахстане. Алматинская область по-прежнему относится к наиболее неблагополучным регионам по заболеваемости бруцеллезом в Республике. Из года в год неблагополучными районами по заболеваемости являются: Аксуский, Алакольский, Енбекшиказахский, Ескельдинский, Кербулакский, Райымбекский, Сарканский, Уйгурский районы и г.Талдыкорган. В структуре зоонозных заболеваний бруцеллез занимает первое место среди зоонозов. В сравнении с прошлым годом в 2011 году по области отмечено

снижение заболеваемости людей бруцеллезом, с 515 случаев до 416, показателя с 27,4% до 21,8%. Бруцеллез на территории области регистрируется не только на спорадическом уровне, но и в виде вспышек. В сравнение с прошлым годом снизилось количество вспышек с 5 до 1 (разлитая вспышка в Уйгурском районе с числом заболевших 19 человек).

Современную эпидемиологическую ситуацию по бруцеллезу в Алматинской области следует признать неблагополучной среди мелкого и крупного рогатого скота. Характер распространения среди населения Алматинской области зоонозных инфекций, связанных с сельскохозяйственными животными, обусловлен развивающимся частным животноводством, распространением фермерских хозяйств, арендных, кооперативных и других форм сельскохозяйственной деятельности. Также немаловажными являются следующие факторы: снижение реальных возможностей осуществлять учет и вакцинопрофилактику поголовья скота частного сектора, бесконтрольная миграция животных по регионам, реализация среди населения продуктов животноводства и животноводческого сырья. На течение эпидемического процесса и его изменения влияют социальные и природные условия (метеорологические, сезонные, расширение пространственных границ природных очагов), и у пострадавших при чрезвычайных ситуациях в силу воздействия на организм различных отрицательных факторов внешней среды, возникают стрессовые состояния, появляется повышенная восприимчивость к заболеванию при контакте с агентами биологической природы. Заражение человека от больных животных происходит контактным, алиментарным и аэрогенным путями. Из числа заболевших в 60-70% случаев заражение бруцеллезом происходит контактным путем, в 10-20% алиментарным путем при употреблении молочных продуктов. В качестве фактора риска заражения лидирующее положение сохраняет контакт с после родовыми выделениями животных (помощь при отелах, ягнении, при уходе за новорожденными телятами, ягнятами). Часто заражаются ветеринарные работники, телятницы, чабаны и др. Бруцеллы проникают через малейшие повреждения кожи. Заражение может наступить и при контакте с мясом инфицированных животных, с навозом. Алиментарное заражение часто происходит через сырое молоко, а также при употреблении молочных продуктов (брынза, сыр, мас-

ло). Аэрогенное заражение может наступить при попадании в дыхательные пути пыли, содержащей бруцеллы (в местах выпаса и в загонах для содержания овец), а также в лабораториях при нарушении техники безопасности. Этот путь инфицирования наблюдается относительно редко. Чаще заболевают лица трудоспособного возраста (18-40 лет). Отмечается весенне-осенняя сезонность с месяцами подъема в апреле-мае, июле и сентябре. Источником опасных для человека бруцелл являются, главным образом козы, овцы (*B. melitensis*), коровы (*B. abortus bovis*) и свиньи (*B. abortus suis*). При идентификации культур *Brucella* обнаружено, что все культуры, выделенные от людей, принадлежат *Br. melitensis*. Этиология бруцеллеза в области от людей в 100% случаев высевалась *Br. melitensis*. Основным источником заражения остается крупный рогатый скот, от больных в последние годы выделяется только *Br. melitensis*, что свидетельствует о миграции на крупный рогатый скот. Возбудители проникают в организм через кожу и слизистые оболочки, распространяются по лимфатическим путям, и оседают в регионарных лимфатических узлах, где вызывают воспаление. Затем с током крови и лимфы распространяются по всему организму и оседают в печени, селезенке, костном мозге, лимфатических узлах, где размножаются внутри клеток ретикуло-эндотелиальной системы (макрофагах), и из которых периодически поступают в кровь. При этом образуются специфические гранулемы в нервной системе, опорно-двигательном аппарате, в половых органах. В результате внутриклеточной гибели бруцелл освобождаются токсины, которые вызывают различные симптомы болезни. Инкубационный период составляет 1—2 недели. Заболевание развивается, как правило, постепенно и не имеет специфических черт. Больные обычно предъявляют четыре основные жалобы:

1. Перемежающаяся боль в суставах, преимущественно в нижних конечностях, иногда весьма сильная и мучительная;
2. Повышение температуры тела в виде длительного субфебрилитета (до 38 °С) или волнообразного типа с резкими подъемами и падениями;
3. Усиленная потливость, иногда ночная потливость;
4. Резкая слабость и упадок сил;

В целом, при своевременном лечении и правильном назначении антибиотиков, прогноз для пациента с бруцеллезом очень оптимистичный.

Уровень смертности от этого заболевания низок - меньше 2%. Однако могут развиваться некоторые осложнения, затрагивающие определенные системы органов. Системные поражения многообразны и затрагивают практически все органы. В области проводится полный комплекс противоэпидемических и лечебно-диагностических мероприятий.

В диагностике бруцеллеза большое значение уделяется лабораторному обследованию больных. Лабораторная диагностика бруцеллеза складывается из следующих методов: ПЦР, бактериологического, серологического. Больные с подозрениями на бруцеллез обследуются параллельно бактериологическим и серологическим методами. Возбудителя можно выделить из крови, желчи, лимфатических узлов, грудного молока, спинномозговой жидкости, гноя, суставной жидкости и др. Наиболее часто применяется для выделения возбудителя от больных бруцеллезом людей бактериологическое исследование крови.

В наших исследованиях диагноз бруцеллез подтверждается выделением гемокультуры в среднем 20% больных. Выделенные штаммы относятся к *Br. melitensis*. Из них 37,1% культур составляет - I, 4,1%-II, 58,6-III биотипы. Все культуры обладают типичными свойствами. Выделение культуры возбудителя бруцеллеза является неоспоримым доказательством диагноза и характеризует активное состояние инфекции. Высеивание бруцелл из крови чаще наблюдается в остром периоде заболевания и при обострениях, сопровождающихся температурной реакцией. При посевах от больных необходимо считаться со следующими особенностями: в посевах крови бруцеллы развиваются медленно и культуры их обнаруживаются обычно через 5-10 дней, а иногда лишь через 20-30 дней после засева. Отрицательный результат гемокультуры отнюдь не исключает наличия бруцеллеза. Этот метод гемокультуры ввиду его сложности труднодоступен в обычной практике. Из серологических методов диагностики бруцеллеза наиболее широко применяются реакции Райта и Хеддльсона.

Реакция Райта обладает высокой специфичностью. Наиболее высокие титры реакции агглютинации наблюдаются обычно через 1-2 месяца после начала заболевания, а затем они начинают довольно быстро падать. В редких случаях реакция Райта сохраняется положительной на протяжении длительного периода (до 3-5 лет после перенесенного заболевания). Предельным ди-

агностическим титром считается агглютинация при титре 1:100. При наличии «отрицательной» или «сомнительной» реакции у больного (титр 1:50) рекомендуется повторная постановка реакции Райта через некоторое время (например, через 7-10 дней).

Общепринятым в настоящее время методом ускоренной диагностики бруцеллеза является пластинчатая реакция агглютинации Хеддльсона. Эта реакция также специфична, становится положительной одновременно или даже в некоторых случаях на более раннем этапе заболевания держится дольше реакции Райта. Преимущество реакции Хеддльсона по сравнению с реакцией Райта заключается в том, что постановка первой доступна в любой лаборатории и результат получается быстро. Недостатком этой реакции является то, что она служит только для качественного определения агглютининов в крови, по ее результатам нельзя определить динамику титров агглютининов.

В заключение необходимо указать, что реакция Райта, возникая рано и исчезая раньше всех других проб, является показателем наличия инфекции, держится на всем протяжении инфекции и свидетельствует об активном процессе. То же самое относится и к реакции Хеддльсона, однако она сохраняется положительной дольше и нередко наблюдается в подостром и хроническом периодах заболевания. Предлагаются современные методы, включающие в себя ПЦР и ИФА-анализы, которые являются быстрыми, не трудоемкими и высокоспецифичными. Надеемся, что данные анализы будут важны для здоровья населения в профилактике, диагностике и

лечении бруцеллеза. Бруцеллы чувствительны ко всем дезинфицирующим средствам. В отношении действия высоких температур бруцеллы ведут себя аналогично другим - бесспорным бактериям. Так, при 60° они погибают в течение 30 минут, при 70° - 10 минут, при кипячении - моментально. Холод действует на бруцеллы угнетающим образом, а низкие температуры губительно. Прямой солнечный свет убивает их в течение 0,5 - 1 часа. С учетом вышеизложенного, необходимо проводить санитарно-просветительную работу среди населения по профилактике заражения бруцеллезом. Употреблять проваренное и прожаренное мясо, воздержаться от употребления шашлыков, донера, самсы, стейка с кровью и т.д.; употреблять только кипяченое молоко и молочные продукты из кипяченого молока, воздержаться от употребления брынзы, мягких сыров, сметаны и творога, особенно купленных у частных лиц.

**Выводы.** Из числа заболевших в 60-70% случаев заражение бруцеллезом происходит контактным путем, в 10-20% алиментарным путем при употреблении молочных продуктов. Основным источником заражения остается крупный рогатый скот, от больных в последние годы выделяется только *B. melitensis*, что свидетельствует о миграции на крупный рогатый скот. Применяемые методы лабораторной диагностики позволяют своевременно уточнить диагноз бруцеллеза и провести комплекс противоэпидемических мероприятий в очагах, реагировать на осложнение эпизоотической и эпидемической обстановки и предупреждать вспышечную заболеваемость бруцеллезом.

УДК 614.4-036.22353.1(574)

## ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ВОЙСКАХ ПРИ ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ

Ш.Т. МАЙТАНОВА

Санитарно-эпидемиологический центр Вооруженных Сил РК, г. Алматы

### Резюме

В статье излагаются особенности организации противоэпидемических мероприятий в войсках при полевых условиях.

### Тұжырым

Мақалада әскерлерде дала жағдайында эпидемияға қарсы шараларды ұйымдастыру ерекшеліктері мазмұндалған.

### Summary

The features of organization of the in-field antiepidemic measures in the military forces are stated in the article.

В большей степени, в условиях стационарного размещения, особенности краевой патологии имеют значения при организации медицинского обеспечения войск, находящихся в полевых условиях. Здесь происходит тесный контакт с открытой природой и мероприятия по противоэпидемической защите приобретают особую актуальность.

Схема проводимых мероприятий остается той же, что и при стационарном размещении частей, но с учетом подвижности войск, сравнительной непродолжительности пребывания их на одном и том же участке местности и отсутствия возможности заблаговременного оздоровления территории предстоящих учений.

Первостепенное значение при организации противоэпидемической защиты войск, действующих в полевых условиях имеет санитарно-эпидемиологическая разведка маршрутов движения и районов временного расположения частей и подразделений.

По результатам разведки можно будет, по возможности, исключить размещения личного состава, пункты управления, штабы, пункты водоснабжения и хозяйственного довольствия и других объектов в местах массового поселения грызунов, в местах выпаса скота и т.д. Определить объем и характер мероприятий, которые нужно провести для временного оздоровления местности и обеспечения защиты личного состава от заражения.

Штаб, проводящий учения, перед их началом дает организационные указания, в которых отдельными пунктами конкретно перечисляется что, когда и кому необходимо сделать по обеспе-

чению противоэпидемической защиты войск. В частности, на каждое учение, при наличии прямых показаний и достаточного времени, предусматривается проведение дезинсекционно-деративных мероприятий.

Истребление грызунов в местах развертывания штаба руководства и других учебных точек осуществляется специально созданными по распоряжению руководителя обученными командами. Эти команды заблаговременно проводят очистку мест от сухой растительности, травы, и прикопок нор грызунов в районе временного размещения (ночлег, привал, в период обороны). На периоды нахождения на открытой природе все военнослужащие обеспечиваются индивидуальным запасом инсектицида, репеллента и средствами для обеззараживания воды.

При получении санитарно-эпидемиологической разведкой данных о высокой заблокированности территории предстоящих действий войск (например, при активной эпизоотии, вызвавшей массовый падеж грызунов) или при наличии пастьбищных клещей-переносчиков геморрагической лихорадки всему личному составу выдается белье, импгрериванное.

В районе учений, проводимых в полевых условиях, строго регламентируется поведение военнослужащих. Категорически запрещается охота и отлов грызунов, ежей, лисиц, змей, ядовитых паукообразных и любых диких животных, посещение и обследование пещер, купание в водоемах. Даются указания о выборе участков местности для ночлега или привалов, по возможности, свободных от поселений грызунов, травяной растительности. Также не разрешается распола-

гаться непосредственно на голой земле раздетым, рекомендуется плотная одежда с закрытыми рукавами, брюками заправленными в сапоги, и многократный само-и взаимоосмотр.

По всем вопросам защиты личного состава от заражения инфекционными болезнями в полевых условиях, а также предотвращения укусов ядовитых змей, пауков и т.д. врачами военной части проводится санитарно-просветительная работа путем бесед, лекций, практических занятий, опубликования статей в газете, устройства стендов, выпуска сан-бюллетней и т.д. В медицинских пунктах или лечебных учреждениях, развер-

нутых в районе учений для оказания неотложной помощи при укусах змей и паукообразных, должны иметься специфические сыворотки (противозмеиновая, противокаракуртовая).

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бароян О.В. Очерки по мировому распространению важнейших заразных болезней человека. М. 1967 г.
2. Иванов Н.Г., Страбыкин Г.М. Пособие для военных врачей. Ташкент 1970 г.
3. Е.Е.Друмбетов, С.К.Каримов и др. Эпидемиология, клиника, лечения лабораторная диагностика и профилактика ККГЛ. Методические рекомендации 2001 г.

УДК 616.2-002.1-053.2-035:615.33

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРИМЕНЕНИЮ АНТИБИОТИКОВ У ДЕТЕЙ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ПРИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Г.А. ДУКЕБАЕВА

Городская поликлиника №3, г. Тараз

#### Резюме

Данная статья рассматривает вопросы рационального применения и предупреждения необоснованного назначения антибактериальной терапии в амбулаторной практике.

#### Тўжырым

Бул мәтін амбулаториялық тәжірибедегі тиімді қолдану және бактерияларға қарсы терапияның айғақсыз тағайындауын ескертудің сұрақтарын қарастырады.

#### Summary

This article shows the rational using and prevention of unreasonable antibiotic application in ambulatory practice.

Термин ОРЗ охватывает как вирусные, так и бактериальные инфекции, является самым частым поводом для назначения антибактериальной терапии. Почти в 80% случаев показаниями для использования антибиотиков в амбулаторной практике являются инфекции верхних и нижних дыхательных путей (острый средний отит, фарингит, ОРЗ и др.).

Во многих случаях антибиотики назначаются детям необоснованно, главным образом при ОРВИ. В 90% ОРЗ вызывают респираторные вирусы и нет нужды в антибактериальной терапии. Только в 10% случаев ОРЗ имеет бактериальную природу и требует обязательного назначения антибактериальной терапии.

#### Необоснованное применение антибиотиков:

- ведет к росту резистентности у микрофлоры;
- приводит к нарушению нормальной микрофлоры организма;
- повышает риск развития нежелательных реакций;
- ведет к увеличению затрат на лечение.

#### Что не делают антибиотики:

- не действуют на вирусы;
- не снижают температуру тела;
- не предотвращают развитие бактериальных осложнений.

#### Принципы применения антибиотиков у детей:

1. Назначать антибиотики у детей в амбулаторных условиях только при высоковероятной

или доказанной бактериальной природе заболевания, требующей обязательного проведения этиотропной терапии, так как в противном случае велика вероятность развития осложнений и неблагоприятных исходов.

2. Выбирать антибиотики по возможности с учетом региональных данных о наиболее распространенных (вероятных) возбудителях и их резистентности.

3. При выборе антибиотика учитывать антибактериальную терапию (АБТ), которую ребенок получал в предшествующие 2-3 месяца, так как повышен риск носительства резистентной микрофлоры (*S. pneumoniae*, *H. influenzae* и др.).

4. В амбулаторных условиях использовать пероральный путь приема антибиотиков. Парентеральное введение показано только в семьях высокого социального риска или при отказе от госпитализации.

5. Не применять в амбулаторной практике потенциально токсичные препараты (аминогликозиды, хлорамфеникол, сульфаниламиды, фторхинолоны).

6. При выборе антибиотиков учитывать возрастные ограничения (например, тетрациклины – с 8 лет, фторхинолоны – с 18 лет), так как последствия их применения в более раннем возрасте существенно нарушают здоровье детей.

7. Проводить коррекцию стартовой АБТ: · при отсутствии клинических признаков улучшения в течение 48-72 часов от начала терапии; в более ранние сроки при нарастании тяжести заболевания; при развитии тяжелых нежелательных реакций; при уточнении возбудителя инфекции и его чувствительности к антибиотикам по результатам микробиологического исследования.

8. Отменять антибиотики при появлении данных о том, что инфекция не является бактериальной, не ожидая завершения первоначально назначенного курса терапии.

9. При проведении коротких курсов АБТ не назначать антибиотики вместе с антигистаминными или противогрибковыми препаратами, иммуномодуляторами, из-за отсутствия доказательств преимуществ их совместного назначения.

10. По возможности не использовать жаропонижающие средства вместе с антибиотиками, так как это может скрыть отсутствие эффекта и задержать смену препарата.

Абсолютными показаниями к назначению АБТ являются:

- острый гнойный синусит;

- обострение хронического синусита;
- острый стрептококковый тонзиллит;
- острый средний отит (ОСО) у детей до 6 месяцев;
- паратонзиллит;
- эпиглотит;
- пневмония.

Дифференцированного подхода к назначению АБТ требуют:

- ОСО у детей старше 6 месяцев;
- обострение хронического тонзиллита.

Неосложненные ОРЗ при обычном течении не требуют применения антибиотиков. В подавляющем большинстве случаев ОРЗ вызываются вирусами (грипп, парагрипп, РС-вирус и др.). Бактериальные осложнения ОРВИ (суперинфекция) развиваются, как правило, после 5-7-го дня заболевания и изменяют классическое его течение.

· Отрицательный результат исследования на вирусы не является подтверждением бактериальной этиологии ОРЗ и показанием к проведению АБТ.

· Слизисто-гнойный ринит является наиболее частым симптомом, сопровождающим ОРЗ, и не может быть показанием для назначения АБТ. Применение антибиотиков при рините может быть оправдано только при высокой вероятности наличия острого синусита, о чем говорит сохранение ринита в течение 10-14 дней в сочетании с лихорадкой, отеком лица или болью в проекции придаточных пазух.

· Фарингит в большинстве случаев вызывается вирусами, сочетается с поражением слизистой других отделов дыхательных путей (ринит/ларингит/трахеит/бронхит) и не требует назначения АБТ, кроме случаев с доказанной или высоко вероятной ролью БГСА в качестве возбудителя инфекции.

· ОРЗ, протекающие с кашлем, а также острый бронхит, в том числе обструктивный, не требуют назначения АБТ.

· АБТ показана при ОРЗ и сохранении кашля более 10-14 дней, что может быть связано с инфекцией, вызванной *B. pertussis* (коклюш), *M. pneumoniae* или *S. pneumoniae*. Желательно получение подтверждения этиологической роли этих возбудителей.

· При синдроме затяжного (персистирующего) кашля (более 14 дней) и отсутствии симптомов ОРЗ АБТ не показана. Необходимо исключение других инфекционных (туберкулез) и неинфекционных (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и др.) причин кашля.

· Лихорадка без других симптомов требует выяснения ее причины. При невозможности проведения обследования, по тяжести состояния детям до 3 лет при температуре  $>39^{\circ}\text{C}$ , а до 3 месяцев  $>38^{\circ}\text{C}$ , вводят антибиотик (цефалоспорины II-III поколения).

#### **Выводы:**

1. ОРВИ-самый частый повод для антибактериальной терапии и основной источник ятрогений.

2. Назначение антибиотиков при ОРВИ первые три дня неэффективно, даже опасно.

3. Симптоматическое лечение ОРВИ безопасное и недорогое.

4. Показаниями для назначения антибиотиков являются: тяжелое течение гриппа (гипертокси-

ческая форма с энцефалопатическими проявлениями, начало пневмонии); грипп у детей первых 2-х лет жизни; бактериальные осложнения; сопутствующие хронические заболевания, которые могут обостриться под влиянием гриппа.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Страчунского Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. М.: Боргес; 2002г. 384 с.

2. Современные клинические рекомендации по антимикробной терапии. Выпуск 2. Смоленск: МАКМАХ, 2007 г. 608 с.

3. Клиническая педиатрия. 2008г. С.Х. Аюпова., т.1. стр.105-110.

4. Клиническая фармакология и терапия. 2005г. Коровина Н.А. и соавт. №5. с.1-4.

УДК 616-002.5-084:614.88

## **ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА НА УРОВНЕ ПОЛИКЛИНИКИ**

**С.С. САЙДУЛЛАЕВА**

ГККП «Городская поликлиника №20», г. Алматы

По предложению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 24 марта официально считается Всемирным днем борьбы с туберкулезом. Для исполнения приказа управления здравоохранением г.Алматы №83 от.14.02.2012 «О проведении Месячника по профилактике туберкулеза» с 24 февраля по 24 марта в г. Алматы объявлен месячник по борьбе с туберкулезом.

Месячник по профилактике туберкулеза включал следующие мероприятия:

1) Составлен и утвержден план мероприятий по проведению месячника, посвященному Всемирному Дню борьбы с туберкулезом;

2) Было вывешено объявление на казахском и русском языках о проводимом месячнике и бактерио- и флюорообследовании всех желающих;

3) За этот период флюороосмотр прошло 552 человека, выявлен 1 больной

туберкулезом. Обследована мокрота на микобактерии туберкулеза у 26 человек, с положительным результатом выявлено два человека;

3) Организован семинар на тему «Основные меры профилактики туберкулеза»;

4) Проведено обновление стендов и уголков здоровья в поликлинике, в школах и детском саду;

5) Проведены тренинги и беседы в образовательных организациях района обслуживания, среди школьников и подростков;

6) В газете «Вечерняя Алматы» № 26 от 25 февраля 2012 года напечатана подготовленная нами статья о профилактике туберкулеза «Просветитесь, подлечитесь»;

7) Распространены информационно-образовательные материалы среди населения согласно тематике туберкулеза: плакатов - 42, буклетов - 95, листовок - 320, брошюр - 55.

При проведении бесед, тренингов использовался следующий материал. Туберкулез — это проблема не только медицинская, но и общественная. Ежегодно в мире 3 млн. человек умирают от туберкулеза. Около 1/3 населения земного шара (примерно 2 млрд.) инфицированы туберкулезной палочкой. В основном это люди молодого репродуктивного и трудоспособного возраста. Каждые 4 секунды кто-то заболевает туберкулезом. Каждые 10 секунд кто-то умирает от туберкулеза. В Казахстане ежегодно регистрируется до 23 тысяч вновь выявленных больных.

Туберкулез — это инфекционное (заразное) заболевание. Основным источником заражения — это больной человек с открытой формой туберкулеза. Заразиться болезнью может каждый человек. Передача инфекции от больного происходит при разговоре, кашле и чихании больного. Новорожденный ребенок может заразиться от больной матери и через молоко. Заболевание беременной женщины туберкулезом представляет опасность для плода. Можно заразиться от больного туберкулезом животного при уходе за ним и при употреблении молочной продукции без термической обработки. Степень риска заражения человека зависит от концентрации и вирулентности микобактерий, от длительности контакта и состояния иммунитета человека.

Не все инфицированные туберкулезом становятся больными туберкулезом. Возбудитель туберкулеза, попадая в организм человека с сильным иммунитетом, говоря образно, может «затаиться и ждать своего часа годами». Ослабление иммунитета организма (которое может быть в результате нерационального питания, не здоровый образ жизни, переохлаждение, недосыпание, тяжелая физическая работа, психологически стрессовые ситуации), сопутствующие заболевания (заболевания легких, сахарный диабет, язвенная болезнь, ВИЧ/ СПИД) вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем, наркотиков) критически повышают риск развития туберкулеза.

Туберкулезные бактерии отличаются большой стойкостью во внешней среде. Бактерии сохраняются жизнеспособными на страницах книг, одежде, белье, в воде, на снегу до 5 и более месяцев. Высокая температура, ультрафиолетовые и прямые солнечные лучи действуют губительно на возбудителя инфекции.

Основные признаки туберкулеза: длительный кашель (более 2-х недель), боль в груди, слабость, недомогание, ночной пот, температура. При появлении первых признаков необходимо пройти обследование на туберкулез, обследование бесплатное. Лечение туберкулеза тоже бесплатное. Туберкулез при своевременном обращении и лечении излечим. Излеченный от туберкулеза человек не опасен, может работать в коллективе.

Если не хотите заболеть, то ведите здоровый образ жизни, закаливайте свой организм, хорошо питайтесь, не курите, не злоупотребляйте алкоголем, больше бывайте на свежем воздухе, чаще проветривайте помещения, соблюдайте санитарно-гигиенические правила в быту и общественных местах. Регулярно, 1 раз в год, необходимо проходить профилактическое флюорографическое обследование грудной клетки. Женщины в послеродовом периоде в течение месяца после выписки из родильного дома должны пройти профилактическое флюорографическое обследование. Каждый человек ответственен за свое здоровье! Берегите свое здоровье!

УДК 617.54-007.43-073

## **ДИАГНОСТИКА ДИАФРАГМАЛЬНОЙ ГРЫЖИ**

**С. АЛИСОВ**

Кызылординский областной медицинский центр, г. Кызылорда

### **Резюме**

Диафрагмальные грыжи представляют собой перемещение брюшных органов в грудную полость через дефект или слабую зону диафрагмы.

### **Тұжырым**

Диафрагмалық жарық ішперделік мүшелердің кемістігі бар немесе диафрагманың әлсіз шекарасы арқылы кеуде қуысына қозғалуын білдіреді.

### **Summary**

Diaphragmatic hernia is a displacement of abdominal organs into the thoracic cavity through a defect or a weak area of a diaphragm.

Диафрагмальные грыжи — это перемещение брюшных органов в грудную полость через дефект или слабую зону диафрагмы. Для них характерно наличие грыжевых ворот, грыжевого мешка и грыжевого содержимого. При отсутствии грыжевого мешка грыжу называют ложной. Травматические грыжи возникают после разрыва диафрагмы и торакоабдоминальных ранений и в редких случаях являются ложными. Решающую роль, при установлении диагноза играют рентгенологические исследования, а при трудности диагностики — диагностический пневмоперитонеум.

Приводим наше наблюдение. Больной Б., 27 лет, доставлен в приёмное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, многократную рвоту. Общее состояние средней тяжести. При осмотре кожа и видимые слизистые бледные. Слева на уровне пятого межреберья имеется поперечный рубец длиной 7 см. Выяснено, что 3 месяца назад больной получил ножевое ранение в области левой половины грудной клетки. Язык влажный, обложен серым налетом. При пальпации отмечается болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского и Щеткина-Блюмберга. Анализ крови: лейкоц. — 14,10 в 1 мкл, п/я — 9, с/я — 83, лимф. — 5, мон. — 1; СОЭ — 24 мм/ч. Диагноз: острый аппендицит.

В экстренном порядке произведена аппендэктомия. Отросток катарально изменен, диагноз подтвержден гистологически. В послеоперационном периоде состояние тяжелое: беспокоят боли в эпигастрии, больше слева — за грудиной, слабость, икота, тошнота, рвота, чувство распирания эпигастрии и в левом подреберье. В легких справа дыхание везикулярное, слева в нижних отделах дыхание не проводится, при перкуссии в нижних отделах слева — притупление легочного звука, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, перитониальных явлений нет, перистальтика удовлетворительная, газы отходят.

На рентгенограмме легких легочные поля справа прозрачные, слева купол диафрагмы приподнят до уровня четвертого ребра, газовый пузырь расширен, в желудке содержится жидкость. Органы средостения смещены вправо. Предварительное заключение: релаксация левого купола диафрагмы.

При контрольной, рентгеноскопии органов грудной клетки и брюшной полости больному дали около 60 мл контрастной массы, которая поступала в желудок небольшими порциями. Газовый пузырь находится на уровне четвертого ребра, эвакуация замедленная. В положении Тренделенбурга и латеропозиции рентгенологическая картина не меняется. Однако, учитывая жалобы больного на тошноту, рвоту, икоту, боли за грудиной, затрудненное дыхание, а также полученное ранее ножевое ранение в левой полови-

не грудной клетки, предположили наличие диафрагмальной грыжи.

Для уточнения диагноза больному произведен диагностический пневмоперитонеум. В брюшную полость ввели около 1200 см<sup>3</sup> кислорода, затем в вертикальном положении произвели рентгеноскопию и рентгенографию грудной клетки и брюшной полости. На рентгенограммах справа под куполом диафрагмы отмечен свободный газ в виде «серпа». Слева купол диафрагмы не определяется, тотальное гомогенное затемнение до уровня первого ребра, газовый пузырь желудка находится на уровне третьего и пятого ребер. В верхней части имеется участок просветления в виде «шапочки». Органы средостения смещены вправо почти полностью. На основании рентге-

нологических и клинических данных диагностирована левосторонняя ложная диафрагмальная грыжа с пролабированием в плевральную полость желудка и возможно части кишечника.

Больному произведена лапаротомия. Обнаружен дефект (отверстие) в центре левой диафрагмы размером 8x10 см, через который в плевральную полость прошел весь желудок, часть толстой кишки, большой сальник. Произведено низведение желудка, части толстого кишечника и сальника из плевральной полости, дренирование плевральной полости, зашивание дефекта диафрагмы. Послеоперационный период протекал без осложнений. Больной выписан через 14 дней в удовлетворительном состоянии.

УДК 616.594.14:615.263.63

## РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЫПАДЕНИЯ ВОЛОС. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ФОЛТЕН ФАРМА»

С.М. НУРУШЕВА

Кожно-венерологический диспансер, г. Алматы

### Резюме

Выпадение волос в настоящее время является наиболее актуальной проблемой врачей дерматологов, дерматокосметологов и трихологов.

### Тұжырым

Қазіргі таңда шаштың түсуі дәрігер дерматологтардың, дерматокосметологтар мен трихологтардың ең өзекті мәселелерінің бірі болып табылады.

### Summary

Currently hair loss is the most actual problem of dermatologists, and dermatocosmetologists and trichologists.

Известно, что физиологическое выпадение волос человека в норме достигает 30-40 штук. Патологическим выпадением принято считать выпадение волос при ежедневном расчесывании от 80 до 250 штук. Основными причинами выпадения волос являются стрессовые состояния, лихорадка, кровотечение, беременность, несбалансированное питание, неблагоприятная экологическая ситуация, наличие злокачественного заболевания, прием лекарственных средств и др. Все эти факторы приводят к диффузному выпадению волос, как у мужчин, так и у женщин.

В последние годы все чаще появляются сообщения, говорящие о ведущей роли в патогенезе

алопеции генетических факторов и иммунных нарушений. Принято выделять диффузную, андрогенную и очаговую алопецию. В последние годы отмечается увеличение числа больных алопецией, что заставляет вести поиск новых методов терапии.

Нами было проведено клиническое испытание препарата «Фолтен Фарма», итальянской фирмы Фолтен Фарма, в состав которого входят натуральные компоненты, такие как трикосахарид, аминокислоты, витамины, минеральные соли растительного происхождения.

Трикосахарид оказывает значительное стимулирующее воздействие на питание волосных

луковиц, улучшает общее состояние волос и кожи головы, а также стимулирует кровообращение. Аминокислоты, витамины, минеральные соли, входящие в состав препарата «Фолтен Фарма», оказывают питающее действие, снабжая волосы необходимыми веществами в оптимальном соотношении.

Проведенные исследования препарата «Фолтен Фарма» показали, что он влияет на трихогенез, стимулирует и обновляет волосяной фолликул, улучшает все функции биологических структур волосистой части головы и кровообращение на местном уровне. Также нормализует процессы смены волос, укрепляет ослабленные волосы, стабилизирует деятельность сальных желез, значительно улучшает трихограмму с увеличением числа волос в фазе роста (в анагенной фазе). Препарат «Фолтен Фарма» существует в двух формах – для женщин и мужчин отдельно. Форма для мужчин состоит из трех активных веществ (трикосахарид, комплекс для восстановления и питания волос, зантин), усиливающих действие друг друга.

Трикосахарид – запатентованное активное вещество, в состав которого входят мукополисахариды, являющиеся физиологическими компонентами кожи головы. Трикосахарид проникает в луковицы и воздействует на делящиеся клетки, регулирует обмен питания, улучшает состояние волос и кожи головы, структура волос стимулирует рост новых волос и останавливает их выпадение.

Комплекс для восстановления и питания волос состоит из смеси витаминов (А, В5, С, Е, РР) аминокислот, которые, обладая антиоксидантной активностью, стимулируют рост волос, улучшают их эластичность и микроциркуляцию. Зантин – это антиоксидант растительного про-

исхождения, который нейтрализует влияние свободных радикалов.

«Фолтен Фарма» для женщин состоит из двух активных компонентов – трикалгоксила (питательный биоминеральный комплекс), полученного из морских водорослей, и комплекса для восстановления и питания волос. Целью исследования было оценить эффективность препарата «Фолтен Фарма» против выпадения волос в лечении различных форм алопеции.

Под наблюдением находились 5 мужчин и 10 женщин в возрасте от 15 до 45 лет, страдающих диффузной и очаговой алопецией. Причину выпадения волос 3 пациента связывали со стрессами, один – с инфекционным фактором, 2 женщины – с беременностью, остальные – с неопределенными провоцирующими факторами. На «сильное» выпадение волос указывали пятеро из всех наблюдаемых пациентов. Остальные – отмечали «умеренное» выпадение.

«Фолтен Фарма» применяли 3 раза в неделю в течение 2-х месяцев, затем 2 раза в неделю в последующий месяц. Препарат наносили на влажные волосы после использования шампуня «Фолтен Фарма». Курс лечения повторяли 2 раза в год (весна/осень).

После завершения первого курса лечения 9 (60%) пациентов указали на отсутствие выпадения волос, 4 (26,7%) оценили выпадение волос «слабо выраженным» и двое (13,3%) отмечали «умеренно выраженное» выпадение. У больных очаговой алопецией, связывающих причину развития со стрессом, был отмечен обильный рост пушковых волос в очагах выпадения после первого курса. Таким образом, можно сделать предварительный вывод о высокой эффективности препарата «Фолтен Фарма» в лечении алопеции. Исследования продолжаются.

УДК 616.31-053.2

## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ УСЛУГ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В КАЗАХСТАНЕ

**А.Б. УСЕНБАЕВ**

Жамбылская областная детская стоматологическая поликлиника, г. Тараз

### Резюме

Детская стоматология располагает большим набором средств и методов, благодаря которым на западе уже добились рекордных результатов – в среднем менее двух пломб на одного ребенка к 12-ти годам жизни. Большинство этих методик имеется и в нашей стране, нужно только знать о них и вовремя ими воспользоваться.

### Тұжырым

Орташа есеппен алғанда 12 жасқа дейін бір балаға екіден артық емес пломб шақ келеді деген Батыстықтардың жеткен үздік жетістіктерінің арқасында балалар стоматологиясы түрлі әдістер мен тәсілдердің үлкен қорына ие.

### Summary

Pediatric Dentistry has a large set of tools and methods by which the West countries has achieved great results - an average of less than two fillings per child to 12 years old. Most of these techniques have our country, we only need to know about them and in time to use them.

Первый, и наиболее часто задаваемый вопрос стоматологам: с какого возраста надо начинать чистить молочные зубки? Абсолютно оправданно мнение, что делать это нужно с момента прорезывания первого молочного зуба (это примерно седьмой-восьмой месяцы). Естественно, что ребенок в столь раннем возрасте не может самостоятельно чистить их и посему делать это за них придется родителям. Рекомендуется чистить зубы ребенку два раза в день мягкой щеткой, с минимальным количеством детской зубной пасты.

Первый же визит к стоматологу должен происходить не тогда, когда у вашего малыша что-то болит, а когда у ребенка нет никаких проблем. Заботливые родители, предварительно подготовив подарок, ведут малыша на профилактический осмотр, после которого детский врач-стоматолог торжественно вручит дитю презент за хорошее поведение и прочитает родителям краткую инструкцию о том, на какие моменты родителям следует обратить внимание и какие проблемы есть в настоящий момент, заодно и подружиться с ребенком.

Особое место в детской стоматологии занимает профилактика кариеса и его осложнений. Существует ошибочное мнение, что лечение кариеса молочных зубов не столь актуально как лечение постоянных. Данное обстоятельство вызывает глубокое возмущение детских стоматологов. Во-первых, при ранней потере молочных зубов неизбежно будет нарушен прикус. Во-вторых, осложнения могут быть столь опасными, что лег-

ко могут привести ребенка на больничную койку с вовсе нешуточными диагнозами – абсцесс и флегмона. Для профилактики кариеса применяются профилактическое запечатывание фиссур зуба и профессиональное фторирование зубов.

Абсолютно понятно, что кариеса легче и правильнее избежать, чем лечить возникший кариес, особенно у детей. Но раз избежать его не удалось, то раннее обнаружение кариеса в той стадии, при которой вмешательство будет минимальным и быстрым, поможет детскому стоматологу, родителям ребенка и маленькому чуду избежать значительных временных, финансовых и главное эмоциональных затрат. Ранняя диагностика кариеса возможна, если ребенок регулярно посещает детскую стоматологию два раза в год, где доктор, применяя все возможные методы, находит скрывающегося зубного врага.

Правильное поведение родителей способствует тому, что ребенок идет в стоматологическую клинику без скандала и нервоотрепки. Попробуйте в честь какого-нибудь праздника или его дня рождения подарить ему приглашительный билет, где будут подробно описаны его заслуги (закончил изучение азбуки, перестал грызть ногти, выучил стихи наизусть, не отнимал игрушку у братика и т.п.). За все эти заслуги он награждается походом к стоматологу, в его удивительный кабинет. Придумайте ему сказку о кариесе. Все это должно помочь и врачам и родителям единым фронтом бороться за здоровые зубы ребенка.

УДК 616.594.14:615.263.63

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «ЛАВАЛЬ» В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

**Ж.А. СЫЗДЫКОВА**

Лечебно-диагностический центр «Сункар», г. Алматы

### Резюме

За период апрель-декабрь 2011 года на базе Лечебно-диагностического центра «Сункар» (главный корпус, г. Алматы) было проведено комплексное лечение очаговой алопеции у 20 пациентов (10 мужчин, 10 женщин). Все больные лечение переносили хорошо, побочных эффектов выявлено не было. Рост волос был полностью восстановлен в течение 1 месяца. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что Лаваль является безопасной и комплексной альтернативой в лечении очаговой алопеции.

### Тұжырым

Алматы қаласындағы «Сункар» емдеу-диагностикалық орталығында 2011 жылдың сәуір-желтоқсан аралығында 20 емделушіде (10 еркек, 10 әйел) ошақтық алопецияның кешенді емдеу шаралары өткізілді. Барлық науқастар емді жақсы қабылдады, қосымша әсер айқындалған жоқ. Шаш өсуі 1 айдың ішінде толығымен қалпына келтірілді. Қорытындылай, зерттеудің нәтижелері ошақтық алопецияны кешенді емдеудегі Лаваль қауіпсіз болып табылады.

### Summary

There was conducted a comprehensive medical treatment of circumscribed alopecia during the period from April to December of 2011 in the base of «Sunkar» Medical-Diagnostic Center. 20 people have participated in the treatment (10 men and 10 women). All patients endured the treatment good and without side effects. Generally, the results of research indicated that Laval is a safe and complex alternative of a medical treatment of circumscribed alopecia.

Алопеция (А) — это патологическое состояние, характеризующееся усиленным выпадением волос, главным образом на волосистой части головы в результате морфофункциональных изменений волосяных фолликулов [1].

Наиболее частыми нозологическими формами, входящими в группу нерубцовых алопеций, являются очаговая, диффузная, андрогенетическая и себорейная алопеция.

**Очаговая алопеция** (гнездная плешивость) — это потеря волос без образования рубцов, на четко ограниченном, обычно круглом или овальном участке, преимущественно на волосистой части головы и лице [4]. Течение болезни условно подразделяют на 3 стадии:

1. Прогрессивная - характеризуется выпадением волос при слабом их вытягивании (зона расшатанных волос);

2. Стационарная - имеют место обломанные, короткие, темноокрашенные волосы;

3. Регрессивная - возникает в среднем через 4-6 месяцев участки облысения покрываются нормальными волосами [2].

При очаговой алопеции наиболее часто выявляются следующие этиологические факторы:

- Генетическая конституция больного;
- Атопия;
- Органоспецифические аутоиммунные реакции;
- Эмоциональные стрессы;
- Очаговая инфекция.

В патогенезе заболевания важную роль играют патологические изменения нервной системы, дисфункции эндокринных желез, нарушения гемостаза и реологических свойств крови. По данным различных факторов, очаговая алопеция наиболее часто встречается у детей и молодых людей 20-30 лет. Заболевают одинаково часто как мужчины, так и женщины. Чаше болеют учащиеся и люди умственного труда [2].

В настоящее время проблема возникновения очаговой алопеции становится очень актуальной, и требует комплексного подхода. На сегодняшний день существует множество новых, комбинированных препаратов, используемых в лечении очаговой алопеции, среди них — препарат Лаваль. Это комбинированный препарат, действие которого обусловлено входящими в его состав аминокислотами, витаминами и минералами, обеспечивающих эффективную помощь для роста

новых волос. Он содержит в себе аминокислоты (метионин, цистеин, биотин), витамины Е, В5 (пантотеновая кислота), В6 (пиридоксин), фолиевую кислоту, медь, селен, цинк. Способствует улучшению структуры волос, их росту, укреплению волосяных фолликулов, предотвращению ломкости и выпадению волос.

**Цель исследования.** Оценка эффективности и безопасности применения препарата Лаваль. В исследовании приняли участие 20 пациентов с диагнозом: очаговая алопеция (10 мужчин, 10 женщин). Средний возраст пациента составил 18 лет.

Этиологическими факторами, провоцирующими выпадение волос, явились:

- Стресс у 8 человек - 40%;
- После химической завивки у 1 человека - 5%;
- Причина неизвестна у 11 человек - 55%;
- Связь с наследственностью (ранняя алопеция у родственников) у 1 человек - 5%.

По распространенности процесса:

- У 8 человек (40%) - один очаг облысения;
- У 12 человек (60%) - несколько очагов облысения.

Диаметр варьирует от 0,5 до 3,0 см. В дополнительных исследованиях: изменения в ОАК (лейкоцитоз, эозинофилия, анемия) — 2 человека (10%), биохимические сдвиги в крови (подъем альфа-амилазы крови, сахар крови) — 1 человек

(5%). Обнаружение *Enterovermicularis* в кале (энтеробиоз) — 2 человека (10%). Изменение со стороны органов брюшной полости на УЗИ (явление хронического панкреатита, холецистита, застой желчи, пневматоз кишечника и т.д.) — 6 человек (30%).

Препарат Лаваль применяли по следующей схеме: по 1 капсуле 1 раз в день во время или после еды, запивая водой — 30 дней. За время приема препарата побочных эффектов выявлено не было. Лаваль переносился пациентами хорошо. Положительный эффект от комплексной терапии в сочетании с Лавалем начал отмечаться на 2-3 неделе. К концу месяца объем восстановления волос составил 95%.

Таким образом, вышеуказанные данные свидетельствуют о том, что Лаваль является безопасной, комбинированной альтернативой в комплексном лечении очаговой алопеции.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Самцов А.В., Барбинова В.В. «Кожные и венерические болезни» 2002г. стр. 223-227.
2. Скрипкин Ю.В., Мордовцева В.Н. «Кожные и венерические болезни» 1999г. том 2, стр. 399-401
3. Ахтямов С.Н., Бутов Ю.С. «Практическая дерматокосметология» 2003г. стр. 234-267
4. Хэбиф Т.П. «Кожные болезни. Диагностика и лечение» 2006г. стр.98-103

УДК 616.61/.62:616.9-085:615.33

## АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И ПРОТИВОРЕЦИДИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ (ИМП)

**А.Т. АТЫХАНОВА**

Городская поликлиника №6, г. Тараз

### Резюме

Данная статья рассматривает применение препарата Канефрона Н в противорецидивном лечении и антибактериальной терапии ИМП в амбулаторных условиях.

### Тұжырым

Бұл мәтін Канефрон Н препаратын қайталанатын емдеудегі несеп-жыныстық инфекциялары (НЖИ) бактерияларға қарсы терапиясының амбулатория шарттарында қолдануын қарастырады.

### Summary

This article shows results of application Kanefron N in anti-recurrent and antimicrobial treatment of UTIs in ambulatory conditions.

ИМП, также как и пневмонии, подразделяются на внебольничные и развившиеся в стационаре (нозокомиальные). По локализации ИМП у детей подразделяются на инфекции верхних (пиелонефрит) и нижних (цистит, уретрит) мочевыводящих путей. ИМП развиваются у 1-5% детей и нередко протекают бессимптомно. В возрасте до года ИМП чаще развиваются у мальчиков, затем происходит снижение их частоты. У девочек частота ИМП с возрастом увеличивается. В возрасте от 2 до 15 лет ИМП у девочек встречается чаще, чем у мальчиков (соотношение 6-10:1).

ИМП у детей в большинстве случаев вызываются одним видом микроорганизма. Основными возбудителями внебольничных ИМП у детей являются представители семейства Enterobacteriaceae (81%). Первое место среди них занимает *E. coli* (до 80%). Реже выделяются другие возбудители – *Proteus spp.* (8,5%), энтерококки (8,5%), *K. pneumoniae* (8,0%), *Enterobacter spp.*, *P. aeruginosa*, стафилококки и др.

**Чувствительность возбудителей к антибиотикам.** Внебольничные штаммы *E. coli*, а также другие Enterobacteriaceae высокочувствительны к амоксицилину/клавуланату и цефалоспорином II-III поколений, фосфомицинатрометамолу. Резистентность *E. coli* к нитрофурантоину и налидиксовой кислоте составляет 2-7%.

Основной проблемой является высокая резистентность *E. coli* и других энтеробактерий к ам-

пициллину, амоксицилину (51%) и котримоксазолу (30-52%). Отмечается рост резистентности к аминогликозиду *E. coli* (5-10%).

Выбор антибактериального препарата для лечения пиелонефрита должен подбираться с учетом следующих положений:

1) препарат назначается с учетом высокой чувствительности к вероятному возбудителю.

2) препарат проникает в почечную ткань и мочу в средней терапевтической концентрации, превышающей в 2-4 раза минимальную подавляющую концентрацию для микроорганизма.

3) препарат не обладает или обладает минимальной токсичностью, имеет высокую антимикробную активность и создает высокие терапевтические концентрации в сопоставлении с другими аналогичными препаратами.

4) препарат может быть использован у конкретного пациента с учетом возраста, сопутствующих заболеваний и совместим с другими лекарственными препаратами, которые может получать ребенок.

5) препарат должен хорошо переноситься и иметь удобный режим дозирования.

6) препарат должен быть доступен и не должен сильно нарушать микробиоценоз кишечника.

При лечении пиелонефрита следует различать эмпирическую терапию и этиотропную терапию. Для стартовой (эмпирической) терапии необходимы препараты, активные к основным возбудителям инфекции. Это может быть препарат

широкого спектра действия или комбинация препаратов. Препарат, избираемый для эмпирической терапии, должен быть эффективен в первую очередь в отношении *E.coli*.

Нерационально использовать: 1) препараты ампициллин, амоксициллин, ампиокс в виду высокого уровня устойчивости уропатогенных штаммов *E.coli*. 2) цефалоспорины I поколения - цефазолин, цефалексин, цефрадин из-за слабой активности против грамотрицательных бактерий; высокой резистентности *E.coli*. 3) котримаксазол из-за роста резистентности *E.coli*, токсичности. 4) нитроксалин - не доказана клиническая эффективность; высокий уровень резистентности возбудителей.

Через 2-3 дня при наличии результатов посева мочи и оценки эффективности терапии возможна оптимизация антибактериальной терапии - переход на этиотропную терапию.

#### **Этиотропная терапия предполагает:**

1) замену антибактериального препарата, который был назначен эмпирически, на препарат более узкого спектра действия

2) переход с комбинированной терапии на монотерапию

3) добавление антибактериального препарата к назначенным эмпирически.

#### **Критериями эффективности антибактериальной терапии пиелонефрита являются:**

1) нормализация температуры тела у ребенка (на 2-4-й день).

2) ликвидация bacteriuria (на 4-5-й день).

3) нормализация анализов мочи (на 5-7-й день), анализов крови (на 9-10-й день).

Острый цистит, а также острый пиелонефрит или обострение хронического пиелонефрита в легкой форме могут лечиться амбулаторно. При легком и среднетяжелом течении, терапию следует проводить пероральными препаратами. Оральный путь применения антибиотиков оправдан у детей из-за отсутствия боли и неоправданного стресса, позволяет проводить терапию дома, снижает риск нозокомиальной инфекции. Кроме этого, введение антибиотиков имеет отчетливый фармакоэкономический эффект (нет необходимости в шприцах, иглах, и т.д.). При тяжелом течении пиелонефрита лечение необходимо начинать с парентерального введения и затем, по мере улучшения состояния переходить на пероральный прием «ступенчатая терапия». Критериями перевода на пероральный прием являются: нормальная температура в течение 2

суток или получения отрицательного результата посева мочи.

Продолжительность антибактериальной терапии определяется:

- индивидуальными особенностями пациента (форма пиелонефрита, тяжесть течения, преморбидный фон, индивидуальная переносимость антибактериальных препаратов).

- характеристиками возбудителя (вид, особенности цикла развития и размножения, спектр чувствительности).

При остром пиелонефрите и обострении хронического пиелонефрита антибактериальная терапия непрерывным курсом должна продолжаться до достижения полной клинико-лабораторной ремиссии (продолжительность курса не менее 14 дней). Согласно схемам антимикробной терапии по J.P.Sanford (2001), минимальный курс антибактериальной терапии при пиелонефрите - 14 суток, при рецидивирующем пиелонефрите или при отсутствии эффекта через 14 суток этот курс должен продолжаться не менее 42 суток. То есть, при вторичном процессе длительность антибактериальной терапии зависит от характера уродинамических расстройств и клинико-лабораторных показателей, но в целом, при хроническом пиелонефрите последовательное назначение антимикробных средств следует осуществлять не менее чем на 6 недель. После курса непрерывной антибактериальной терапии пиелонефрита у детей проводится противорецидивное лечение в течение 4-6 недель в зависимости от тяжести течения микробно-воспалительного процесса в почечной ткани и наличия нарушений уродинамики. При этом предпочтение отдается котримаксазолу и нитрофуранам, при использовании которых отмечены высокая эффективность и минимальное количество осложнений. Препараты назначаются 1 раз в день на ночь в дозе, составляющей 1/2- 1/3 от общей терапевтической дозы. С недавнего времени большой популярностью пользуется растительный препарат Канефрон Н, который применяется для профилактики рецидива. Препарат приготовлен из растительных производных — розмарина, золотысячника, любистока. Канефрон Н оказывает комплексное воздействие: антибактериальное (эфирные масла разрушают мембрану бактериальной клетки), диуретическое (улучшение почечного кровообращения и клубочковой фильтрации), спазмолитическое (противоболевое), антиоксидантное (противовоспалительное). Препарат удобен для приме-

нения, так как детям первых лет жизни его можно назначать в каплях, после 5 лет — в драже. Длительность приема определяется у каждого пациента индивидуально: по 2, 4, 8 недель.

Нами проводилась оценка клинической эффективности Канефрона Н в амбулаторных условиях в Городской поликлинике №6. В течение 6 месяцев у 15 детей в возрасте от 2-х до 14 лет после курса антибактериальной терапии по достижении клинко-лабораторной ремиссии пиелонефрита и ИМВ. Канефрон Н назначали по 25 капель или по 1 драже 3 раза в день детям школьного возраста, детям дошкольного возраста - по 15 капель 3 раза в день длительностью от 4-х до 6 недель. Контрольные анализы и наблюдение показали хорошую переносимость препарата и полную клинко-лабораторную ремиссию пиелонефрита и ИМВ у детей в течение 6 месяцев наблюдения.

**Выводы:** 1. Рациональная этиотропная терапия достоверно уменьшает активность инфекционного процесса и снижает риск развития осложнений.

2. Канефрон Н эффективен в качестве антимикробной профилактики рецидивов после лечения инфекции мочевыводящих путей в детском возрасте.

3. Канефрон Н хорошо переносится детьми, имеет высокий профиль безопасности. 4. Применение препарата Канефрон Н снижает частоту рецидивов пиелонефрита у детей.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Практические рекомендации по антибактериальной терапии инфекций мочевой системы внебольничного происхождения у детей: пособие для врачей, Минздрав РФ, М.: 2002. — 22 с.
2. Вознесенская Т.С. Фитотерапия в лечении инфекции мочевой системы у детей / Т.С. Вознесенская, Е.К. Кутафина // Журнал «Педиатрическая фармакология» - 2007. - Т. 4, №5.
3. Страчунский Л.С. Антибактериальная терапия инфекций мочевыводящих путей у детей / Л.С. Страчунский, А.Н. Шевелев // Детский доктор. — 2001. - №8. - С. 34-38.

УДК 618.11-006.2-007.61

## СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ КИСТЫ ЯИЧНИКА

**Б.М. КАЗАКБАЕВА**

Городская поликлиника №5, г. Тараз

#### Резюме

В статье приводится случай из практики - обнаружение гигантской серозной кисты правого яичника при ультразвуковом обследовании у женщины, и дальнейшее наблюдение за ней в динамике после перативного лечения в течение четырех лет.

#### Тұжырым

Бұл мақалада жас әйелдің оң жақ аналық безінен өскен үлкен серозды цистоденома анықтау және наукасты төрт жыл бойы бақылау туралы жазылған.

#### Summary

The article describes the case from practice - detection of giant serous cyst of the right ovary with ultrasound, and further observation for four years in the dynamics after surgery treatment.

Быстрое и широкое внедрение ультразвукового метода исследования в работе медицинских учреждений обеспечило резкий скачок в улучшении выявлений и дифференциальной диагностике патологии внутренних органов. Вследствие относительной простоты диагностической процедуры ультразвуковое исследование получило очень широкое распро-

странение в клинике и все чаще используется как скрининговый метод при обследовании лиц, обратившихся в лечебно-профилактическое учреждение по поводу различных причин. Именно при скрининговых обследованиях часто выявляются различные врожденные патологии или бессимптомные образования внутренних органов и т.д.

Одним из таких случаев является выявление гигантской кисты яичника, когда женщина обратилась в лечебно-профилактическое учреждение с жалобами, характерными для заболеваний желудочно-кишечного тракта.

Молодая женщина, 24-х лет, незамужняя, обратилась с жалобами на ощущение тяжести в животе, быструю насыщаемость, снижение веса, утомляемость. При обследовании в клинических анализах патологии не выявлено.

При УЗИ: вся брюшная полость занята анэхогенным однокамерным полостным образованием - кистой, верхний полюс которого на уровне нижнего края грудины, а нижний - по верхнему краю лонной кости. Органы брюшной полости оттеснены в полость грудной клетки. Стенки кисты - тонкие, ровные, толщиной до 4 мм. Содержимое неоднородное, множество мелких эхоплотных подвижных взвесей, размером 2-4 мм. На задней стенке, на уровне нижних поясничных позвонков, в полость кисты выступает тканевое эхопозитивное образование, с неровными четкими контурами и множеством мелких эхоплотных включений, размером 6,1\*5,0\* 1,5см. Передне-задний размер кисты на уровне пупка по средне-ключичным линиям составляет 10,9 см.

Печень – размеры и структура не изменены, нижний край правой доли по средне-ключичной линии расположен на уровне III межреберья. Кишечник - смещен в полости грудной клетки, почки не изменены, расположены в типичных местах. Мочевой пузырь - при поперечном сканировании четырехугольной формы, стенки не изменены, содержит около 200 мл жидкости. Матка - размером 6,6\*4,1\*3,9 см, структура не изменена, эндометрий - 1,4 мм, структура соответствует фазе цикла, правый яичник не визуализируется, левый - размером 40\*36 мм, структура не изменена.

После УЗИ женщина направлена на рентгенографию органов грудной клетки и консультацию онколога-гинеколога.

На рентгенографии органов грудной клетки купол диафрагмы справа на уровне III межреберья, слева на уровне IV межреберья. Легкие без изменений, органы средостения не смещены.

Женщина после консультации гинеколога направлена на оперативное лечение. Оперирована в онкологическом центре г. Бишкек. Удалена киста правого яичника, результат гистологии - серозная цистаденома правого яичника. При дальнейшем наблюдении за женщиной в течение 4-х лет патологии со стороны органов малого таза и брюшной полости не выявлено.

В литературе описаны случаи регистрации серозных кист диаметром 200 мм. В большинстве случаев при таких кистах гормональные нарушения бывают редко, в 30-40% случаев клинические проявления выражены незначительно или отсутствуют полностью, что является причиной позднего обращения пациентов к врачу. Из-за характерного для серозных кист торпидного течения нарастание объема таких кист идет постепенно, увеличиваясь в объеме от 2 до 8% в год.

В данном случае причиной обращения оказалось нарушение функции органов желудочно-кишечного тракта из-за сдавления кистой. Нам не удалось выяснить длительность существования кисты, т.к. женщина ранее не проходила ультразвукового обследования. Таким образом, использование УЗИ как скринингового метода оправдано.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Хачкурузов С.Г. УЗИ в гинекологии / С.Г. Хачкурузов. - Санкт-Петербург, 2003.
2. Митьков В.В. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике / В.В. Митьков. – Москва, 1996.
3. Бычков В.И. Кисты и кистомы яичников / В.И. Бычков. – Москва, 1969.
4. Биссет Р., Хан А. Дифференциальный диагноз при абдоминальном ультразвуковом исследований / Р. Биссет, А. Хан. – Витебок, 1997.

УДК 616.212/.216-001.31.5

**ТРАВМЫ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ****А. АБДОЛЛАКЫЗЫ**

Городская поликлиника №2, г. Тараз

**Резюме**

В статье приведены клиника и описание комплексного лечения во время травмы носа и околоносовых пазух.

**Тұжырым**

Мақалада мұрын және мұрын қасындағы қуыстар зақым кезіндегі клиникасы және оның жиынтық емдеу туралы сипаттама көрсетілген.

**Summary**

In article are described the clinic and methods of treatment of traumas of a nose and paranasal sinuses.

Травмы носа и околоносовых пазух относятся к наиболее частым повреждениям не только ЛОР - органов, но и других частей тела. В большей степени это обусловлено его местоположением и тем, что он выступает над поверхностью лицевого скелета. Травмы носа могут быть открытыми — с повреждением кожного покрова, или закрытыми — без повреждения кожного покрова.

Закрытые травмы чаще всего встречаются в виде ушибов, кровоподтеков в мягких тканях, ссадин. Однако при большей силе удара возникают переломы костей носа со смещением или без смещения, переломы стенок околоносовых пазух, орбиты, скуловой кости, клеток решетчатого лабиринта и др.

Открытые переломы могут быть проникающими или непроникающими в полость носа, что определяется при зондировании раны. Наиболее частая причина проникающих ранений — травма носа остроконечными предметами. При этом возникают повреждения слизистой оболочки с последующими носовыми кровотечениями, инфицированием полости носа и околоносовых пазух, образованием гематом перегородки носа с последующим абсцедированием. Направление проникающего предмета к верхней стенке полости носа может вызывать повреждение ситовидной пластинки, сопровождающееся выделением спинномозговой жидкости, что опасно для жизни [1].

В настоящее время в клинической практике используется следующая классификация деформаций наружного носа:

- Риносколиоз — боковое смещение носа;
- Ринокифоз — деформация носа с образованием горба;
- Ринолордоз — западение спинки носа (седловидный нос);
- Платириния — приплюснутый нос;
- брахирина — чрезмерно широкий нос;
- Лепториния — чрезмерно узкий (тонкий) нос;
- Моллериния — мягкий, податливый (лишенный опоры) наружный нос.

Травмы области проекции лобных пазух приводят к перелому ее передней стенки, что выражено косметическим дефектом, западением в этой области. Может сопровождаться нарушением проходимости лобно-носового соустья. Задняя стенка лобной пазухи повреждается редко.

Повреждение решетчатой кости, как правило, сопровождается разрывом выстилающей слизистой оболочки и появлением подкожной эмфиземы на лице в виде припухлости и крепитации, кости, как правило, сопровождаются разрывом выстилающей слизистой оболочки и появлением подкожной эмфиземы на лице в виде припухлости и крепитации, которые могут распространяться к области лба и шеи. Повреждение передней решетчатой артерии может сопровождаться опасным кровотечением в ткани глазницы.

Переломы в области передней стенки верхнечелюстной пазухи могут быть выражены западением и деформацией в этой области и сочетаться с повреждением орбитальной стенки, глазного яблока, скуловой кости и решетчатого лабиринта.

Перелом клиновидной кости, по существу — это перелом основания черепа, встречается редко и может сопровождаться повреждением зрительного нерва и стенки внутренней сонной артерии со смертельным кровотечением или образованием посттравматической кавернозно-каротидной аневризмы, требующей вмешательства нейрохирурга.

Травма лицевого скелета часто сопровождается кровоизлиянием в область век и вокруг глазницы — «симптом очков». Однако, этот симптом может быть также признаком перелома основания черепа, травмы кавернозного синуса. Для уточнения диагноза в этом случае необходимо произвести люмбальную пункцию. При переломе основания черепа характерно наличие крови в ликворе. Перелом основания черепа проявляется нарушением сознания, оглушенностью, судорогами и др.

О переломе ситовидной пластины с разрывом твердой мозговой оболочки свидетельствует назальная ликворея, заметная при наклонах головы вперед. Сопутствующая носовая геморрагия может затруднить диагностику истечения ликвора. В первые сутки характерен симптом «двойного пятна», проявляющийся наличием наружного светлого кольца вокруг пятна крови. После прекращения носового кровотечения выделения из носа при назальной ликворе становятся светлыми. При лабораторном исследовании обнаружение сахара в выделениях из носа подтверждает наличие ликвореи.

При осмотре и пальпации определяется болезненная отечная припухлость тканей в области травмы. Внешняя деформация наружного носа со смещением в боковую сторону или вдавливанием указывают на перелом носовых костей. В таких случаях при пальпации определяются костные выступы на спинке и скатах носа, патологическая подвижность костей, крепитация костных отломков. Наличие подкожной эмфиземы и крепитации свидетельствует о переломе решетчатой кости с разрывом слизистой оболочки.

Инструментальные методы исследования — рентгенография лицевого скелета, КТ, МРТ дают

ценные сведения о характере и распространенности травматических повреждений лицевого скелета и околоносовых пазух.

Лечение зависит от характера и глубины травмы, тяжести общих и неврологических повреждений костных структур лицевого скелета, в данном случае производят первичную хирургическую обработку и остановку кровотечения. Необходимо стремиться к максимальному сохранению тканей и удалять лишь нежизнеспособные. Благодаря обильному кровоснабжению лица заживление раны происходит хорошо. Первичный шов на лице можно накладывать в течение суток после травмы. При необходимости проводят переднюю петлевую, а иногда и заднюю тампонаду носа. Обязательно вводят противостолбнячную сыворотку по схеме [2].

При наличии переломов со смещением костных отломков и внешних косметических дефектов основной метод лечения — репозиция (вправление) костей носа и стенок околоносовых пазух с последующей внутренней, реже внешней, фиксацией отломков костных структур. Оптимальным считается репозиция в первые сутки после травмы, но ее можно проводить в срок до 3 недель после перенесенной травмы. Если диагностируется сотрясение головного мозга 1-2 степени (головная боль, тошнота, рвота, слабость, неврологические симптомы), вправление костей носа откладывают на более поздний срок — через 5-6 суток.

Травмы носа, сопровождающиеся его стойким дефектом и деформацией, требуют хирургической коррекции. Учитывая, что деформация наружного носа нередко сочетается с искривлением перегородки носа, нарушающей носовое дыхание, признанной считается риносептопластика — устранение косметического дефекта наружного носа.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Пальчун В.Т. ЛОР болезни / В.Т. Пальчун, Л.А. Лучихин.
2. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии / И.Б. Солдатов.

УДК 616.71/.72-007.248:615.83/.84

## МАГНИТОСВЕТОЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗАМИ

**Ж.К. ШИНЫБАЕВА**

Городская поликлиника №5, г.Тараз

### Резюме

В данной статье анализируется эффективность применения магнитосветолазерной терапии в лечении больных с остеоартрозом в сравнении с больными из контрольной группы, не получавшей данный метод лечения.

### Тұжырым

Бұл мақалада бақылау тобындағы науқастармен салыстырғанда остеоартрозбен ауыратын науқастардың емінде магнитосветолазерлік терапияның пайдаланудың тиімділігі талданылады.

### Summary

This article examines the effectiveness of magnetlightlaser therapy in patient's treatment with osteoarthritis compared with patients in the control group, not receiving this treatment.

Лазерная терапия относится к одной из наиболее быстро развивающихся отраслей медицины. Для терапевтических целей в основном используют низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) с длиной волн 0,632 мкм и 0,830-0,888 мкм (красной и инфракрасной оптической области спектра электромагнитных волн). НИЛИ обеспечивает широкий спектр эффектов: антигипоксический, вазодилатационный, улучшение микроциркуляции и реологических свойств крови, стимуляция обменных процессов, факторов неспецифической защиты и гуморального иммунитета, благодаря чему применяется в лечении воспалительных и дегенеративно-дистрофических поражений опорно-двигательной системы, а также заболеваний, связанных с нарушением кровообращения и иннервации [1,5]. В литературе описаны различные методики использования НИЛИ для лечения больных с указанными заболеваниями [1,2,4], однако они не всегда являются оптимальными, что связано с применением лазерного излучения недостаточной интенсивности, не позволяющей создать достаточную энергетическую дозировку фактора в глубине тканей и обеспечить эффективное обезболивание, усиление трофики и оксигенации. На современном этапе развития лазеротерапии эти проблемы решаются путем использования лазерного излучения повышенной интенсивности (до 500 мВт) в сочетании с магнитными полями, что позволяет повысить глубину проникновения физических факторов [3].

Для оценки эффективности этого метода физиотерапии проведено исследование терапевтической эффективности магнитосветолазерной терапии у больных: с заболеваниями суставов, преимущественно остеоартроз тазобедренных суставов - 16 пациентов. Параллельно была взята под наблюдение контрольная группа, не получавшая курс физиотерапии - 10 человек. В обеих группах пациенты получали медикаментозное лечение. Параметры воздействия выбирались с учетом этиологии, патогенеза и клинической картины заболевания.

При остеоартрозе воздействие осуществлялось на болезненные точки в области суставов, проекции суставной щели, мышечных и сухожильных уплотнений, на сегментарные паравертебральные точки инфракрасным лазерным излучением с мощностью 200-500 мВт в модулированном режиме с частотой 20-50 Гц в сочетании с постоянным магнитным полем напряженностью 10 мТл и переменным магнитным полем напряженностью 1 мТл частотой 20-50 Гц, в течение 1-2 минут на каждую зону. Курс лечения составлял 8-10 процедур.

Клинически эффективность лечения больных остеоартрозом оценивалась по купированию болевого синдрома, болезненности при давлении (баллы), продолжительности утренней скованности (мин). Кроме того, производились общие и биохимические анализы крови.

У больных с диагнозом «остеоартроз тазобедренных суставов» общеклиническая картина до

лечения характеризовалась наличием выраженных болей, особенно после нагрузки, утренней скованностью, деформацией суставов, ограничением объема движений в суставах.

Курсовое лечение методом магнитолазерной терапии больных с остеоартрозом оказало значительное анальгезирующее действие уже на 2-3 день, в эти же сроки все больные отмечали увеличение объема движений в суставах на 30-35 градусов, также уменьшилась утренняя скованность у 78% больных. По окончании курса комплексной терапии больных остеоартрозом отмечено достоверное снижение болевого синдрома и продолжительности утренней скованности в обеих группах, более выраженное у больных получавших магнитосветолазерную терапию. В целом, в группе пациентов с остеоартрозом на фоне лечения значительное улучшение получено у 78% больных, улучшение — у 17%, без улучшения — 5% больных.

Для контрольной группы показатели составили 64%, 26% и 10% соответственно. Необходимо отметить, что все пациенты хорошо переносили магнитосветолазерную терапию и отмечали также общие положительные эффекты ее применения: уменьшение частоты и выраженности головных болей, улучшение общего самочувствия.

Таким образом, результаты исследований дают основание считать метод комбинированной на-

ружной магнитосветолазеротерапии, основанной на применении лазерного излучения повышенной интенсивности, светодиодов, постоянного и переменного магнитных - эффективным методом консервативной терапии заболеваний суставов: практически у всех больных получены положительные результаты, лечение протекало без осложнений, что свидетельствует о хорошей переносимости фактора и правильном выборе параметров воздействия.

Показано, что методы комбинированной магнитосветотерапии способствуют более быстрому купированию болевого и воспалительного синдромов по сравнению с другими применяемыми методами физиотерапии, что позволяет рекомендовать этот метод физиотерапии для лечения заболеваний, протекающих с нарушением трофики и микроциркуляции.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Илларионов В.Е. Техника и методика процедур лазерной терапии / В.Е. Илларионов.- М.: 1994.
2. Лосев Р.З. Гелий-неоновый лазер в лечении больных облитерирующими заболеваниями аорты и периферических артерий / Лосев Р.З., Царев О.А. — Саратов, 1998.
3. Материалы Международной конференции «Лазерно-оптические технологии в биологии и медицине» / В.Ю. Плавский [и др.]. // Минск. - 2004. - С. 62-73.
4. Антиоксиданты и лазерное излучение в терапии ран и трофических язв / П.И. Толстых [и др.]. — М.: 2002.

УДК 616.831-001-053.2-08

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

**Г.М. КУМАРГАЛИЕВА**

Городская поликлиника №4, г. Тараз

### Резюме

В статье дана информация о восстановительном лечении детей с черепно-мозговой травмой.

### Тұжырым

Мәтінде бас сүйек-ми жаракаты бар балалардың қалпына келтіргіш емдеуі туралы мәлімет берілген.

### Summary

The article provides information about concerning medical rehabilitation of children with traumatic brain injury.

Успехи медицинской и социальной реабилитации детей, перенесших черепно-мозговую травму (ЧМТ), во многом зависят от правильного лечения. Лечение детей с ЧМТ не может быть ограничено лишь пребыванием в стационаре в остром периоде болезни. За это короткое время выздоровление не наступает, может иметь место лишь нестойкая компенсация нарушенных функций.

Дети, перенесшие ЧМТ любой степени тяжести - после выписки из стационара должны направляться под наблюдение невропатолога. Больным с сотрясением головного мозга после лечения в стационаре рекомендуется 2-недельный щадящий режим, применение седативных средств, витаминотерапия детям, имеющим в анамнезе указания на гипертензионно-гидроцефальный.

Синдром назначается дегидратация в течение 1 месяца с момента травмы. Через 2 недели (а при плохом самочувствии еще раньше) ребенок осматривается невропатологом, которым и решается вопрос о возможности возвращения его в детский коллектив (ясли, детский сад, школа). Рекомендуется освобождать детей от занятий физкультурой в школе и секциях на срок не менее чем 6 месяцев со дня травмы.

Через 3 месяца после травмы рекомендуется проводить офтальмологическое обследование ребенка для выявления возможных сосудистых гипертензионных изменений на глазном дне.

Диспансерное наблюдение за больным в дальнейшем обязательно, но длительность его для каждого ребенка определяется индивидуально. При благоприятном течении болезни дети подлежат снятию с учета не менее чем через 2 года от

момента травмы.

После ушибов и сдавлений головного мозга больные должны находиться на домашнем режиме не менее 1 месяца и продолжать восстановительное лечение по месту жительства. Лечение должно быть комплексным и включать в себя, помимо седативной терапии, применение десенсибилизирующих средств и витаминов, рассасывающую и стимулирующую терапию, а также лечебную физкультуру и физиотерапию.

Невропатологом в каждом конкретном случае решается вопрос о возможности продолжения обучения в массовой школе и в какой форме (обучение в школе по обычной программе с дополнительным выходным днем еженедельно, посещение только основных предметов и т.д.). При наличии у ребенка выраженных двигательных и интеллектуальных расстройств рекомендуется домашнее обучение или временный перерыв в обучении. При наличии 11 речевых острых нарушений (афазий) необходимы занятия с педагогом - логопедом.

Для оценки состояния здоровья детей, перенесших ЧМТ, необходимо проводить их комплексное обследование, так как на основании клинических данных не всегда можно судить о последствиях.

Наряду с данными неврологического осмотра проб, проводятся обследования окулистом, краниография. При наличии упорных жалоб на головную боль осуществляется реоэнцефалографическое обследование ребенка для выявления сосудистого тонуса и проведения соответствующей лечебной коррекции. При появлении приступов

потери сознания обязательным является электроэнцефалографическое исследование. При подозрении на посттравматическое внутричерепное объемное образование (хр. гематома, киста) показано проведение эхопневмоэнцефалографии, ангиографии и, при возможности, компьютерной томографии как максимально информативного диагностического метода.

Психическое состояние ребенка оценивается на основании наблюдения за ним, бесед, подробных анамнестических сведений и данных психологического исследования, которое помогает выявить различные психопатологические симптомы и определить сохранность отдельных сфер психики. Последнее обстоятельство имеет существенное значение при разработке плана реабилитационных мероприятий.

В восстановительном периоде лечение проводится систематически и планомерно соответственно основному психоневрологическому синдрому.

Синдром травматической церебростении встречается наиболее часто. Его клиническое проявление возможно как в остром периоде травмы, так и спустя несколько месяцев при дополнительных нагрузках. Постоянная жалоба детей на головную боль, которая по частоте локализации и характеру проявления может быть различной. Нередко наблюдаются головокружения системного и несистемного характера.

Для травматической церебростении характерно снижение психического тонуса в виде ослабления внимания, замедления мышления, затруднений в усвоении нового материала, снижения способности к переключению и длительному сосредоточению.

Неврологически у детей с травматической церебростенией выявляется диффузная полушарно-стволовая микросимптоматика при отсутствии патологических посттравматических изменений на глазном дне и краниограмме.

Травматический гипертензионно — гидроцефальный синдром и церебральный травматический арахноидит. Травматическая внутричерепная гипертензия возникает непосредственно в остром периоде травмы и при отсутствии целенаправленного лечения может прогрессировать. Гипертензионно- гидроцефальный синдром тяжелее протекает у детей, перенесших травму в раннем детстве, и является следствием либо гиперпродукции ликвора, либо снижения его резорбции.

Основная жалоба у подавляющего большинства больных на головную боль, которая по сво-

ему характеру является гипертензионной, возникает чаще в утренние часы после сна. В основе приступа головной боли лежит нарушение гемодинамики, приводящее к повышению внутричерепного давления. Продолжительность приступа боли — от нескольких часов до 1-2 суток. Нередко у больных бывают головокружения.

В неврологическом статусе у детей этой группы отмечается постоянная и четкая полушарностоволовая, симптоматика в виде недостаточности черепно-мозговой иннервации и патологии в рефлекторной сфере. На глазном дне и краниограмме обнаруживаются признаки внутричерепной гипертензии.

При травматическом гипертензионно-гидроцефальном синдроме и арахноидите назначаются дегидративная терапия, биостимулирующие и рассасывающие препараты, седативные средства, массаж, лечебная физкультура, физиотерапия, лечение необходимо проводить курсами не менее 2 раз в год в течение 1-2 месяцев.

Травматическая эпилепсия и эпилептиформный синдром. Травматическая эпилепсия возникает в подавляющем большинстве случаев после тяжелой ЧМТ с очаговым повреждением вещества головного мозга и чаще всего в первые 2 года после травмы. При травме легкой степени диагноз травматической эпилепсии сомнителен, скорее всего, можно думать об эпилептиформной пароксизмах, возникающих на резидуально-органическом фоне, имевшемся у ребенка до травмы. Припадки эпилептического характера могут быть генерализованными или парциальными, при злокачественном течении заболевания появляются изменения личности, сходные с изменениями при генуинной эпилепсии.

Для детей этой группы также характерны церебростенические и гемодинамические расстройства, поэтому наряду с антиконвульсивной терапией (соответствующей характеру пароксизмов) проводится дегидратационная, рассасывающая и общеукрепляющая. Показано также физиотерапевтическое лечение в виде ЭЛФ йода, глутаминовой кислоты по методике Бургиньона, назального ЭЛФ седуксена, ЭЛФ кальция на воротниковую зону.

Лечение должно проводиться под контролем электроэнцефалографии. Неврозоподобные расстройства после перенесенной ЧМТ встречается у детей различного возраста.

Доминирующими при этих расстройствах является нарушения сна, аффективная патология,

тикоидные гиперкинезы, энурез, истерические реакции, страхи.

Положительный лечебный эффект достигается благодаря целенаправленной комплексной терапии, соблюдению правильного режима дня, который обеспечивает условия для укрепления общего состояния, повышения неспецифических защитных сил, стабилизации состояния компенсации и психического восстановления.

На курортное лечение могут быть направлены больные с травматической церебрастенией, вегетативно-сосудистым, гипоталамическим синдромом без резко выраженной ликворной гипертензии.

**Выводы.** Все вышеизложенное свидетельствует о том, что, несмотря на высокую частоту ЧМТ у детей, это заболевание требует внимательного анализа и дальнейшего рассмотрения. Восстановительное лечение детей с ЧМТ является серьезной проблемой, в связи с осложнениями, ведущими к изменениям, влияющих на двигательную активность ребенка, поведение и интеллектуально-мнестическому расстройству и т.д., влияющие

на профессиональный и социальный прогноз ребенка.

Большое значение в связи с этим приобретают знания о фармакологических свойствах препарата «Танакан». Он действует на процессы обмена веществ в клетках, реологических свойствах крови и микроциркуляции, улучшает мозговое кровообращение и снабжает мозг кислородом и глюкозой, оказывает антигипоксическое действие на ткани. Достигается терапевтический результат при назначении танакана; наблюдаются улучшение самочувствия, настроения, проходят головная боль и утомляемость.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бадалян Л.О. Детская неврология / Л.О. Бадалян. – 2002.
2. Лебедев Б.В. Неврология раннего детского возраста / Б.В. Лебедев. – 2003.
3. Щанько Г.Г. Неврология детского возраста / Г.Г. Щанько. – 2000.
4. Диагностика и лечение заболеваний нервной системы у детей. Справочное пособие // 2010.

УДК 616.12-008.48-053.2

**БАЛАЛАРДА КЕЗДЕСЕТІН КӨГЕРУЛЕР (ЦИАНОЗДАР)****Г. ИБРАЕВА**

Қызылорда облыстық кеңес беру диагностикалық орталығы, Қызылорда қаласы

**Резюме**

В статье рассказывается о цианозах, встречающихся у детей.

**Тұжырым**

Мақалада балаларда кездесетін көгерулер туралы айтылған.

**Summary**

This article tells about cyanosis occurring in children.

Балалар денесінде көгеру белгілері пайда болған кезде оның алғашқы көріну кезеңіне, қарқындылығы мен түсіне мән беру керек. Қай жерде пайда болды, периоральді (ауыз айналасы), периферияда (аяқ-қол басы) тотальді (барлық денесінде) ма, физикалық жүктеме (күшену, жылау, айғайлау, дефекация ) кезінде көгеру белгілерінің күшеюі байқалды ма, таза ауамен дем алған кезде көгеру белгілері азайды ма соған да көңіл бөлу қажет.

Транзиторлы көгеру бала өмірінің 2-4 аптасында яғни, 1 айға дейін кездесетін түрі. Негізгі себебі орталық нерв жүйесінің патологиялары, көбіне перинатальді энцефалопатия фонындағы, нәрестенің шала туылуы кезінде қантамырлар тонусының дисрегуляциясы мен альвеолярлы вентиляцияның төмен болуымен байланысты. Кейде транзиторлы көгерулер ашық сопақша терезе мен ашық артериалды өзектің жабылмауына байланысты вено-артериалды қанның араласып денеге таралуына байланысты болады.

Ерте көгеру туа біткен жүрек ақауы кезінде (Фалло тетрадасы, үлкен септалды мүкістіктер) баланың 6-12 айлығында көріне бастайды. Бұл кезде тұрақты түрдегі көгерулер жалғыз қарын-

ша, өкпе артерия қақпақшасының окшауланған стенозы кезінде кездеседі. Қара-көк түсті көгерулер үлкен қан тамырларының толық транспозиция кезінде болады.

Кеш көгерулер баланың 6-12 жас аралығында көрінетін кезеңі. Негізгі себебі кіші қан айналым жүйесінің ақауына байланысты болып келеді. Оны көбіне жүре пайда болған жүрек ақауларынан көруге болады. Бұл кездегі көгерулер уақыт өте келе күшейеді, көбіне ауыз айналасында байқалады. Басында физикалық жүктеме кезінде пайда болып келе —келе тыныштық күйде де көрінеді. Көгерулер оттегімен дем алған кезде азайып баланың жағдайы жақсара бастайды. Сонымен қатар екінші себебіне туа біткен жүрек ақауларының фонында дамыған өкпе артериясының гипертензиясына байланысты болады, яғни созылмалы жүрек қан-тамырлар жетіспеушілігінің дамуына байланысты дамиды. Баладан ауыз айналасы көгерумен қатар бет ұшында көкшіл түсті «румянанын» пайда болуын, құлақ ұшының көгеруін көруге болады.

Алғаш анықтағаннан кейін дереу дәрігерге көрініп, негізгі себебін анықтағаннан кейін қажетті көлемде емдеуді алуды қажет етеді.

УДК 616.831-005.1/.4

**ИНСУЛЬТ****Р. БИСЕНБАЕВА**

Кызылординский медицинский центр, г. Кызылорда

**Резюме**

В статье подробно описаны виды инсульта, характеристика и течение данного заболевания.

**Тұжырым**

Мәтінде ми қан айналымының бұзылуының түрлері, мінездемесі және аурудың ағымы нақты сипатталған.

**Summary**

The article describes in detail a stroke types, characteristics and course of the disease.

Инсульт – это заболевание головного мозга, обусловленное закупоркой (ишемия) или разрывом (кровоизлияние - геморрагия) того или иного сосуда, питающего часть мозга, или же кровоизлиянием в оболочки мозга. Различают, таким образом, два вида инсульта: инсульт по геморрагическому типу (разрыв сосуда и кровоизлияние) и инсульт по ишемическому типу (закупорка сосуда). Чаще всего как геморрагический инсульт, так и ишемический инсульт, развиваются на фоне гипертонической болезни, болезни сердца (мерцательная аритмия, пороки, пароксизмальная тахикардия), сердечной недостаточности, церебрального атеросклероза.

При ишемическом инсульте причиной закупорки чаще всего становятся кусочки, отрывающиеся от атеросклеротических бляшек в крупных сосудах шеи или тромботических наложений на клапанах сердца; тромбы, образующиеся на крупных бляшках в местах сужения сосудов, спазмы сосудов в течение длительного времени также становятся причиной ишемического инсульта.

Инсульт геморрагический отличается от ишемического инсульта тем, что разрыв сосуда происходит при высоком артериальном давлении, так как стенка артерии при атеросклерозе неравномерно истончена. При таком инсульте кровь под высоким давлением раздвигает ткани мозга и заполняет образовавшуюся полость, так возникает кровяная опухоль, или внутримозговая гематома. Или же при геморрагическом инсульте кровоизлияние происходит при разрыве мешотчатого образования на стенке сосуда, которое называется аневризмой, такое кровоизлияние

чаще бывает в оболочке мозга и называется субарахноидальным (САК). Возникает такое кровоизлияние чаще до 40 лет. Внезапно возникает ощущение удара в голову (иногда его сравнивают с ударом кинжала в голову), сильнейшая головная боль (при этом человек кричит от боли и далее теряет сознание), могут быть судороги, но сознание, как правило, восстанавливается. Больной сонлив, заторможен, стонет от боли, держится руками за голову, учащается рвота, тошнота. Но в отличие от инсульта с кровоизлиянием и с образованием мозговой гематомы, у такого пациента нет параличей. Однако ишемический инсульт более коварен, чем геморрагический инсульт, подчас признаки ишемического инсульта нечетки, нарастают постепенно или «мерцают». При геморрагическом инсульте в полушарии головного мозга с образованием внутримозговой гематомы - проявления бурные: на фоне гипертонического криза возникает или значительно усиливается головная боль, часто в одной половине головы, затем больной теряет сознание, лицо становится сизым или красным, дыхание хриплое, часто бывает многократная рвота. Через некоторое время при таком инсульте может развиваться судорожный припадок с преобладанием судорог на одной половине тела, зрачок на стороне инсульта расширяется. Если больной приходит в сознание, то у него оказываются парализованными конечности, если справа - отмечают нарушения речи (см. афазия), если слева, то у больного имеются выраженные психические отклонения (не знает сколько ему лет, где находится, не узнает близких, считает себя полностью здоровым и т.п.). При таком ишемическом инсульте

те всегда наблюдается ригидность мышц затылка: невозможно пригнуть голову спереди так, чтобы подбородок коснулся груди (из-за выраженного напряжения мышц шеи) и ригидность мышц ног: невозможно поднять прямую ногу за пятку (также из-за выраженного напряжения мышц ноги) - признаки раздражения кровью мозговых оболочек, так называемый менингеальный синдром. При геморрагическом инсульте в стволе мозга больные не живут более 2 суток и погибают, не приходя в сознание. При субарахноидальном кровоизлиянии из аневризмы инсульт чаще случается после физической нагрузки: подъем тяжести, попытка сломать палку через колено, нервный стресс, сопровождающийся кратковременным подъемом артериального давления. Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК) наиболее коварны. В зависимости от стороны и места поражения мозга возникает слабость в руке, или руке и ноге на одной стороне, часто сопровождающаяся расстройствами речи - «каша во рту», или «словесная окрошка» (см. афазия), иногда развивается слепота на половине поля зрения или полная. Эти явления исчезают через несколько минут или реже часов, но в течение суток могут повторяться неоднократно. Приехавший на вызов врач скорой помощи может увидеть уже «здорового человека», хотя 10-15 минут назад больной не мог ни слова сказать, ни рукой пошевелить. В это время и родственники успокоились и доктор не особо волнуется, больной остается дома, а на утро просыпается с тотальной афазией и наполовину парализованным. Наличие ПНМК - 100 % показание для госпитализации по скорой помощи, так как преходящее нарушение мозгового кровооб-

ращения - это не свершившийся инсульт, но инсульт, который рано или поздно произойдет, и необходимо воспользоваться данным сигналом, чтобы устранить причины инсульта.

Распознавание острого нарушения мозгового кровообращения несложно, когда имеются грубые параличи, расстройства сознания и речи, труднее с преходящими нарушениями, но тактика должна быть одна - госпитализация по скорой помощи, если больной не очень пожилого возраста и не в коме.

**Первая помощь при инсульте.** Прежде всего, больного необходимо удобно уложить на кровать и расстегнуть затрудняющую дыхание одежду, дать достаточный приток свежего воздуха. Удалить изо рта протезы, рвотные массы. Голова, плечи должны лежать на подушке, чтобы не было сгибания шеи и ухудшения кровотока по позвоночным артериям. При развитии инсульта самыми дорогими являются первые минуты и часы заболевания, именно в это время медицинская помощь может быть наиболее эффективной.

Больной при инсульте транспортабелен всегда лежа, только если это не кома 3 стадии. Больные редко погибают непосредственно от инсульта, к инсульту чаще всего присоединяются пневмония и пролежни, что требует постоянного ухода, переворачивания со стороны на сторону, смены мокрого белья, кормления, очищения кишечника, вибромассажа грудной клетки.

Лечение инсульта включает в себя проведение курса сосудистой терапии, использование препаратов, улучшающих мозговой обмен, кислородотерапию, восстановительное лечение или реабилитацию (лечебная физкультура, физиолечение, массаж).

УДК 616-001.4:599.733.1

## ВЕРБЛЮДЫ НАПАДАЮТ НА ЛЮДЕЙ: СЛУЧАЙНОСТЬ ИЛИ ЗАКОНОМЕРНОСТЬ?

**А.Т. МУСТАФАЕВ**Кызылординский филиал РГКП «Центр судебной медицины» МЗ РК,  
Аральский район, Кызылординская область

### Резюме

В статье рассказывается о повреждениях, наносимые верблюдами.

### Тұжырым

Мәтінде түйелердің кесірінен келтірілген жарақаттанулар туралы айтылады.

### Summary

Article publishes information about the damage inflicted by camels.

Верблюд – это представитель группы парнокопытных, одомашненные виды которых представлены двумя видами: одногорбым или дромедаром, и двухгорбым или бактрианом, из которых 90% составляют дромедары. Верблюды используются как вьючное животное, но в настоящее время применение верблюдов в качестве транспорта незначительное. В основном верблюд используется для получения мяса, молока, высококачественной шерсти. Аральский район Кызылординской области площадью 57 тыс. квадратных километров является самым крупным районом Республики Казахстан по территории. Основным занятием населения района является животноводство, в структуре которого немаловажное значение играет верблюдоводство. В данное время поголовье верблюдов составляет около 7,5 тысяч голов. Основная масса верблюдов находится на отгонных пастбищах, находясь под наблюдением человека периодически. При скудности травяного покрова и естественных кормовых запасов района, в поисках пищи верблюды проходят большие расстояния и имеют склонность к миграции на участки с лучшим травостоем и водопоем.

Период размножения верблюдов обычно приходится на период с декабря по март. Способность к размножению у самцов развивается к 5-летнему возрасту. В период гона в борьбе за обладание самкой самцы устраивают между собой жестокие драки. Но самцы в период гона проявляют агрессивность не только по отношению к

другим самцам, но и немотивированно нападают на других животных, а так же на людей. В этот период рекомендуется быть очень осторожным при обращении с верблюдами-самцами, не бить их и не раздражать. Да и в другое время не рекомендуется их бить, так как верблюд-самец является животным злопамятным, и в период гона может вспомнить обиду, нанесенную ему, и напасть на обидчика. В период гона у верблюдов-самцов слюнные железы в углах рта увеличиваются и преобретают красный цвет, изо рта идет обильная пена. Обладая массивным туловищем, сильными челюстями, крупными и острыми зубами, верблюд наносит обширные и тяжелые повреждения. Свою жертву верблюд обычно кусает и бьет головой и, свалив его, топчет ногами, ложится на него и давит грудью.

В моей практике зарегистрировано 8 случаев нападения верблюдов на человека со смертельным исходом. Нас, как судмедэкспертов интересуют неочевидные случаи вышеуказанной смерти. Из 8 случаев смерти человека от травм, нанесенными верблюдами - 4 случая являются неочевидными, т.е. тела их были обнаружены в степи и обстоятельства получения травм были изначально неизвестны.

В феврале 1987 года был обнаружен труп несовершеннолетнего К., 14 лет, жителя поселка Бугунь, с обширной скальпированной раной волосистой части головы со следами крупных зубов на апоневрозе черепа, укушенная рана левой щеки. При внутреннем исследовании были вы-

явлены множественные не прямые переломы ребер с обеих сторон по двум-трем анатомическим линиям с разрывом внутренних органов. В январе 1995 года в степи был обнаружен труп гр-на С., 42 лет, жителя с. Каракум. При экспертизе трупа имелась обширная укушенная рана верхней трети правого плеча с размождением мягких тканей и оголением сумки плечевого сустава, множественные не прямые переломы ребер с обеих сторон по двум-трем анатомическим линиям, разрывы легких, печени.

27 февраля 2004 года в степи был обнаружен труп гр-на Е., 24 лет, жителя села Шижага. При судмедэкспертизе трупа на его одежде имелись следы пены, имелась обширная укушенная рана правой голени с размождением и разрывом мягких тканей и раздробленным переломом малоберцовой кости, укушенная рана правой кисти со стороны 5-го пальца с переломами и отрывом 4,5 пястных костей. При внутреннем исследовании обнаружены множественные не прямые переломы ребер с обеих сторон по двум-трем анатомическим линиям с разрывом легких, печени и паренхиматозными кровоизлияниями этих органов. При расследовании факта смерти выяснено, что за день до этого гр-н Е. выехал на отгонный участок на своем верблюде-самце, который был возбужден и агрессивен, плохо слушался хозяина. Механизм получения травмы примерно таков: верблюд зубами стащил хозяина, сидящего на нем верхом, а потом, свалив его на землю, задавил грудью.

3 декабря 2010 года на окраине поселка Саксаульск, на улице был обнаружен труп гр-на К., 32 лет, жителя этого поселка. При судмедэкспертизе трупа на его одежде были обнаружены следы пены, имелись множественные укушенные раны обеих ног с уровня коленных суставов до стоп. При внутреннем исследовании обнаружены множественные не прямые переломы ребер с

обеих сторон по двум-трем анатомическим линиям с разрывом легких и размождением печени. При расследовании факта смерти выяснено, что гр-н К. утром примерно в 8 часов утра вышел на работу, и на улице увидел, что верблюд напал на ученика 3 класса школы, находящейся на окраине поселка. Защищая ребенка, гр-н К. сам подвергся нападению верблюда и получил смертельную травму. Механизм получения травмы примерно таков: свалив гр-на К. ударом головы или корпуса, верблюд начал кусать отбивавшегося ногами потерпевшего, а потом раздавил его грудью. Школьник с укушенными ранами обеих голеностопных суставов и правой стопы был доставлен в районную больницу. Было установлено, что на них напал верблюд — самец, забредший на территорию поселка, хозяином которого является житель станции Чок-су Чалкарского района Актюбинской области. Во всех этих 4 случаях верблюды были выслежены и застрелены.

**Выводы.** Считаю, что найденные при судмедэкспертизе трупа - крупнодисперсная пена на одежде, обширные укушенные раны (преимущественно на руках, ногах, голове) с обширными повреждениями и размятием мягких тканей, раздробленными переломами мелких костей, множественными прямыми и непрямыми переломами ребер с обеих сторон по двум-трем анатомическим линиям, с разрывами легких, печени, которые получены прижизненно, следует считать характерными для повреждений, нанесенными верблюдами. Обнаружение трупов людей, погибших при невыясненных обстоятельствах и наличие вышеуказанных судебно-медицинских данных в совокупности с данными оперативно-следственных мероприятий (обнаружение следов верблюдов возле трупа, данные опроса населения) играют решающую роль для выяснения обстоятельств смерти людей, погибших в результате нападения верблюдов.

УДК 613.8:614.86

## АЛКОГОЛЬ – ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНОГО ПРОИСШЕСТВИЯ

**А.Б. ИСМАИЛОВ**

Жамбылский областной наркологический диспансер, г. Тараз

### Резюме

Алкоголь воздействует на ЦНС, нарушает поведенческие и познавательные функции, часто приводит к возникновению аварий на дорогах, в быту и на производстве.

### Тұжырым

Алкоголь орталық жүйке жүйесіне, тәртіп және танымдылық қасиеттеріне әсер етіп, авто жолдағы, тұрмыста және өндірістегі апат жағдайларға әкеліп соқтырады.

### Summary

Alcohol affects on the central nervous system and especially disturbing behavioral and cognitive functions, often leads to an accident on the road at home and work.

Преступлением признается совершенное, общественно опасное деяние (действие или бездействие), запрещенное настоящим Кодексом под угрозой наказания. Глубокие и всесторонние исследования причин различных правонарушений, учеными—криминалистами и социологами, показывают, что преступления до 96 % совершались в основном в состоянии алкогольного опьянения. В данной статье рассматривается какую существенную роль в социально-экономическом ущербе от пьянства играют потери в связи с дорожно-транспортными происшествиями, являющиеся серьезной проблемой в большинстве стран мира, в которых из года в год растет поток автомобильного транспорта. Среди факторов риска и условий возникновения дорожно-транспортного происшествия ведущая роль отводится к приему того или иного количества алкоголя. Злоупотребляющие спиртными напитками попадают в аварии в 10-15 раз чаще. Причиной гибели в дорожно-транспортных происшествиях до 50% случаев является алкоголь (Maуer M., 1983.). По данным Национального института по изучению алкоголизма, в США каждая вторая катастрофа, повлекшая за собой летальный исход, и каждая третья — тяжелые увечья, приводящей к стойкой инвалидизации - связана с употреблением алкоголя.

Риск возникновения дорожно-транспортных происшествий прямо связан с концентрацией алкоголя в крови водителя. Вероятность летальных

исходов при авариях возрастает в 3-15 раз при превышении концентрации алкоголя в крови 0,10 % (Cameron T., 1977). Отечественные авторы также обнаруживают высокую частоту алкогольного опьянения, как у пострадавших, так и у виновных в автодорожных происшествиях. Так, алкоголь обнаружен в крови у 40,6 % погибших. Более чем в 30% случаев причиной дорожно-транспортных происшествий является алкогольная интоксикация водителей и в 15,9% случаев - опьянение пешеходов. Характерно, что наиболее тяжелые аварии совершают водители с остаточными признаками острой алкогольной интоксикации (автолюбители, в частности, лица занимающиеся частным извозом). Опьянение алкогольное (острая алкогольная интоксикация) - симптомокомплекс психических, соматических и неврологических расстройств, вызванные воздействием алкоголя на организм. По глубине опьянения различают легкую, среднюю и тяжелую степень опьянения. Им соответствует концентрация алкоголя в крови соответственно: 0,03-0,15%; 0,15-0,3%, и 0,3-0,5%.

Состояние алкогольного опьянения диагностируется врачами-психиатрами, наркологами, а в их отсутствие врачи других специальностей, которые имеют соответствующую подготовку и допуск на право производства данного вида экспертизы. В отдаленной сельской местности не имеющих в штате врачей допускается проведение медицинского освидетельствования фельд-

шерами, прошедшими специальную подготовку в наркологических организациях и получившие право на производство данного вида экспертизы. Прием на освидетельствование осуществляется по письменному направлению сотрудников органов внутренних дел других правоохранительных органов, а также должностных лиц предприятий и организаций по месту работы освидетельствуемого. Допускается проведение освидетельствования по личному обращению граждан без официального направления. Во всех случаях, врачу, проводящему освидетельствование, должны быть сообщены причины, вызвавшие необходимость освидетельствования, и его цели. Врач (фельдшер) производящий освидетельствование, во всех случаях составляет заключение медицинского освидетельствования по установленной форме - приложение №1.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2003 года № 446 «Об утверждении Инструкции по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения». Данный приказ согласован Министром внутренних дел Республики Казахстан 2 июля 2003 года. В основе такой экспертизы лежит тщательное врачебное наблюдение, правильная оценка клинического состояния подэкспертного и данные лабораторных исследований (кровь, моча, слюна). Врач (фельдшер при составлении заключения, на основании имеющих клинических и, при необходимости лабораторных данных, должен установить одно из следующих состояний:

1. Трезвость;
2. Установление факта употребления (какого-либо) психоактивного вещества, выявление признаков опьянения;
3. Алкогольное опьянение по степени: легкая, средняя, тяжелая;
4. Состояние опьянения (наркотическое, токсикоманическое) вызванное употреблением других психоактивных веществ (наркотики-опиоиды, канабиноиды, кокаин, седативные снотвор-

ные вещества, психостимуляторы, галлюциогены, летучие растворители), при лабораторном подтверждении. Заключение медицинского освидетельствования составляется в 2-х экземплярах, заверяется подписью врача и печатью медицинской организации, в которой проводилось освидетельствование. Один экземпляр выдается должностному лицу, доставившему освидетельствуемого, а второй экземпляр остается в медицинской организации наравне с историями болезни и другими медицинскими документами.

Результаты освидетельствования сообщаются освидетельствуемому человеку сразу же, в присутствии должностного лица, его доставившего. Отсутствие бланков заключения медицинского освидетельствования не может служить причиной отказа в проведении освидетельствования. Не допускается составление заключения медицинского освидетельствования по произвольной форме. Каждый случай освидетельствования подлежит регистрации в специальном журнале. Журнал заполняется врачом (фельдшером), проводившим освидетельствование и хранится в кабинете, где осуществляется освидетельствование. Журнал должен быть пронумерован, прошнурован и скреплен гербовой печатью медицинской организации, где проводится медицинское освидетельствование, куда вносятся все данные подэкспертного. При несогласии освидетельствуемого лица (либо должностного лица, его доставившего) с результатами освидетельствования производится повторное освидетельствование другим врачом, либо комиссией. Как правило, должен производиться забор биологических сред (моча, кровь, слюна) для лабораторного исследования и вынесения заключения.

#### Основные механизмы действия алкоголя:

1. Снижение внимания и динамической визуальной деятельности.
2. Снижение различающей способности в восприятии света и мигающих огней.
3. Снижение продуктивности обработки оперативной информации.

Таблица 1. Данные экспертиз по алкогольному опьянению

Количество проведенных экспертиз по годам	Из них на алкогольное опьянение	В состоянии алкогольного опьянения	Находились в состоянии алкогольного опьянения	Составляют, %
2008	8135	7907	5620	71,11 %
2009	8155	8511	5608	68,8%
2010	9395	8059	5662	70,3%

4. Успокаивающий и затормаживающий эффект.

5. Кратковременные выпадения памяти. 6. Снижение критики и самоконтроля.

Таким образом, употребление алкоголя является одним из ведущих факторов, приводящий к авариям и различным увечьям.

При Областном наркологическом диспансере по кабинету экспертизы алкогольного опьянения проведены экспертизы за 2008, 2009, 2010 гг. Данные представлены в виде таблицы.

Из таблицы видно, что количество проведенных экспертиз и лица, находившиеся в состоянии алкогольного опьянения, остается практически на одном и том же уровне. Несмотря на

ожесточение Закона об управлении автотранспортом в состоянии алкогольного опьянения (ст.467 КоАП РК от 2008 года - лишение водительских прав на 2 года за управление автотранспортом в состоянии алкогольного или наркотического опьянения).

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Морозов Г.В., Рожнова В.Е., Э.А.Бабаян. Алкоголизм (руководство для врачей) 1983.

2. Лисицын Ю.П., Сидоров П.И. Алкоголизм (медико-социальные аспекты) 1990.

3. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 июня 2003 года № 446 Об утверждении Инструкции по проведению медицинского освидетельствования для установления факта употребления психоактивного вещества и состояния опьянения.

УДК 616-083.88-099

## ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ОТРАВЛЕНИЯХ

И.Ю. АЛЕТОВА

Станция скорой медицинской помощи, г. Алматы

#### Резюме

Первая доврачебная помощь при случайных отравлениях имеет огромное значение для избежания тяжёлых последствий для здоровья.

#### Тұжырым

Кездейсоқ уланулар кезінде алғашқы дәрігерлік көмек көрсету денсаулық үшін ауыр зардаптардан құтылу мағынасын білдіреді.

#### Summary

First aid for accidental poisoning is the most important to avoid serious health consequences.

Первая помощь пострадавшим должна быть оказана немедленно, так как при острых отравлениях нарушение основных жизненных функций организма (дыхание, сердцебиение, кровообращение) может наступить очень быстро. Своевременная доврачебная помощь способствует более лёгкому течению заболевания, вызванного отравлением, и нередко предотвращает возможность смертельного исхода. Необходимо знать, что при отравлениях часто дорога буквально каждая минута. Поэтому первую доврачебную помощь каждый должен уметь оказывать самому себе или пострадавшему, не ожидая прибытия медицинских работников.

Наряду с этим следует помнить, что меры доврачебной помощи являются лишь предваритель-

ными, неотложными. При любой степени отравления любым ядовитым веществом надо немедленно вызвать к пострадавшему врача. Ни в коем случае не следует скрывать от врачей, какое вещество было принято, так как это затрудняет своевременный диагноз, отдалая необходимую помощь и уменьшая шансы на спасение жизни. Методы оказания первой доврачебной помощи зависят как от путей проникновения ядов в организм, так и от их химического состава.

При поступлении яда внутрь организма необходимо дать пострадавшему выпить 6-10 стаканов теплой воды или раствора питьевой соды, а затем, раздражая заднюю стенку глотки и корень языка (пальцем или ложкой), вызвать рвоту. Процедуру следует повторить. После промыва-

ния пострадавший должен принять активированный уголь или несколько размятые таблетки карболена с водой. Давать пить молоко, сладкий чай, кофе. Дать слабительное. До прибытия врача надо укутать пострадавшего, согреть грелками. При упорной рвоте давать глотать кусочки льда.

**При попадании ядовитого вещества на кожу** нужно как можно быстрее снять это вещество с поверхности кожи ватным или марлевым тампоном или тряпкой, стараясь не размазывать его по поверхности кожи. После этого кожу следует хорошо обмыть теплой водой с мылом или слабым раствором питьевой (пищевой) соды.

**При попадании отравляющего вещества в глаза** надо немедленно промыть их струей воды при открытых веках. Промывание должно быть тщательным в течение 20-30 минут, так как даже небольшое количество ядовитого вещества, попавшего в глаза, может вызвать глубокие поражения органа зрения. После промывания глаз следует наложить сухую повязку и немедленно обратиться к главному врачу.

**При поступлении яда через дыхательные пути** надо удалить пострадавшего из места с отравленным воздухом на свежий воздух или принять меры по проветриванию помещения. Освободить пострадавшего от стесняющей дыхание одежды. Пострадавшего надо тепло укутать, согреть грелками, дать прополоскать горло и рот раствором соды. В случае необходимости — производить искусственное дыхание.

**Лечение при отравлении.** Лечение пострадавших при отравлении ядовитыми растениями проводится путем удаления яда, поступившего в организм, и уменьшения его токсичности с помощью различных противоядий. Очень важно до прибытия врача или поступления в лечебное учреждение провести необходимые меры в порядке само- и взаимопомощи. Независимо от вида растительного яда, вызвавшего отравления, нужно срочно вызвать рвоту раздражением зева или корня языка. При возбуждении больному накладывают на голову холодный компресс и стараются удержать в постели. При обмороке больному в лежачем положении опускают вниз голову и поднимают ноги, внутрь дают крепкий теплый чай. При остановке дыхания и сердечной деятельности проводят искусственное дыхание и непрямой массаж сердца.

**Профилактика острых отравлений.** Использование лечебных растений в домашних условиях без знания их лечебных свойств может причи-

нить вред здоровью и даже вызвать смерть. Поэтому заготавливать лечебные травы и самим готовить из них препараты для лечения надо крайне осторожно и только при достоверном знании дела, а не понаслышке.

Для изготовления медицинских препаратов широко используются лекарственные растения, например, ландыш, алоэ, спорынья, чемерица белая, белладонна и многие другие. Из них в специальных условиях добываются лекарственные вещества, оказывающие большую пользу больным в лечебных дозах. Однако из этих же растений в домашних условиях (в отварах, настоях и т.п.) получают вещества, которые могут причинить большой вред, так как, например, установить на глаз лечебную дозу этих веществ практически невозможно. Особенно опасно применять домашние лекарства для лечения детей. Все профилактические мероприятия против отравления ядовитыми грибами сводятся к следующему: необходимо хорошо запомнить отличительные признаки ложных опят и бледной поганки.

В общем, профилактика отравлений растительными ядами состоит в неуклонном выполнении **следующих правил:**

- Не использовать в пищу незнакомые растения, грибы;
- Не употреблять в пищу широко известные культурные растения (картофель, зерновые, гречиха, горох и прочие), которые неправильно хранились и зимовали в поле;
- Не принимать внутрь, без согласования с врачом, приготовленных в домашних условиях настоек и снадобий из лекарственных трав;
- Не увеличивать самопроизвольно дозы настойки, назначенной врачом и приготовленной в аптеке;
- Не позволять детям, особенно младшего возраста, самостоятельно, без контроля со стороны взрослых, собирать грибы и ягоды;
- Не доверять свою жизнь и здоровье лицам без специального медицинского образования, предлагающие для лечения болезней так называемые «чудодейственные» лекарственные средства, изготовленные ими из различных растений.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Лукаш А.А. Бытовые отравления и их предупреждение / А.А. Лукаш. - М.: Медицина, 1968.
2. Мартынов С.М. Профилактика отравлений грибами / С.М. Мартынов. - М.: Медицина, 1975.
3. Зеккарди Дж. Энциклопедия экстренной медицинской помощи / Дж. Зеккарди. - М.: КРОН-ПРЕСС, 1998.

УДК 616.22-002.1-053.2

## СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛАРИНГИТ

Л.А. МОРОЗОВА

Станция скорой медицинской помощи, г. Алматы

### Резюме

В статье рассказывается о стенозирующем ларингите, особенностях и способах лечения данного заболевания.

### Тұжырым

Мәтінде көмейдің тарылуы, аурудың ерекшелігі және оны емдеу әдістері туралы айтылған.

### Summary

The article shows information about constrictive laryngitis, features and methods of treatment.

Стенозирующий ларингит (синдром крупа) — это острый воспалительный процесс в гортани, нередко захватывающий трахею и бронхи. Наблюдается, как правило, в начальном периоде ОРВИ как проявление самого заболевания, но может быть и результатом присоединения бактериального фактора, и тогда стенозирующий ларингит рассматривается как осложнение ОРВИ. Особенно часто он возникает у детей с аллергическим диатезом и протекает тяжелее в раннем возрасте, нередко имеет волнообразное течение. Воспаление и отек слизистой оболочки при относительно узком просвете гортани у детей и обуславливают затруднения дыхания, усиливающиеся рефлекторным спазмом.

**Клиническая картина.** Стенозирующий ларингит возникает нередко остро, преимущественно ночью. У части детей ему предшествуют симптомы ларингита (сухой, особенно лающий кашель, першение в горле, небольшая охриплость голоса). Тяжесть стенозирующего ларингита определяется степенью стеноза и дыхательной недостаточностью.

Различают четыре степени стеноза. **Стеноз I степени** - кратковременное затруднение дыхания или более продолжительное, но слабо выраженное; приступы затрудненного дыхания возникают редко, дыхание шумноватое, сиплый голос, лающий кашель, небольшой цианоз, незначительно выраженное втяжение податливых мест грудной клетки, в основном в эпигастрии. Дыхательная недостаточность отсутствует. **Стеноз II степени** характеризуется продолжительностью до 5 суток, нарушением общего состояния ребенка, который становится беспокойным, усиливается

лающий, грубый кашель, часто возникают приступы затрудненного дыхания, сопровождаясь втяжением всех податливых мест грудной клетки; дыхание шумное, слышимое на расстоянии. Стеноз может быть постоянным или иметь волнообразный характер. Умеренно выражена дыхательная недостаточность. Характерно резкое ухудшение общего состояния, отмечаются выраженная бледность, цианоз губ и конечностей. **Стеноз III степени** - значительное и постоянное затруднение дыхания с втяжением всех податливых мест грудной клетки (яремная ямка, над- и подключичные пространства, эпигастральная область). Наблюдаются потливость и резкое беспокойство ребенка (больной мечется в постели), дыхание в легких ослаблено. Отмечаются признаки сердечно-сосудистой недостаточности (выпадение пульсовой волны и др.), признаки нарастающей гипоксемии - бледность, адинамия. Дыхательная недостаточность резко выражена. **Стеноз IV степени** - стадия асфиксии.

Диагноз ставят на основании данных анамнеза и клинической картины. Дифференциальный диагноз проводят с инородным телом, респираторными аллергиями. Лечение определяется степенью выраженности стеноза, его продолжительностью, а также наличием токсикоза, вызванного ОРВИ, возрастом ребенка, его преморбидным состоянием.

При стенозе **I степени** необходимы следующие меры: широкий доступ воздуха; отвлекающая терапия - горчичники на икры и круговые горячие ванны при температуре воды до 38-39°C, обильное частое теплое питье (чай, боржоми, молоко с содой), паровые щелочные ингаляции

(4% раствор гидрокарбоната натрия с витамином А, эуфиллином, гидрокортизоном); антиспазмическая терапия (атропин, папаверин, люминал внутрь в возрастных дозах); седативные (1-2% раствор бромида натрия по 1 чайной, десертной, столовой ложке 3 раза в день в зависимости от возраста) и гипосенсибилизирующие средства (димедрол, пипольфен и др.), витамины. При отсутствии эффекта - внутринесовая новокаиновая блокада, способствующая уменьшению отека слизистой оболочки гортани и снятию рефлекторного спазма. Уже при этой стадии стеноза, особенно при наличии лихорадки, рекомендуют назначать антибиотики. Желательно помещать ребенка в палату, где воздух увлажнен паром.

При стенозе **II степени**, кроме указанных выше средств, широко применяют увлажненный кислород; с целью уменьшения отека слизистой оболочки дыхательных путей - гипертонические растворы в/в (20-30 мл 20% раствора глюкозы, 5-10 мл 10% раствора глюконата кальция); гормональные препараты: гидрокортизон - 5 мг/кг, преднизолон - 1-1,5 мг/(кг·сут); сердечные средства (строфантин или коргликон в/в или дигоксин внутрь), мочегонные препараты; нейролептики (аминазин, промазин и др.), но осторожно, чтобы не подавить кашлевой рефлекс и не упустить момент для оперативного лечения.

При стенозе **III степени** преднизолон в/в (1,5-2 мг/кг), причем первая доза составляет полови-

ну суточной; более широко применяют сердечные средства; антибиотики широкого спектра действия, а также оксипутират натрия (ГОМК). При отсутствии эффекта проводят лечебную ларингоскопию, во время которой полиэтиленовым катетером отсасывают слизь, удаляют сухие кровянистые корки, смазывают слизистую оболочку раствором эфедрина, гидрокортизоном, персиковым, абрикосовым или вазелиновым маслом. Иногда прямую ларингоскопию повторяют несколько раз. При стенозе III степени показана также лечебная бронхоскопия (удаление слизи, гноя, корок, промывание бронхов, интратрахеобронхиальное введение антибиотиков), но при этом должна быть полная готовность к немедленному проведению трахеостомии.

Если перечисленные выше мероприятия оказываются неэффективными, выраженность стеноза не уменьшается, имеется тенденция к прогрессированию сердечно-сосудистой недостаточности (отмечаются парадоксальный пульс - выпадение пульсовой волны, нарастают ацидозы, бледность кожных покровов на фоне стойкого цианоза губ, конечностей и пр.), то показана интубация или трахеостомия. Прогноз при III степени стеноза и асфиксии серьезный; при I-II степени и рано начатом лечении - благоприятный. **Профилактика:** предупреждение ОРВИ, особенно у детей с аллергическим диатезом.

УДК 616.832-002-031.13-053.2

## ЭНЦЕФАЛОМИЕЛИТЫ

**И.А. ШИРЯЕВА**

Медицинский центр «Медея», г. Алматы

### Резюме

Таким образом, клиническая картина энцефаломиелитов характеризуется чрезвычайной полиморфностью из-за того, что патологические очаги локализуются в самых различных отделах центральной и периферической нервной системы. Мозаичность неврологических симптомов зависит от реактивности растущего организма детей, от предшествующих сенсibiliзирующих факторов, особенности штамма возбудителя и его вирулентности в каждом отдельном случае [1].

### Тұжырым

Қорытындылай, энцефаломиелиттердің клиникалық суреті көп түрлілікпен бейнеленеді, себебі патологиялық ошақтар орталық және шеткі жүйке жүйесінің тіптен әр түрлі бөлімдерінде орналасқан. Неврология симптомдардың мозаикалықлығы балалардың реактивті өсетін организмне байланысты, ізашар сезімталдық ықпалдарға, қоздырғыш штаммға және оның вируленттік ерекшеліктеріне әр жеке жағдайда [1].

### Summary

Clinical picture of encephalomyelitis is characterized by extreme polymorphism as pathological foci are localized in a different parts of central and peripheral nervous system. Mosaicism of neurological symptoms depends on reactivity of the children's growing organism from previous sensitizing factors, particularly strain of a pathogen and its virulence in each case [1].

Энцефаломиелит является одной из разновидностей острого, подострого или хронического генерализованного инфекционного поражения головного и спинного мозга, вызывается различными нейротропными вирусами, бактериями, риккетсиями, спирохетами, грибами, паразитами, а также интоксикационными агентами (токсический энцефаломиелит). Заболевание характеризуется рассеянной неврологической симптоматикой с локализацией воспалительных очагов в полушариях головного мозга, подкорково-стволовых образованиях, в мозжечке и спинном мозге.

При многих детских инфекционных заболеваниях (корь, краснуха, скарлатина, ветряная оспа, инфекции, вызванные вирусами ЕСНО и Коксаки, эпид. паротит, заболевания, вызванные ВОГ) и после вакцинации описаны вторичные, инфекционно-аллергические энцефаломиелиты. Важное место в этиологии энцефаломиелитов занимает грипп. В патогенезе энцефаломиелитов лежит процесс демиелинизации, что дает право некоторым авторам отнести их к особой форме токсико-аллергических энцефаломиелитов.

Клиника энцефаломиелитов складывается из общеинфекционных, общемозговых и локальных многоочаговых поражений головного и спинного мозга. Продромальный период проявляется в виде недомогания, катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей, парестезии в конечностях, желудочно-кишечных расстройств.

Ведущим симптомом является повышение температуры до высоких цифр в 50% случаев, субфебрильная – 12% случаев, в 38% температура остается нормальной. Острый период характеризуется развитием общемозговых симптомов: головная боль, тошнота, рвота. В одних случаях дети беспокойные, плаксивые, возбужденные, а в других – апатичные, сонливые, вялые. В 36% случаев выявляются менингеальные симптомы разной степени выраженности.

Клиническая картина при энцефаломиелитах с преимущественной локализацией очага в коре головного мозга характеризуется парциальными судорогами, явлениями психомоторного возбуждения, общим беспокойством, моно- или гемипарезами. Несколько реже страдает функция двигательных подкорковых ядер с хореическим, миоклоническим, паллидарным синдромом. Симптомы поражения спинного мозга в этих случаях были слабо выражены. Со стороны черепно-мозговых нервов чаще страдает функция зрительного нерва, одностороннее поражение лицевых мышц по центральному и периферическому типу, глазодвигательные нервы.

Ведущим и основным неврологическим симптомом при любой форме энцефаломиелита является расстройство движения различной степени и тяжести. При рассеянных формах заболевания центральные парезы и параличи зависели от поражения пирамидного пути во внутренней кап-

суле, стволе и спинном мозге. У больных с энцефаломиелитической формой заболевания в 40% случаев наблюдается картина нижнего парапареза и параплегии, с повышением мышечного тонуса и высокими сухожильными рефлексами, клонусами, наличием патологических рефлексов. В 10% случаев регистрируются параличи и парезы ног периферического характера со снижением или угасанием сухожильных рефлексов, снижением мышечного тонуса. Нарушение чувствительности отличается меньшим постоянством. Симптомы натяжения иногда положительны. У части детей с поражением спинного мозга отмечаются нарушения функции тазовых органов.

**Дифференциальную диагностику** необходимо проводить с рассеянным склерозом, полиомиелитом, клещевым энцефалитом, лейкоэнцефалитом Ван-Богарта, опухолью спинного мозга.

**Лабораторная диагностика.** В анализах крови во многих случаях отмечается относительный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, повышение СОЭ. Обязательно проводится спинномозговая пункция. В ликворе отмечается клеточно-белковая диссоциация, цитозлимфоцитарный. Спустя 3-4 недели может меняться картина ликвора — увеличение содержания белка при падении количества клеточных элементов. Проводится МРТ головного и спинного мозга.

**Лечение.** Проводится антибактериальная, противовирусная, гормональная терапия, ноотропы, антихолинэстеразные препараты, витамины, физиотерапия. При нарушении функции тазовых органов, при задержке мочи — катетеризация, промывание мочевого пузыря дезинфицирующими растворами, при недержании мочи — раствор стрихнина подкожно, регулярное опорожнение кишечника клизмой.

**Случай из практики.** Ребенку 1 год 2 месяца, мужского пола. Обращаются в центр с жалобами на нарушение двигательной активности, перестал сидеть, ходить, не держит голову. Из анамнеза стало известно, что ребенок болен в течение 8 дней. Заболел остро — подъем температуры в первые 4 дня до 38-39 °С, беспокоили кашель, насморк. Лечились в районной больнице, получали антибактериальную терапию. Ребенок находился у тети, на 5-й день болезни, прибывшая мать, заметила, что ребенок плохо держит голову, не может встать на ноги. На 8-й день болезни самостоятельно прибывают в город. При осмотре состояние тяжелое по поражению ЦНС. Сознание ясное. Голова свисает. Со стороны череп-

но-мозговых нервов: глазные щели  $D < S$ , сглаженность носогубной складки слева. Бульбарных нарушений нет. Двигательная активность в конечностях снижена. Гемипарез справа. Патологические рефлекссы: Бабинский, Оппенгейма справа (+). Брюшные рефлекссы снижены. Менингеальные знаки отрицательны. Нарушение функции тазовых органов: задержка стула в течение 5 дней (запорами ребенок раньше не страдал). Мочится свободно. Самостоятельно не сидит. Опора, шаг (-). Не переворачивается. В зеве гиперемия. В легких жесткое дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. Живот мягкий. На ДУ не состоит. Психомоторное развитие соответствовало возрасту до настоящего заболевания. Частые ОРВИ в анамнезе. Привит согласно прививочному календарю. С диагнозом «Энцефаломиелит. Объемный процесс головного мозга» направлен в инфекционную больницу. В отделении проведена люмбальная пункция: 13 клеток лимфоцитарный цитоз, белок 0,360, сахар 2,8 ммоль/л, хлориды 120 ммоль/л. В ОАК: лейкоцитоз умеренный, СОЭ 18 мм/час. Биохимический анализ крови, анализы мочи без особенностей. Проведено МРТ головного мозга — перивентрикулярная лейкомаляция, МРТ спинного мозга — патологии не выявлено. Окулист — без патологии. Учитывая, что ребенок прибыл из сельской местности (в доме много животных) для исключения клещевого боррелиоза взята кровь на ИФА, результат отрицательный. Получал следующее лечение: режим постельный, гормонотерапию — метилпред 10 мг/кг в сутки №10 с постепенным снижением дозы, антибактериальную терапию, гидратационная терапия, противовирусная терапия — ацикловир 30 мг/кг в сутки с 3-х кратным введением №14, актовегин, цераксон, витамины группы В, нуклео-ЦМФ, физиотерапия, клизма. В стационаре находился 35 дней. На 13-й день болезни стул стал регулярным. В динамике стал удерживать голову, самостоятельно не сидит, тонус мышц стал лучше, сглаженности носогубной складки нет, глазные щели одинаковы, опора (+), самостоятельно не ходит. Переведен на реабилитацию в неврологическое отделение. Рекомендовано повторить МРТ головного мозга.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Зинченко А.П. Острые нейроинфекции у детей / А.П. Зинченко. — Ленинград.: Медицина, 1986.
2. Идрисова Ж.Р. Острые нейроинфекции в детском возрасте: диагностика, клиника и лечение / Ж.Р. Идрисова. - Алматы, 2008.

УДК 616.832.21-009.55-053.3

**СПИНАЛЬНАЯ АМИОТРОФИЯ ВЕРДНИГА-ГОФФМАНА****И.А. ШИРЯЕВА, С.Х. ПРОХОРОВА, В.Н. ГРУШЕНКОВА**

Медицинский центр «Медея», г. Алматы

**Резюме**

Спинальная амиотрофия Вердника-Гоффмана является наследственным заболеванием и имеет серьезный прогноз. Течение заболевания быстро прогрессирующее и злокачественное. В семьях с отягощенным наследственным анамнезом необходимо на ранних сроках беременности осуществлять пренатальную диагностику, которая помогает избежать рождения больного ребенка в семье.

**Тұжырым**

Вердник-Гоффманның арқа амиотрофиясы қатан болжамы бар және тұқым қуалаушы ауру болып табылады. Ауру ағымы жылдам, қатерлі. Ауырланылған тұқым қуалау анамнезі бар жанұяларға ерте мерзімдердің жүктіліктерінде пренаталді диагностиканы өту өте қажет, себебі жанұядағы нәрестенің сау болып туылуына көмектеседі.

**Summary**

Spinal amyotrophy of Werdnig-Hoffmann is a hereditary disease and has a serious prognosis. The disease is a rapidly progressive, malignant. Prenatal diagnosis in early pregnancy is needed in families with a burdened hereditary history, which helps to avoid the birth of a sick child in the family.

**Спинальная амиотрофия (СА)** относится к наследственным нервно-мышечным заболеваниям. Тип наследования аутосомно-рецессивный. Частота встречаемости 1:25000 новорожденных. Основной механизм развития клинических признаков связан с прогрессирующей дегенерацией мотонейронов передних рогов спинного мозга. Процесс обусловлен дефектами программируемой клеточной гибели – апоптоза. Утрата мотонейронов приводит к развитию вялого паралича и денервационной атрофии поперечнополосатых мышц. Наблюдается симметричное поражение проксимальных мышц конечностей. Центральный мотонейрон, как правило, интактен. Расстройств чувствительности не бывает (1).

Выделяют три фенотипически различных варианта проксимальной СА детского возраста, отличающихся возрастом клинической манифестации, течением и прогнозом:

1. Тип 1, или острая злокачественная инфантильная СА Вердника-Гоффмана;
2. Тип 2, или хроническая инфантильная СА (промежуточный тип);
3. Тип 3, или ювенильная СА Кугельберга-Веландер.

**Клиническая картина.** Возраст дебюта спинальной амиотрофии Вердника-Гоффмана с рождения ребенка до 6 месяцев. При сборе анамнеза

можно выявить слабое шевеление плода во внутриутробном периоде. Спонтанная двигательная активность новорожденных резко ослаблена. Отмечается общая генерализованная слабость, гипотония, арефлексия, в последующем в динамике симметричная атрофия. Их поза напоминает позу глубоко недоношенных детей: ноги разогнуты, ротированы к наружи и плоско лежат на поверхности («поза лягушки»). Ребенок отстает в моторном развитии. Психическое развитие не страдает. Лицо гипомимично. Глазодвигательные мышцы не вовлечены. Экскурсия грудной клетки ограничена, в связи с чем у детей с такой патологией частые пневмонии. Дыхательная функция поначалу адекватная. При распространении процесса на верхние отделы спинного мозга и продолговатый мозг развивается выраженная дыхательная недостаточность, бульбарный синдром, что может привести к гибели ребенка. При появлении первых симптомов после 3 месяцев жизни срок выживаемости может составлять около 2 лет.

**Диагностика.** При диагностике данного заболевания ведущее место занимает клиника; молекулярно-генетический анализ для выявления генетической мутации; электромиографическое исследование, при котором выявляется дегенерация мотонейронов спинного мозга («ритм час-

токаля»), а в тяжелых случаях — полное «биоэлектрическое молчание». Болезнь Верднига–Гоффмана дифференцируют от других заболеваний, сопровождающихся синдромом «вялого ребенка», следующими признаками: врожденные миодистрофии, хромосомные патологии, врожденный гипотиреоз, атоническая форма церебрального паралича, травматические поражения спинного мозга, болезни обмена веществ.

Среди консультированных детей, за последние 2 года, было выявлено 2 случая с данной патологией. Первый случай: возраст - 3 месяца, диагноз «Спинальная амиотрофия Верднига-Гоффмана», направлен на госпитализацию в неврологическое отделение. Второй случай: 5 месячный ребенок с вышеуказанным диагнозом вместе с пневмонией и дыхательной недостаточностью госпитализирован в инфекционный стационар. Данный случай представлял классический вариант «Спинальной амиотрофии» 1 типа. Ребенок из Южно-Казахстанской области. Родители обратились по поводу задержки психомоторного развития, отмечают общую вялость. Из анамнеза известно: ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза до 4 месяцев, УПБ 12-13 недель, 24-25 недель; анемия 2 степени, ОРВИ в первый триместр беременности, многоводия, активного шевеления плода мама не отмечает. Роды в сроке 39-40 недель, самостоятельные, закричал не сразу, вес при рождении 3200 гр., выписаны на 4 сутки. Родители ребенка заметили общую вялость, голову, лежа на животе, не поднимал, плач был тихим; в динамике задержка психомоторного развития. В 3-х месячном возрасте получили стационарное лечение в рай-

онной больнице с диагнозом «Перинатальное постгипоксическое поражение ЦНС ЗПМР». Учитывая, отставание в развитии, привезли ребенка на консультацию в г. Алматы. При осмотре ребенка состояние тяжелое по поражению ЦНС, выявлены симптомы дыхательной недостаточности, интоксикации. Кашель нечастый. Диффузная гипотония, арефлексия, голову ребенок не держит, не переворачивается, не гулит; взгляд фиксирует, прослеживает. Лицо гипомимично. Брюшные рефлексы не вызываются. Гипотрофия. Выражена одышка, цианоз носогубного треугольника. В легких прослеживаются хрипы разнокалиберные. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот мягкий, печень по краю реберной дуги. Менингеальные знаки отрицательны. По результатам скорой помощи направлен в стационар с диагнозом «Спинальная амиотрофия Верднига-Гоффмана. Также была выявлена 2-х сторонняя бронхопневмония, ДН1 степени». В отделении находился 3 дня. В связи с нарастанием легочно-сердечной недостаточности, переведен в ОРИТ. Находился на ИВЛ. Несмотря на проводимую терапию положительной динамики не отмечалось. Летальный исход в возрасте 8 месяцев. В реанимационном отделении проведена электромиография на 10 сутки госпитализации — «ритм частотокола». Генетическое обследование не проводилось.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Петрухин А.С. Неврология детского возраста / А.С. Петрухин. — М.: Медицина, 2004.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология / Л.О. Бадалян. — М.: Медицина, 1984.

УДК 616.89-056.8-085.2/.3

## ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СТИМОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТАБСТИНЕНТНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АЛКОГОЛЬНОЙ И ОПИОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

**А.Б. ИСМАИЛОВ**

Жамбылский областной наркологический диспансер, г. Тараз

### Резюме

Стимол (малат цитруллина) ускоряет редукцию симптоматики постабстинентного состояния у больных алкоголизмом преимущественно за счет соматовегетативных и астенических нарушений. Стимол эффективен также при лечении опиоидной зависимости. Стимол совместим с традиционными психофармакологическими препаратами, применяемыми в наркологии.

### Тұжырым

Стимол (малат цитруллина), спирт ішемдікді қолдану салдарынан болған абстинеттік синдромды жоюды тездетеді, және опиоидты тәуелсіздік емдеуге қолданылады, Стимол наркологиядағы қолданылатын психофармакологиялық препараттармен сәйкес келеді.

### Summary

Stimol (malate tsitrullina) accelerates the reduction of symptom status matikipostabstinent on alcoholic patients mainly due to somatovegetative and asthenic disorders. Stimol is also effective in the treatment of opioid dependence. Stimol compatible with conventional psychopharmacologic agents used in drug treatment.

Постабстинентные состояния занимают значительное место в современной научной литературе, посвященной вопросам наркологии. В первую очередь, речь идет о состояниях возникающих с момента отмены (абстинентный синдром) и до момента их купирования (стойкая стабилизация состояния). Активно в рамках наркотической зависимости изучаются постабстинентные состояния. Однако следует отметить, что этот феномен актуален и для алкоголизма. Состояние отмены алкоголя сопровождается многообразными нарушениями (в неосложненном варианте - слабость, недомогание, неустойчивое внимание, раздражительность, эмоциональная лабильность, различные проявления вегетативной гиперреактивности). Учитывая вышеперечисленное, с точки зрения психопатологии, все эти жалобы являются различными проявлениями астенического симптомокомплекса. В постабстинентном периоде такие нарушения вместе с патологическим влечением к алкоголю зачастую становятся содержанием психического дискомфорта, требующего неотложной коррекции. Опиийная абстиненция кроме соматоневрологической симптоматики сопровождается также физической слабостью, раздражительностью. В постабстинентном

периоде больных часто беспокоят болевые ощущения в суставах и чувство мышечной тяжести, слабость и утомляемость. Наряду с сохраняющимся влечением к наркотику длительные алгические ощущения и слабость повышают риск рецидива и укрепляют мнения больных о том, что их заболевания неизлечимо. Таким образом необходимость купирования астенической симптоматики в структуре постабстинентных нарушений, вызванных употреблением психоактивных веществ очевидна. В психиатрии наиболее распространенными антиастеническими средствами являются ноотропы, психостимуляторы и метаболики. Стимол (малат цитруллина) является корректором метаболизма и представляет собой 10% раствор комбинации двух естественных метаболитов: L- цитруллин и малата. L-цитруллин активизирует образование и выведение мочевины. Малат стимулирует цикл Кребса, усиливая процесс неоглюкогенеза, снижает уровень лактата в тканях крови, предупреждает молочнокислый ацидоз, повышает уровень АТФ.

Стимол показан для лечения астении любого происхождения, при мышечных судорогах и болях после чрезмерных физических нагрузок, синдроме вегето-сосудистой дистонии с преоблада-

нием парасимпатической активности, при алкогольном абстинентном синдроме. Препарат безопасен и не вызывает привыкания. В исследовании принимали участие 40 пациентов наркологической клиники. Первую группу больных составили 20 мужчин, находившихся на стационарном лечении с диагнозом «Состояние отмены опиоидов, синдром зависимости вследствие употребления опиоидов» (F11.3, F11.2). На момент исследования пациенты получали общеукрепляющее лечение и психотропные средства в умеренных дозах (хлорпротиксен, амитриптилин, карбамазепин, бензодиазепины). Больные наркоманией были в случайном порядке (метод «слепого конверта») разделены на две равные группы (основную и контрольную).

Пациенты основной группы с 14-го дня госпитализации и момента формирования постабстинентного состояния получили в составе комплексной терапии Стимол. Препарат использовался по следующей схеме: по 2 пакетика 3 раза в сутки во время еды в течение 7 дней. Больные контрольной группы получали аналогичное лечение, за исключением Стимола. Вторую группу составляли больные мужского пола (20 пациентов) в возрасте 24 до 48 лет с диагнозом «Синдром зависимости вследствие употребления алкоголя» (F10.2), получившие лечение по поводу неосложненного состояния отмены алкоголя (F-10.30) – этап активной терапии в условиях дневного стационара. Больные алкоголизмом аналогичным образом (метод «слепого конверта») были разделены на основную и контрольную группы. Все пациенты получили витамины, тиосульфат натрия, калий и магний – содержащие препараты средние терапевтические дозы хлорпротиксена, карбомезепина, бензодиазепинов.

Пациентам основной группы в комплекс стандартного медикаментозного лечения включался Стимол. Препарат назначался с 5-го по 12-й день в том же режиме, что и больным опийной наркоманией. Контрольная группа больных алкоголизмом получала аналогичное лечение, кроме Стимола. Диагностику проводили с помощью исследовательских диагностических критериев МКБ-10. Количественный учет симптоматики постабстинентного состояния осуществлялся по шкале позволяющей дифференцированно оценивать различные компоненты синдрома психотропной зависимости (от 0 баллов - признак отсутствия, до 3 баллов - признак значительно выражен). Также использовали шкалу реактивной и лич-

ной тревожности Спилберга-Ханина и шкалу Clinical Global Impression (CGI). Контрольными точками исследования были дни начала и окончания включения в лечение препарата Стимола. Исходное состояние всех больных алкоголизмом характеризовалось умеренно выраженными признаками вегетативной неустойчивости, слабостью и гастроинтестинальными нарушениями. Головные боли, неврологическая симптоматика в виде нистагма и тремора были незначительными. Все вышеперечисленные признаки обозначали как соматический компонент симптоматики. Эмоциональные, идеаторные и поведенческие нарушения обозначали как патопсихологический компонент синдрома зависимости. Присутствовали жалобы на тревогу, чувство неудовлетворенности, умеренную подавленность и чувство вины, были выражена эмоциональная лабильность, достигающая степени слабодушия. В начале исследования и соматический и патопсихологический компоненты характеризовались приблизительно равным вкладом в общую тяжесть состояния. В группе больных, получивших в составе комплексной терапии Стимол, к концу периода наблюдения практически не встречались или были минимально выраженными слабость, утомляемость, тахикардия, гипертензия, тошнота. Отрицательная динамика патопсихологического компонента симптоматики в основной группе больше выражена (примерно 10%) по сравнению с группой контроля, однако не достигала уровня статистической достоверности. Побочных реакций при приеме Стимола зарегистрировано не было.

Стимол, путем улучшения метаболизма, коррекции ацидоза и улучшения энергетического снабжения клеток ускоряет редукцию симптоматики постабстинентного состояния у больных алкоголизмом - преимущественно за счет соматовегетативных и астенических нарушений. К моменту формирования постабстинентного состояния (14 сутки) соматический компонент был представлен выраженной общей слабостью, утомляемостью, умеренной тахикардией, периодическими болями в конечностях, ощущением мышечной слабости. Патопсихологический компонент характеризовался умеренной раздражительностью, неудовлетворительностью, эмоциональной лабильностью, навязчивым интересом к наркотической тематике. Влечение к наркотикам у всех больных имело слабую или умеренную выраженность. Общей чертой всех больных была

чувствительность к малейшим телесным травмам. Клиническая картина была полиморфной, не имела четкой тенденции ни в направлении соматовегетативных нарушений. Феноменологически ее можно было определить как астено-ипохондрическое неврозоподобное состояние.

К концу периода наблюдения (21 сутки) общая редукция симптоматики составила около 40% в группе больных, получивших Стимол, и 60% - в контрольной группе. Прием Сtimoла оказал весьма умеренное влияние на патопсихологическую составляющую синдрома в зависимости от опиоидов. Относительное снижение этого показателя в основной группе превысило таковое в группе сравнения на 10%. Идеаторные и поведенческие расстройства в обеих группах к концу периода наблюдения изменились мало и оставались сходными. В основной группе по сравнению с контрольной, быстрее купировались эмоциональная лабильность, беспокойство и раздражительность.

В основной группе достоверно реже регистрировались тахикардия, слабость, утомляемость и гипергидроз. Практически отсутствовали неприятные ощущения «выкручивания» в мышцах и мышечные боли. Больные в силу вышеописанной ипохондричности и субъективности очень высоко оценивали отсутствие миалгий, что имело важное психотерапевтическое значение. Интегральный показатель соматического дискомфорта в основной группе снизился приблизительно на 80% (в контрольной группе - на 40%) и внес наибольший вклад в улучшение состояния. Межгрупповые различия по этому показателю были статистически достоверными ( $p < 0,05$ ). Побочные действия Сtimoла в группе больных опиоидной зависимостью зарегистрированы не были. Для каждой нозологической единицы показатели к концу исследования статистически достоверно отличались от исходных:  $p < 0,005$  между группами сравнения. Улучшение у больных алкоголизмом составило в основной группе 1 балл, в контрольной - 0,5 балла. У больных наркоманией в основной группе - 0,9 балла, в контрольной - 0,4 балла.

Таким образом, у всех больных, получивших Стимол, положительная динамика состояния при алкоголизме и наркомании двукратно превосходила динамику в контрольной группе. Разность показателей в начале наблюдения и в конце, на первый взгляд не очень значительно, однако, принимая во внимание склонность постабстинентной симптоматики к стабилизации и периодическому усилению, любая положительная динамика на равных этапах формирования ремиссии имеет особую прогностическую ценность. Последнее утверждение особенно актуально по шкале оценки клинической симптоматики и по методике CGI. Количественное уменьшение интегрального показателя выраженности симптоматики в группе наркозависимых пациентов, получивших изучаемый препарат, опережало уменьшение показателя в контрольной группе примерно на 20%. У больных алкоголизмом разница показателя между группами достигала 25%. Улучшение показателя тяжести состояния по шкале CGI в основной группе было двукратным по сравнению с контрольной группой и у больных алкоголизмом, и у больных наркоманией.

Таким образом, использование препарата Сtimoла в комплексной медикаментозной терапии служит подтверждением значительного вклада соматического компонента синдрома зависимости в общую тяжесть состояния больных и наглядно показывает необходимость лечебного действия, которое обеспечивает изучаемый препарат. При изучении уровней реактивной тревожности обнаружено приблизительно равномерное снижение этого показателя ( $p > 0,05$ ) в исследуемых группах, как основных, так и контрольных. Не представляется возможным на фоне базовой терапии в контрольных группах дифференцировать изолированное действие Сtimoла в отношении тревоги. Важным представляется то, что Стимол не повышает реактивную тревогу, т.е. не обладает возбуждающим действием в рамках изучаемых состояний. Такой факт является положительным моментом для стабилизации ремиссии алкогольной и наркотической зависимости.

УДК 617.711-002-056.3:615.218.3

## ПРИМЕНЕНИЕ ПАТАНОЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АЛЛЕРГИИ ГЛАЗ

Ш.К. КОЩАНОВА

ТОО «Медицинский центр», г. Уральск

### Резюме

В данной статье дана оценка эффективности и безопасности глазных капель Патанол (олопатадина гидрохлорид 0.1%) по сравнению с глазными каплями Лекролин (кромогликат натрия 2%).

### Тұжырым

Бұл мақалада көз тамшысы Патанолды (0.1% олопатадин гидрохлорид) көз тамшысы Лекролинмен (кромогликат натрий 2%) салыстыру арқылы, оның зиянсыздығы мен тиімділігіне баға беру көрсетілген.

### Summary

This article gives evaluation to the effectiveness and safety of Patanol eye drops (olopatadine 0.1%) in comparison with Lekrolin eye drops (sodium cromoglycate 2%).

**Введение.** Все чаще в вопросах современной офтальмологии затрагивается проблема аллергических заболеваний глаза, наиболее часто встречающихся у пациентов. Данная тенденция объясняется разработками и производством химических веществ, ухудшением состояния окружающей среды.

К глазным проявлениям аллергии относят аллергический конъюнктивит (далее – АК). Это одно из наиболее распространенных аллергических заболеваний, составляющее по различным данным 85-95% от общего числа страдающих аллергией глаза [1,2,3]. Аллергические реакции нередко осложняют течение глазных инфекций: вирусных, бактериальных и паразитарных.

К основным формам АК относят: весенний кератоконъюнктивит, хронический АК при ношении контактных линз, лекарственная аллергия, хронический АК, поллинозный АК. В зависимости от времени возникновения выделяют сезонный АК, обостряющийся весной и летом, и круглогодичный АК, который может возникнуть в любое время года.

Симптомы аллергических конъюнктивитов обусловлены реакцией гиперчувствительности I типа [4]. Для АК характерны следующие симптомы: слезотечение, чувство песка, гиперемия век и конъюнктивы, жжение, светобоязнь. В случае перехода в хроническую форму наблюдаются более выраженные изменения тканей.

Элиминация аллергена, специфическая иммунотерапия, лекарственная симптоматическая те-

рапия являются основными принципами лечения АК. Самым эффективным и безопасным методом предупреждения и лечения аллергических конъюнктивитов считают элиминацию аллергена. Метод специфической иммунотерапии проводится в лечебных учреждениях при недостаточной эффективности лекарственной терапии и невозможности исключения провоцирующего фактора.

Местная противоаллергическая терапия занимает главное место в лечении АК. Системное применение препаратов необходимо только в случаях тяжелого течения аллергических конъюнктивитов. Целью лечения АК является активное воздействие на различные звенья патологического процесса.

В настоящее время применяются: сосудосуживающие средства, стабилизаторы мембран тучных клеток (мембрано-стабилизаторы), блокаторы H1-гистаминовых рецепторов, кортикостероиды, нестероидные противовоспалительные средства, увлажняющие капли. Все эти группы обладают своими преимуществами и недостатками. Эффект от применения блокаторов гистаминовых рецепторов развивается быстро, эти препараты предупреждают взаимодействие медиаторов воспаления со специфическими рецепторами, однако имеют ограничения для длительного применения. Мембраностабилизаторы предупреждают развитие аллергической реакции за счет подавления высвобождения медиаторов воспаления из тучных клеток, но наиболее эффективны при длительном профилактическом применении.

Кортикостероидные препараты рекомендованы при тяжелом течении АК, отсутствии эффекта от лечения антигистаминными лечебными средствами (ЛС) в сочетании с мембраностабилизаторами. Препараты кортикостероидов оказывают выраженное противовоспалительное, десенсибилизирующее и иммуносупрессивное действие. Назначение кортикостероидов имеет свои недостатки: риск развития побочных эффектов местного и системного характера, особенно при длительном применении. Сосудосуживающие и нестероидные противовоспалительные средства и увлажняющие капли являются вспомогательными в лечении АК.

В современной реальности необходимо найти эффективное противоаллергическое средство, которое устранит за короткий период проявление аллергической реакции и улучшит качество жизни пациента. Лекарственное средство Патанол 0,1% глазные капли (действующее вещество олопатадина гидрохлорид), производимый компанией Алкон (Бельгия), обладает способностью стабилизировать мембраны тучных клеток и антигистаминным действием. Патанол имеет свойство подавлять высвобождение гистамина, PGD<sub>2</sub>, триптазы и провоспалительного цитокина TNF $\alpha$  из тучных клеток, а также ингибирует H<sub>1</sub>-гистаминовые рецепторы. Благодаря сочетанию разнонаправленных механизмов воздействия на патогенез аллергии, препарат применяется как для купирования острых проявлений АК, так и для лечения хронических АК и профилактики обострений [5]. Рекомендуются режим применения: 2 раза в сутки до 4-х месяцев. Разрешен к использованию у детей с 3-х лет.

Патанол подавляет все выраженные симптомы аллергии после 5 недель закапывания по сравнению с кромогликатами согласно сравнительным исследованиям эффективности данных средств [6]. Терапевтическая эффективность Патанола и 0,5% раствора кеторолака трометанина после 15 дней применения была сравнима, однако Патанол в большей степени снижал ощущение жжения [7]. 3-х недельное сравнительное исследование эффективности и безопасности Патанола и 0,05% раствора кетотифена fumarата показало, что Патанол в большей степени быстрее подавляет симптомы АК и обладает лучшей переносимостью [8].

**Цель.** Оценить эффективность и безопасность глазных капель Патанол (олопатадина гидрохлорид 0.1 %) в сравнении с глазными каплями Лек-

ролин (кромогликат натрия 2 %) у пациентов с аллергическим конъюнктивитом.

**Материал и методы.** В исследовании участвовало 50 пациентов (100 глаз) с выставленным диагнозом аллергический конъюнктивит. Из них – 46 женщин и 4 мужчины. Средний возраст составил 65,6 лет. Все пациенты были рандомизированы распределены на 2 группы по 25 человек. Критерием отбора было наличие у пациента острого или хронического аллергического конъюнктивита. Возраст больных – от 7 до 70 лет.

В данной работе были использованы следующие методы обследования: измерение остроты зрения, биомикроскопия, тонометрия по методу Гольдмана, периметрия, исследование состояния слезной пленки (тест Ширмера, Норна). Также оценивалась динамика жалоб пациента на дискомфорт, зуд, чувство инородного тела, жжение, слезотечение, покраснение глаза по 3-х балльной шкале (0–3). Длительность исследования составила 14 дней.

**Результаты исследования.** Всего закончили исследование 22 пациента. 3 человека были исключены из исследования по различным причинам. 2 пациента не явились на контрольный визит. 1 пациент самостоятельно начал лечение Макситролом через 3 дня применения Патанола.

При анализе динамики жалоб пациентов было выявлено, что Патанол быстрее устранял дискомфорт и зуд (к 7 дню применения у всех пациентов), а к 14 дню снял все симптомы у всех пациентов группы (таблицы 1,2).

Отмечалась тенденция к увеличению остроты зрения в обеих группах и уменьшению внутриглазного давления в группе Патанола. В другой группе пациентов наблюдалось некоторое увеличение уровня офтальмотонуса ( $p < 0,1$ ). Данные недостоверны. Исследование слезопродукции (тест Ширмера) не показало значимости результатов. Была выявлена незначительная положительная динамика в обеих группах.

Оценка стабильности слезной пленки (тест Норна) показала выраженное положительное влияние Патанола. Наблюдалось увеличение времени разрыва слезной пленки. Разница между начальными и конечными показателями составила 3,8 мм ( $p < 0,05$ ). У больных, получавших Лекролин, положительная динамика показателя теста Норна была незначительной.

**Обсуждение.** Результаты данного сравнительного исследования олопатадина и кромогликата соответствуют выводам предыдущих разработок

Таблица 1. Динамика жалоб при применении олопатадина (средние значения в баллах)

Срок наблюдения	Дискомфорт	Зуд	Инородное тело	Слезотечение	Покраснение
1 визит (до)	2,2	1,2	2	0,8	2,6
2 (1 день)	2,2	1	1,8	0,6	2
3 (3 день)	1	0,6	0,8	0,6	0,8
4 (7 день)	0	0	1	0,2	0,2
5 (14 день)	0	0	0	0	0

Таблица 2. Динамика жалоб при применении кромогликата натрия (средние значения в баллах)

Срок наблюдения	Дискомфорт	Зуд	Инородное тело	Слезотечение	Покраснение
1 визит (до)	2,3	1,5	2	0,5	2,1
2 (1 день)	2,3	1	1	0,5	2
3 (3 день)	1	1	1	0,4	0,6
4 (7 день)	1	1	1	0,2	0,5
5 (14 день)	0	0	0	0,2	0,4

[9]. Олопатадин показал более высокую эффективность в сравнении с кромогликатами. Более того, олопатадин оказывает дополнительное стабилизирующее влияние на слезную пленку. Оценка проводилась по результатам теста Норна. По данным Dogru M. et al. (2002), олопатадин улучшает состояние прероговичной слезной пленки, уменьшает явления клеточной метаплазии и увеличивает плотность клеток Гоблета [10]. Другое исследование, проведенное Brodsky M. (2000), показывает улучшение переносимости контактных линз у пациентов с АК, обусловленным их длительным ношением, а также купирование симптомов при весеннем, сезонном АК и атопическом кератоконъюнктивите [11].

**Заключение.** 0,1% раствор олопатадина гидрохлорида является эффективным и безопасным препаратом, как для лечения, так и профилактики аллергических заболеваний глаз различной этиологии, увеличивает стабильность слезной пленки и улучшает переносимость контактных линз. Кроме того, олопатадин можно применять до 4-х месяцев, напротив, кромогликат натрия — 2 недели. Препарат может быть рекомендован к широкому применению у пациентов с аллергическими конъюнктивитами.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Abelson M.B. // 3rd Int. symposium on ocular pharmacology and pharmaceuticals. Lisbon. 2000. p. 51.
2. Abelson M.B., McGarr P.J., Richard K.B. // Textbook of ocular pharmacology. Ed. T.J. Zimmerman. Lippencott. 1997. p. 609634.
3. Marmouz F., Raffard M. Allergic conjunctivitis: diagnosis and treatment. / Allerg. Immunol. (Paris).— 2004.— N. 36.— V. 1.— P. 25–29
4. Ono S.J., Abelson M.B. Allergic conjunctivitis: update on pathophysiology and prospects for future treatment. / J. Allergy Clin. Immunol. — 2005.— N.115, V. 1.—P.118–122 Abelson.
5. MB, Gomes P, Welch DL. Olopatadine reduces ocular signs and symptoms associated with allergic conjunctivitis 16 hours after instillation. Poster presented at the annual meeting of the Association for Research in Vision and Ophthalmology (ARVO); Fort Lauderdale, May 2003
6. Constance H. Katelaris, G.Ciprandi, L. Missotten, F. Darell Turner, D. Bertin, G. Berdeaux and International Olopatadine Study Group. Comparison of the efficacy and tolerability of olopatadine hydrochloride 0.1% ophthalmic solution and cromolyn sodium 2% ophthalmic solution in seasonal allergic conjunctivitis. / Clinical Therapeutics V. 24.— Issue 10.— October 2002.— P.1561–1575
7. Yaylali V., Demirlenk I., Tatlipinar S., Ozbay D., Esme A., Yildirim C., Ozden S. Comparative study of 0.1% olopatadine hydrochloride and 0.5% ketorolac tromethamine in the treatment of seasonal allergic conjunctivitis. / Acta Ophthalmol. Scand. — 2003.— N.81.— V.4.— P.378–382
8. Aguilar AJ Comparative study of clinical efficacy and tolerance in seasonal allergic conjunctivitis management with 0.1% olopatadine hydrochloride versus 0.05% ketotifen fumarate. Acta Ophthalmol Scand Suppl. 2000; (230):52–5
9. Dogru M., Ozmen A., Erturk., Sanli O., Karatas A. Changes in tear function and the ocular surface after topical olopatadine treatment for allergic conjunctivitis: an open-label study. / Clin. Ther. — 2002.— N. 24.— V. 8.—P.1309–1321
10. Brodsky M. Allergic conjunctivitis and contact lenses: experience with olopatadine hydrochloride 0.1% therapy. / Acta Ophthalmol. Scand. Suppl.— 2000.— N. 230.— P. 56–59.

## ПРЕСС-РЕЛИЗ

28 февраля 2012 года прошла пресс-конференция на тему: «**Что поможет изменить ситуацию с туберкулезом в Казахстане: мнения экспертов**», организованная Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни совместно с Национальным Центром проблем туберкулеза МЗ РК и Научно-практическим центром санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга МЗ РК.

В пресс-конференции приняли участие: **Жамиля Баттакова** - директор Национального центра проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК, **Тлеухан Абилдаев** - директор Национального Центра проблем туберкулеза Министерства здравоохранения РК, **Шалгинбай Жандосов** — директор Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга Министерства здравоохранения РК, **Гульназ Мусабекова** — координатор по лекарственному обеспечению Национального Центра проблем туберкулеза Министерства здравоохранения РК

Туберкулез остается серьезной проблемой современности и общественного здравоохранения в мировом масштабе. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2010 году зарегистрировано 8,8 млн. новых случаев туберкулеза (в 2009 году этот показатель составил 9,4 млн.). В 2010 году было зарегистрировано 1,1 млн. умерших от туберкулеза, несмотря на то, что для лечения больных уже в течение нескольких десятилетий существуют доступное и эффективное лечение.

На сегодняшний день туберкулез поражает все слои населения, как бедных, так и богатых. Отмечается рост заболеваемости туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью, трудно поддающейся лечению. Бремя туберкулеза неразрывно связано не только с огромными нагрузками на систему здравоохранения и потерями в экономике страны, но и человеческими потерями, поскольку туберкулез поражает, в основном, трудоспособное население. По прогнозам ВОЗ, в ближайшие 10 лет туберкулез останется одной из 10-ти ведущих причин заболеваемости и смертности в мире.

В Казахстане по данным Национального Центра проблем туберкулеза (НЦПТ), начиная с 2002 года, отмечается снижение заболеваемости туберкулезом с 165,1 на 100 тыс. населения до 86,8 на 100 тыс. населения в 2011 году, что соответствует снижению показателя на 47%. Тем не менее, заболеваемость туберкулезом в Казахстане находится на высоком уровне.

Вот почему профилактика и лечение туберкулеза являются приоритетными направлениями Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы.

Профилактика, здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за свое здоровье помогут изменить ситуацию с туберкулезом. В Казахстане в течение месяца с **23 февраля по 23 марта** пройдет ряд мероприятий, направленных на повышение информированности населения о туберкулезе, необходимости своевременного обращения за медицинской помощью при выявлении первых признаков туберкулеза, пропаганду здорового образа жизни среди населения, особенно молодежи.

**Цель месячника:** привлечение внимания общественности к проблеме туберкулеза, мобилизация всего общества для улучшения ситуации с туберкулезом в Казахстане.

В рамках месячника пройдут следующие мероприятия: Дни открытых дверей в медицинских организациях, информирование населения о профилактике туберкулеза в телевизионных и радиопрограммах, публикации в печатных изданиях, трансляция аудио и видеороликов, обучение студентов учебных заведений профилактике туберкулеза и формированию здорового образа жизни в виде научно-студенческих конференций, круглых столов, дискуссий, дебатов.

Каждый человек должен знать основные признаки туберкулеза и меры профилактики. **Основные признаки туберкулеза:** кашель более 2-х недель, незначительное повышение температуры тела, общая слабость, быстрая утомляемость, потеря веса тела, повышенная потливость.

### **Как защитить себя от туберкулеза:**

- Своевременно проходить флюорографическое обследование;
- Вакцинировать детей против туберкулеза;
- Соблюдать правила личной и общественной гигиены;
- Рационально питаться, употреблять в пищу молочные и мясные продукты; овощи и фрукты;
- Регулярно проветривать помещение, больше находиться на свежем воздухе;
- Отказаться от вредных привычек (курение, употребление алкоголя и наркотиков).

Необходимо помнить: хорошо поддается лечению заболевание, выявленное на ранней стадии! При своевременном выявлении и правильном лечении туберкулез излечим.

**Пресс-служба Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК  
Гульнара Есова**

## ПРЕСС-РЕЛИЗ

**1 февраля 2012 года**, в преддверии Всемирного дня борьбы против рака состоялась пресс-конференция на тему: **«Солидарная ответственность каждого как фактор раннего выявления и снижения преждевременной смертности от рака»**.

В пресс-конференции приняли участие: **Жамиля Баттакова** - директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, **Куаныш Нургазиев** - директор Казахского научно-исследовательского института онкологии, **Нагима Плехих** - президент Общественного фонда поддержки онкологических больных «Здоровая Азия», **Гульнара Кунирова** - исполнительный директор общественного фонда «Вместе против рака» **Диляра Кайдарова** - представитель Общественного фонда «Вместе против рака».

Темой Всемирного дня борьбы против рака 2012 года выбран лозунг-призыв **«Вместе, это возможно»**, поскольку только при участии и солидарной ответственности КАЖДОГО человека, гражданского общества и правительства, станет возможным уменьшение бремени, снижения преждевременной смертности от рака и других неинфекционных заболеваний на 25% к 2025 году.

Всемирный день борьбы против рака проводится Международным союзом против рака ежегодно 4 февраля с 2005 года и проходит при поддержке Всемирной организации здравоохранения. В этот день врачи Казахстана и всего мира напоминают людям о том, что проблема онкологических заболеваний – глобальная и чрезвычайно важная.

Ежегодно во всем мире выявляют около 10 млн. новых случаев онкозаболеваний, а умирают от них почти 8 млн. пациентов. По прогнозам ВОЗ, без надлежащих вмешательств за период с 2005 по 2015 годы от рака умрут 84 миллиона человек. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований до 2020 года во всем мире увеличится в 1,5-2 раза. Рост заболеваемости будет происходить в основном за счет рака легкого и колоректального рака у мужчин, рака молочной железы и тела матки - у женщин.

По данным Казахского НИИ онкологии и радиологии, в 2010 году в республике заболеваемость злокачественными новообразованиями составила 181,2

на 100 тыс. населения. В структуре заболеваемости на первом месте рак легкого – 12%, на втором месте рак молочной железы – 11,3%, на третьем – рак кожи и меланома 10,6%, на четвертом месте – рак желудка – 9%. Смертность от злокачественных новообразований составила 103,9 на 100 тыс. населения.

Неутешительные статистические данные, по мнению участников, говорят о том, что злокачественные новообразования стоят на третьем месте

среди причин смертности и очень важно для спасения жизней раннее выявление рака. Однако 50% пациентов обращаются к специалистам на 3-4 (поздней) стадии заболевания.

Врачи, а также все граждане республики, должны проявлять онкологическую настороженность что позволит, по мнению специалистов, предотвратить не менее половины случаев развития онкологических заболеваний.

Чтобы значительно снизить риск развития злокачественных новообразований, необходимо соблюдать довольно простые, но эффективные правила, которые входят в понятие «Здоровый образ жизни»: отказаться от табакокурения; бороться с избыточным весом и ожирением; вести активный образ жизни и регулярно заниматься спортом; правильно питаться, ежедневно употреблять достаточное количество овощей и фруктов; избегать длительного пребывания на открытом солнце и в соляриях; получить вакцинацию против вирусов, вызывающих рак печени и шейки матки; регулярно проходить бесплатные профилактические осмотры - скрининговые обследования на онкозаболевания в соответствии с возрастной группой.

В рамках Всемирного дня борьбы против рака во всех регионах Казахстана с **1 по 10 февраля** пройдет **декадник по профилактике онкологических заболеваний**, цель которого - привлечь внимание общественности к глобальной проблеме снижения бремени онкопатологии, повысить осведомленность населения республики, медицинских работников по вопросам профилактики и раннего выявления онкологических заболеваний; информировать население о необходимости прохождения скрининговых обследований.

**Пресс-служба Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК  
Казиева Айнура**