

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ



ISSN 2223-2931

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

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

№ 1
2013



Пресс-конференция по итогам проведения республиканского месячника профилактики туберкулеза и Всемирного дня борьбы с туберкулезом, г. Алматы, 2 апреля 2013 г.

На фото (слева направо): Д-р. Г. Цогт – советник по туберкулезу Проекта USAID, Абилдаев Т.- директор Национального центра проблем туберкулеза, Баттакова Ж.-директор Национального центра ФЗОЖ, Жандосов Ш. – директор НПЦ санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга, Сулейменова Г. – директор Центра ФЗОЖ УЗ г. Алматы



Пресс-конференция на тему: «В безопасности твоей крови – спасение многих», посвященная Всемирному дню здоровья, г. Алматы, 8 апреля 2013 г.

На фото (слева направо): Джунусбекова Г. – заместитель директора НИИ кардиологии и внутренних болезней, Байзолдынова А. - директор городского ревматологического центра, главный кардиолог УЗ г. Алматы, Слажнева Т. – заместитель директора Национального центра ФЗОЖ, Нугманова Д. - президент Ассоциации семейных врачей Казахстана.

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 1. 2013 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.

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

Ответственность за содержание публикуемых материалов несут авторы.
Редакция не несет ответственности за достоверность информации, опубликованной в рекламе.

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

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦ ПФЗОЖ.

Адрес редакции:
г. Алматы, ул. Кунаева, 86
тел/факс 2911083, внутр. 126
www.hls.kz
Заказ № 53. 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:

Искакова А.А.

Редакционная коллегия:

Аканов А.А., Шарманов Т.Ш., Тулебаев К.А.,
Breda J. (Копенгаген), T.L.Hunt (Нью-Йорк),
Касымжанова Ж.К., Айтмурзаева Г.Т. (Бишкек),
Муталова З.Д. (Ташкент), Жандосов Ш.У.,
Булешев М.К. (Шымкент),
Даленов Е.Д. (Астана), 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., Калматаева Ж.А.

Редакционный совет:

Сулейманова Г.Р. (Алматы)
Тогайбекова Ж.Е. (Шымкент)
Беляева Л.Л. (Петропавловск)
Баймаханов Т.Б. (Павлодар)
Джайлханова А.А. (Актау)
Гарась Н.В. (Костанай)
Ибраева Р.С. (Актобе)
Курманов М.К. (Астана)
Ермолаева Т.Ю. (Усть-Каменогорск)
Сатыбалдиев Ж.Т. (Алматинская область)
Мырзахметов К.Т. (Кызылорда)
Ермеккалиева С.Б. (Уральск)
Иманбекова Г.М. (Тараз)
Бурмаганов К.Ж. (Кокшетау)
И.о. директора Галаева А.И. (Караганда)



МАЗМҰНЫ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДАҒЫ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖҮЙЕСІН ЖЕТІЛДІРУДІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Т.И. Слажнева, Т.Қ. Сайдамарова, Л.Н. Шумилина Онкологиялық ауруларды ерте анықтауда, өлімді азайту факторы және факторы ретінде жиі скринингтік тексерулер өткізу.....	5
Т.С. Хайдарова Қазақстанда халықтың салауатты өмір салтын қалыптастыру.....	8
Т.Л. Хант, В.В. Колодин Тренинг бойынша материалдар шолуы: «Қазақстандағы денсаулық көрсеткіштері мен мотивацияларын жоғарылату».....	11
Ж. Бреда ДДСҰ балалар семіздігін бақылау жөніндегі Еуропа бастамасы.....	16
Ж.Е. Тоғайбекова, Ф.С. Байзахова Адамның салықалы жауаптылығы – оның денсаулығында!.....	18
И.Л. Ли Балаларда жүректің және тамырлардың қызметтік аурулары.....	20

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

К.С. Қыдырәлиева, Л.И. Мацько, Х. Отман Мектеп жасындағы балаларға стоматологиялық көмек ұйымдастыруды жетілдіру.....	22
Н.Г. Линченко, А.И. Ахметкалиева, А.И. Қансейітова Алматы қаласында 2010-2012 жылдарда атмосфералық ауаның ластануын аудандар бөлігінде бағалау.....	24
Т.Н. Ильинская, А.Д. Сәлімбаева, Н.Д. Мырзаліева, Н.В. Родинко Алматы қаласында 2009-2011 жылдардағы қара металлургия кәсіпорнында жұмыс аймағы ауасының сипаттамасы.....	29
Е.Я. Алпатов, Г.А. Кәрібаева Өртүрлі этиологияның басты остеопения рентгенология қырлары және ерекшеліктері ...	32
С.К. Мүсірепова Ақпараттық технологияларды БМСК жүйесіне енгізу.....	34
М.С. Кенжибаева Кіші жамбас органдарының қабыну аурулары: диагностикалық қырлары және емдеу қағидаттары...36	

ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАР ПРОФИЛАКТИКАСЫ

К.Ж. Бұрмағанов, О.В. Корнеева Глаукома аурудың маңызды скринингтік көрсеткіші.....	39
Е.Я. Алпатов, Г.А. Кәрібаева Созылмалы алкогольизммен ауыратындарда жіті пневмонияның клиникалық-рентгендік сипатының ерекшеліктері.....	41
Г.К. Маякова, С.С. Сәйдүллаева Алматы қаласының № 20 қалалық емханасында темекі шегу профилактикасы бойынша жұмыс ұйымдастыру.....	43
С.Қ. Сырлыбаева Қауіп-қатер факторларының тұрғындар денсаулығына тигізер әсері.....	45

АНАНЫ ЖӘНЕ БАЛАНЫ ҚОРҒАУ

К.И. Кушенова Жүкті әйелдерде гемостаз жағдайының ерекшеліктері.....	49
Е.И. Лозовых, С. И. Болотько Балаларда зейінділік және аса белсенділік тапшылығының синдромы	53
Е.И. Лозовых, Б. К. Байменова, С. И. Болотько Балаларда фебрильдік құрысу.....	55
М.С. Кенжибаева Ағзадағы папилломavirusының инфекциясы: емдеудің негізгі тәсілдері	57

КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ТӘЖІРИБИЕЛІК МЕДИЦИНА

А.А. Иманғалиева, М.Е. Әйтенбетова, Б.И. Нұрманов, А.Б. Айтбекова, М.М. Баранқұлова, Т.С. Хайдарова, Ә.А. Адаева Лор-органдары патологиясын емдеудегі заманауи тәсілдер.....	60
Ж.Х. Байтанатова, С.И. Болотько, Е.И. Лозовых Балаларда және жасөспірімдерде вегетативтік дистонияны емдеудің қағидаттары	62
Н.А. Айтмұхамбетов 2012 жылдың 9 айында өртүрлі үлес коэффициенттері бар клиникалық-жұмсау топтары бойынша төлемдер және емделген жағдайлар арақатынасы.....	64
Ж.Х. Байтанатова, С.Ю. Шелехов Балалар церебральді сал ауруын кешенді емдеуде Диспорт дәрісін қолдану.....	68
М.Г. Жұмадина, Е.Ю. Письменная Артқы ишемиялық идиопатиялық оптикопатия жағдайы.....	70
Н.А. Кауметова, Е.Ю. Письменная Жас ұлғайып, макулярлық тозу кезде Танакан дәрісін қолдану мүмкіндіктері...71	
К.И. Кушенова «Талап» АҚ медициналық көрсетілетін қызметтер жүйесінде бірлескен зертхананың ролі туралы, зертханалық қызметтерді ұйымдастыру.....	73
С.Т. Тулегенова Балалар ревматизмі және оны алдын алу.....	77
С.И. Болотько Балаларда мүшелердің тартылуы.....	80
А.Е. Рамазанова Зейіннің және аса белсенділік тапшылығының синдромын емдеу кезінде Танакан дәрісін қолдану...82	

ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАР, АИТВ/АИТС, ТУБЕРКУЛЕЗ, АЛКОГОЛИЗМ ЖӘНЕ НАШАҚОРЛЫҚ ПРОФИЛАКТИКАСЫ

Ж.Е. Тоғайбекова, Ф.С. Байзахова «Алкоголизм» - бұл әлеуметтік мәселе.....	83
К.И. Кушенова Гельминтоздың клиникалық-зертханалық диагностика	86
Е.Я. Алпатов, Г.А. Кәрібаева Туберкулёз емделеді.....	88



СОДЕРЖАНИЕ

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

Т.И. Слажнева, Т.К. Сайдамарова, Л.Н. Шумилина Проведение регулярных скрининговых осмотров на раннее выявление онкологических заболеваний, как профилактика и фактор снижения смертности.....	5
Т.С. Хайдарова Формирование здорового образа жизни населения в Казахстане.....	8
Т.Л. Хант, В.В. Колодин Обзор материалов по тренингу: «Повышения мотиваций и показателей здоровья населения в Казахстане».....	11
Ж. Бреда Европейская инициатива ВОЗ по контролю над детским ожирением.....	16
Ж.Е. Тогайбекова, Ф.С. Байзахова Солидарная ответственность человека - за его здоровье!.....	18
И.Л. Ли Функциональные заболевания сердца и сосудов у детей.....	20

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

К.С. Кыдралиева, Л.И. Мацько, Х. Отман Совершенствование организации стоматологической помощи детям школьного возраста.....	22
Н.Г. Линченко, А.И. Ахметкалиева, А.И. Кансеитова Оценка загрязнения атмосферного воздуха в городе Алматы в разрезе районов за 2010-2012 годы.....	24
Т.Н. Ильинская, А.Д. Салимбаева, Н.Д. Мырзалиева, Н.В. Родинко Характеристика воздуха рабочей зоны на предприятии черной металлургии г. Алматы за 2009-2011 гг.....	29
Е.Я. Алпатов, Г.А. Карибаева Рентгенологические аспекты и особенности генерализованной остеопении различной этиологии.....	32
С.К. Мүсірепова Ақпараттық технологияларды БМСК жүйесіне енгізу.....	34
М.С. Кенжибаева Воспалительные заболевания органов малого таза: диагностические критерии и принципы лечения.....	36

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

К.Ж. Бурмаганов, О.В. Корнеева Глаукома важный скрининговый показатель заболеваемости.....	39
Е.Я. Алпатов, Г.А. Карибаева Особенности клинко-рентгенологической картины острых пневмоний у больных хроническим алкоголизмом.....	41
Г.К. Маякова, С.С. Сайдудлаева Организация работы по профилактике табакокурения в городской поликлинике № 20 г. Алматы.....	43
С.Қ. Сырлыбаева Қауіп-қатер факторларының тұрғындар денсаулығына тигізер әсері.....	45

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

К.И. Кушенова Особенности состояния гемостаза у беременных женщин.....	49
Е. И. Лозовых, С. И. Болотко Синдром дефицита внимания и гиперактивности у детей.....	53
Е.И. Лозовых, Б. К. Байменова, С. И. Болотко Фебрильные судороги у детей.....	55
М.С. Кенжибаева Папилломавирусная инфекция гениталий: основные методы лечения.....	57

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

А.А. Имангалиева, М.Е. Айтенова, Б.И. Нугманов, А.Б. Айтбекова, М.М. Баранкулова, Т.С. Хайдарова, А.А. Адаева Современные подходы в лечении патологии лор-органов.....	60
Ж.Х. Байтанатова, С.И. Болотко, Е.И. Лозовых Принципы лечения вегетативной дистонии у детей и подростков.....	62
Н.А. Айтмухамбетов Соотношение пролеченных случаев и оплаты по клинко-затратным группам с различными весовыми коэффициентами за 9 месяцев 2012 г.....	64
Ж.Х. Байтанатова, С.Ю. Шелехов Применение препарата Диспорт в комплексном лечении детского церебрального паралича.....	68
М.Г. Жумадина, Е.Ю. Письменная Случай задней ишемической идиопатической оптикопатии.....	70
Н.А. Кауметова, Е.Ю. Письменная Возможности применения препарата Танакан при возрастной макулярной дегенерации.....	71
К.И. Кушенова Организация лабораторной службы, о роли объединенной лаборатории в системе медицинских услуг АО «Талап».....	73
С.Т. Тулегенова Детский ревматизм и его предупреждение.....	77
С.И. Болотко Тики у детей.....	80
А.Е. Рамазанова Применение препарата Танакан при лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности.....	82

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

Ж.Е. Тогайбекова, Ф.С. Байзахова «Алкоголизм» - это социальная проблема.....	83
К.И. Кушенова Клинко-лабораторная диагностика гельминтозов.....	86
Е.Я. Алпатов, Г.А. Карибаева Туберкулёз излечим.....	88



CONTENTS

THEORY AND ORGANIZATIONAL ISSUES TO IMPROVE HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN PUBLIC HEALTH OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

T.I. Slazhneva, T.K. Saydamarova, L.N. Shumilina Regular screenings for early detection of cancer for prevention and as a factor for mortality decrease.....	5
T.S. Khaidarova Healthy lifestyle promotion in Kazakhstan.....	8
T. L. Hunt, V.V. Kolodin Increased motivation and health indicators in Kazakhstan (Training material review).....	11
J. Breda WHO childhood obesity surveillance initiative.....	16
Zh.E. Togaybekova, F.S. Bayzakhova Joint responsibility of the human for health!.....	18
I.L.Lee Functional diseases of heart and blood vessels in children.....	20

PUBLIC HEALTH

K.S. Kydralieva, L.I. Matsko, H. Othman Improvements in dental care for school age children.....	22
N.G. Linchenko, A.I. Akhmetkalieva, A.I. Kanseitova Air pollution assessment in Almaty city in the context of regions in 2010-2012.....	24
T.N. Ilinskaya, A.D. Salimbayeva, N.D. Myrzalieva, N.V. Rodinko Characteristic of working zone air on the steel industry of Almaty city in 2009-2011.....	29
E.Y. Alpatov, G.A. Karibayeva Radiological aspects and features of generalized osteopenia of various etiologies.....	32
S.K. Mysirepova Hardware technology in PHC settings.....	34
M.S. Kenzhibaeva Inflammatory disease of the pelvic organs: diagnostic criteria and treatment guidelines.....	36

NONCOMMUNICABLE DISEASE PREVENTION

K.J. Burmaghanov, O.V. Korneev Glaucoma screening is an important indicator of the disease.....	39
E.Y. Alpatov, G.A. Karibayeva Features of clinical and radiographic signs of acute pneumonia in patients with chronic alcoholism.....	41
G.K. Mayakova, S.S. Saydullaeva Organization of smoking prevention in the city polyclinic № 20 Almaty.....	43
S.K. Syrlybaeva Risk factors influence on population health.....	45

MATERNAL AND CHILD HEALTH

K.I. Kushenova Features of hemostasis in pregnant women.....	49
E.I. Lozovikh, S.I. Bolotko Syndrome of attention deficit and hyperactivity in children.....	53
E.I. Lozovikh, B.K. Baymenova, S.I. Bolotko Febrile seizures in children.....	55
M.S. Kenzhibaeva Genital HPV infection: the main treatment.....	57

CLINICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE

A.A. Imangaliyeva, M.E. Aytenbetova, B.I. Nugmanov, A.B. Aytbekova, M.M. Barankulova, T.S. Khaidarova, A.A. Adayeva Current approaches in the treatment of ENT pathology.....	60
J.Kh. Baytanatova, S.I. Bolotko, E.I. Lozovikh The principles of treatment of vegetative dystonia in children and adolescents.....	62
N.A. Aytmukhambetov Ratio of treated cases and payment for clinical and cost groups with different weights for the first 9 months of 2012.....	64
J.Kh. Baytanatova, S.J. Shelekhov The use of Dysport in treatment of cerebral palsy.....	68
M.G. Zhumadina, E. U. Pismennaya A case of back ischemic idiopathic opticopathy.....	70
N.A. Kaumetova, E.U. Pismennaya Features of the Tanakan drug use at age-related macular degeneration.....	71
K.I. Kushenova Organization of laboratory services, the role of the combined facilities within the health services of JSC «Talap».....	73
S.T. Tulegenova Children rheumatism and its prevention.....	77
S.I. Bolotko Tics in children.....	80
A.E. Ramazanova Use of the drug Tanakan at the treatment of attention deficit and hyperactivity disorder.....	82

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

Zh.E. Togaybekova, F.S. Bayzakhova Alcoholism - is a social problem.....	83
K.I. Kushenova Clinical and laboratory diagnosis of helminth infections.....	86
E.Y. Alpatov, G.A. Karibayeva TB is curable.....	88

УДК 616-006-07-08

Т.И. СЛАЖНЕВА¹, Т.К. САЙДАМАРОВА, Л.Н. ШУМИЛИНА

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы,
д.м.н., профессор¹

**ПРОВЕДЕНИЕ РЕГУЛЯРНЫХ СКРИНИНГОВЫХ ОСМОТРОВ
НА РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ,
КАК ПРОФИЛАКТИКА И ФАКТОР СНИЖЕНИЯ СМЕРТНОСТИ**

Аннотация

Рак является одной из ведущих причин смерти во всем мире и Республика Казахстан не является исключением. Ежегодно в мире от рака умирает не менее 17000 человек, из которых 42% — лица трудоспособного возраста. По прогнозам ВОЗ, без надлежащих вмешательств заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований до 2020 года во всем мире увеличатся в 1,5-2 раза.

Ключевые слова: профилактика, скрининги на раннее выявление, снижение смертности.

Глобальный и устойчивый рост заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований объясняют глубокими изменениями в образе жизни людей, распространением вредных для здоровья привычек, ухудшением состояния окружающей среды.

Снижение смертности от онкологических заболеваний является целевым индикатором Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы и Программы развития онкологической помощи в Республике Казахстан на 2012-2016 годы. Смертность от онкологических заболеваний в Казахстане за 2012 год снизилась на 3% и занимает второе место в структуре смертности населения.

Одним из приоритетов Национальной скрининговой программы, которая реализуется с 2008 г., является профилактика и скрининговое обследование на раннее выявление рака шейки матки, молочной железы и колоректального рака. С 2013 года в пилотных регионах республики: Восточно-Казахстанской, Западно-Казахстанской, Кызылординской и Павлодарской областях, городах Астана и Алматы, поэтапно вводятся новые виды скрининга — на рак пищевода, желудка, печени, предстательной железы.

На сегодняшний день вакцинация и регулярные скрининги на раннее выявление — лучшая защита от рака шейки матки и других онкологических заболеваний.

Основные усилия специалистов направлены на формирование приверженности населения к

ведению здорового образа жизни, ответственного отношения к своему здоровью.

Ежегодно в республике выявляется более тридцати тысяч новых случаев онкозаболеваний, при этом, на ранней стадии выявляется только 47,2% заболеваний. В настоящее время в национальном онкорегистре состоит свыше 144 тысяч больных. Пятилетняя выживаемость онкологических больных, как основной показатель эффективности службы, в Казахстане составляет 51,2%. В развитых странах данный показатель равен 60% [1].

В мире наблюдается ежегодный прирост онкологических заболеваний в среднем на 5%. Согласно исследованиям ВОЗ рост онкологической заболеваемости в мире будет происходить в основном за счет рака легкого, колоректального рака у мужчин, а также рака молочной железы и рака шейки матки у женщин.

Аналогичная тенденция роста заболеваемости раком характерна и для Казахстана, с учетом роста благосостояния и продолжительности жизни населения, увеличения выявляемости злокачественных новообразований с внедрением программ ранней диагностики. Глобальный и устойчивый рост заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований объясняют глубокими изменениями в образе жизни людей, распространением вредных для здоровья привычек, ухудшением состояния окружающей среды.

Согласно данным международных исследований, причинами возникновения злокачественных заболеваний являются такие факторы образа

жизни и окружающей среды, как курение (30%), неправильное питание (35%), инфекционные факторы (10%), профессиональные канцерогенные воздействия (4-5%), ионизирующее излучение (4-5%), ультрафиолетовое излучение (2-3%), потребление алкоголя (2-3%), загрязнение атмосферного воздуха (1-2%), низкая физическая активность (4-5%). Сегодня достоверно доказано, что основной причиной (70%) рака шейки матки является вирус папилломы человека (ВПЧ), 15 штаммов которых особенно «высокоонкогенны», а 16 и 18 опасны для человека и могут вызвать злокачественное перерождение клеток шейки матки [2].

Рак — это общее обозначение более чем 100 болезней, которые могут поражать любую часть организма. Одним из характерных признаков рака является быстрое образование аномальных клеток, прорастающих за пределы своих обычных границ, способных проникать в близлежащие части организма и распространяться в другие органы. Этот процесс называется метастазом.

Рак представляет огромное бремя для пациентов, их семей и общества. Он является одной из ведущих причин смерти в мире, особенно в развивающихся странах.

В докладе Министра здравоохранения на расширенной коллегии от 29 января 2013 года отмечено, что смертность от онкологических заболеваний в Казахстане за 2012 год, снизилась на 3% и занимает второе место в структуре смертности населения. Однако многие из этих случаев смерти можно избежать. Рак сегодня не приговор. По оценкам экспертов ВОЗ, более 30% всех случаев смерти от рака можно предотвратить благодаря раннему выявлению, профилактике путем иммунизации против инфекций, способных вызвать рак (вирус гепатита В и вирус папилломы человека) и соблюдению принципов ЗОЖ (правильное и полноценное питание, активный образ жизни, отказ от курения и чрезмерного употребления алкоголя, умение справляться со стрессами), а также, отказ от практики раннего начала половой жизни, ранней беременности, родов и абортов - до 16 лет, частой смены партнеров, повышающей риск заражения ИППП, в том числе и ВПЧ.

До 40% случаев заболевания раком, возможно, предотвратить, избегая контакта с такими известными канцерогенами, как табачный дым [3].

Пять лет для большинства онкологических заболеваний являются тем стандартом, после ко-

торого человек считается вылеченным. Прогрессирование заболевания происходит в течение первых 2 лет у 70% больных. При преодолении 5 лет выживания без рецидивов и метастазов прогноз благоприятный.

Большая часть онкологических заболеваний, таких как опухоли молочной железы, кожи, шейки матки, пищевода, желудка, печени, ободочной и прямой кишки, предстательной железы, встречающихся в Казахстане, может быть диагностирована на ранних стадиях путем проведения скрининговых программ. Соответственно, снижение смертности от опухолей данной локализации может стать резервом для снижения общей смертности от онкологических заболеваний.

Тем не менее, для достижения результативности скринингов, необходимо активное участие населения в этих программах: прохождение осмотров, а также выполнение тех рекомендаций, которые они получают в ходе посещения медицинских организаций и специалистов, своевременное лечение выявленной патологии. Немаловажным компонентом успеха этих программ является вовлечение работодателей путем создания ими условий для прохождения работниками скрининговых исследований.

По данным сводного годового отчета по скрининговым осмотрам целевых групп населения РК за 2012 год скринингами на раннее выявление онкологических больных среди взрослого населения было охвачено 2217609 человек, у 79757 человек выявлены предопухолевые и опухолевые заболевания, на «Д» учет взято 71391 человек [4].

Согласно данным статистики, пик заболеваемости различными формами рака приходится на разный возраст, а средний показатель заболеваемости раком в стране 50-60 лет. В Программе развития онкологической помощи именно в этом возрасте планируется делать скрининговое обследование. Однако заболеваемость раком молочной железы начинается примерно с 40 лет и раньше, раком шейки матки - с 35 лет. Поэтому диагностика по этим видам заболеваний пересматривается и обследование населения, по мнению специалистов, целесообразней начинать в более раннем возрасте. Кроме того, важным вопросом является недостаточная информированность населения и отсутствие продуманной системы стимулирования граждан проходить данное обследование.

Современная медицина не стоит на месте: методы борьбы с онкологическими заболеваниями постоянно совершенствуются.

Вакцинация — это метод первичной профилактики РШМ, который обеспечивает стойкий иммунитет против ВПЧ, и ее можно считать элементом ЗОЖ.

На сегодняшний день вакцинация и скрининговые обследования на раннее выявление — лучшая защита от РШМ и других онкологических заболеваний.

Задача службы ЗОЖ совместными усилиями с другими заинтересованными ведомствами и при активной поддержке СМИ, государства и общественных организаций; донести до широких слоев населения, медицинских работников и специалистов образования, работодателей, родителей и девочек подростков четкую и достоверную информацию о том, что имеется эффективная вакцина против ВПЧ — основной причины РШМ, преимущества вакцинации, других мерах профилактики и важности раннего выявления РШМ и других форм рака.

Сегодня основные усилия специалистов направлены на формирование приверженности населения к ведению здорового образа жизни, ответственного отношения к своему здоровью.

В рамках Всемирного дня борьбы против рака ежегодно во всех регионах страны при организационно-методическом руководстве НЦПФЗОЖ и поддержке КазНИИОиР проходит декадник по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний.

В период информационной кампании в организациях ПМСП и онкодиспансерах проходят пресс-конференции, круглые столы, семинары-тренинги, Дни открытых дверей, выступления специалистов на радио и ТВ, распространение, разработанного по принципу единой национальной политики совместно с КазНИИОиР, информационно-образовательного материала на государственном и русском языках в виде буклета для населения, буклета для девочек подростков и брошюры для родителей «Защити себя» о вакцинации против ВПЧ, брошюры для населения «Победим рак шейки матки вместе», листовки «Что нужно знать о раке», плакат «Маршрут пациента» схема прохождения скрининга и плакат «Мар-

шрут пациента» по возрастным категориям, листовки-приглашения пройти скрининг.

Сегодня необходимо знать, что рак можно предупредить, успешно лечить и продлить жизнь при его раннем выявлении.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Материалы расширенной Коллегии Министерства здравоохранения РК. — Астана, от 29.01.2013. — 84 с.

2 Глобальная стратегия борьбы против рака. — Женева: Всемирная Организация Здравоохранения, 2006. (www.who.int). — 36 с.

3 Концепция проведения Всемирного дня борьбы против рака и декадника по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний с 2013 г. // Алматы: НЦПФЗОЖ, 2013. — 8 с.

4 Сводный годовой отчет по профилактическим (скрининговым) осмотрам целевых групп населения за 2012 г. // Алматы: НЦПФЗОЖ, 2013. — 107 с.

ТҮЙІН

**Т.И. СЛАЖНЕВА¹, Т.Қ. САЙДАМАРОВА,
Л.Н. ШУМИЛИНА**

ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы, Алматы қ., м.ғ.д., профессор¹

ЕРТЕ АНЫҚТАУДАҒЫ ПРОФИЛАКТИКА ЖӘНЕ ЖҮЙЕЛІ СКРИНИНГ – ҚАТЕРЛІ ІСІКТЕН ЖАҚСЫ ҚОРҒАНЫС

Бүкіл әлемде және Қазақстан Республикасында қатерлі ісік өлімнің жетекші себептерінің бірі болып табылады. Жыл сайын қатерлі ісіктен 17000 жуық адам жанын береді, оның ішінде 42% — еңбекке жарамды жастағылар. ДДСҰ болжамы бойынша, қатерлі ісіктен өлім, ауру-сырқаулық тиісті араласуларсыз 2020 жылға дейін әлемде 1,5-2 ұлғаяды.

SUMMARY

**T.I. SLAZHNEVA¹, T.K. SAYDAMAROVA,
L.N. SHUMILINA**

National Center for problems of healthy lifestyle development MOH of Kazakhstan, Almaty, d.m.s., professor¹

PREVENTION AND REGULAR SCREENING FOR EARLY DETECTION - THE BEST PROTECTION AGAINST CANCER

Cancer is a leading cause of death worldwide and in the Republic of Kazakhstan. Each year cancer kills about 17,000 people, of which 42% — of working age. WHO predicts that without appropriate intervention morbidity and mortality from cancer by 2020 world will increase by 1.5-2 times worldwide.

614.2:616.1/8-084(574)

Т.С. ХАЙДАРОВАНациональный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы,
д.м.н., профессор**ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ****Аннотация**

Инвестиции в профилактику и совершенствование мер борьбы с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) позволят сократить преждевременную смертность и предотвратимую заболеваемость и инвалидность, а также повысить качество жизни и уровень благополучия людей и обществ.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания, первичная профилактика, формирования здорового образа жизни.

На бремя болезней, входящих в группу НИЗ приходится не менее 86% смертности и 77% бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ. Распределение соответствующих эпидемиологических показателей демонстрирует значительные неравенства, отражающие социальный градиент, но при этом все НИЗ связаны общими факторами риска, глубинными детерминантами и наличием возможностей для эффективных вмешательств.

По меньшей мере 86% смертей и 77% бремени болезней в Европейском регионе ВОЗ обусловлено неинфекционными заболеваниями. Инвестиции в профилактику и совершенствование мер борьбы с этой широкой группой заболеваний позволят сократить преждевременную смертность и предотвратимую заболеваемость и инвалидность, повысить качество жизни и уровень благополучия людей и обществ [1].

В последние годы в масштабах всего мира растет уровень внимания к НИЗ и приоритетности действий в данной сфере. В 2008 г. Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила План действий по осуществлению Глобальной стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2008–2013 гг.) в качестве комплексной основы для систематического выявления возникающих эпидемий, снижения воздействия факторов риска и совершенствования медицинской помощи для пациентов с НИЗ. Принятая в 2010 г. глобальная стратегия по сокращению вредного употребления алкоголя стала еще одним важным документом, наряду с существующими инструментами по вопросам питания, физической активности и здоровья [2].

В международном масштабе неуклонно повышается уровень осознания проблем, связанных с НИЗ, их коренных причин, а также растет на-

учно-доказательная база для эффективных вмешательств.

В масштабах Европы внимание вновь сосредоточено на основных факторах риска НИЗ. К настоящему времени 47 государств-членов Европейского региона являются официальными сторонами Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ). В 2006 г. состоялась министерская конференция по борьбе с ожирением, итогом которой стало принятие хартии, второго Европейского плана действий ВОЗ по пищевым продуктам и питанию на 2007–2012 гг. и Европейской рамочной основы по содействию физической активности в интересах здоровья (2007 г.); Европейский план действий по сокращению вредного употребления алкоголя (2012–2020 гг.) представлен на рассмотрение Регионального комитета для принятия в этом году (см. документ EUR/RC61/13). В широких рамках деятельности Регионального бюро по проблемам НИЗ продолжается работа в сфере охраны психического здоровья и по проблемам инвалидности;

В Пармской декларации по окружающей среде и здоровью (2010 г.) европейские государства-члены четко поставили перед собой цель внести важный вклад в профилактику НИЗ путем действий, направленных на снижение воздействия вредных факторов окружающей среды. Кроме того, важные меры в отношении детерминант здоровья, по профилактике болезней, по проблеме здорового и активного старения, а также против бедности и социального исключения предпринимает Европейский союз (ЕС).

Ключевым компонентом содействия формированию здорового образа жизни, равно как и профилактики и лечения НИЗ является расширение прав и возможностей граждан. В результате

эволюции ролей пациентов и медицинских работников пациент становится в центре лечебно-диагностического процесса. Стратегии, направленные на расширение прав пациентов и их семей, повышают возможности пациента активно участвовать в лечении своего заболевания, вести более здоровый образ жизни и более эффективно использовать услуги здравоохранения; близкие пациента при этом совершенствуют навыки ухода.

Одновременно с планированием широких социальных мер по детерминантам НИЗ необходимо непосредственно обратиться к решению вопросов, связанных с четырьмя поведенческими факторами риска. Как указано в глобальных и региональных обзорах по социальным детерминантам, важно сосредоточить внимание на контексте, в котором формируется образ жизни — «первопричине». За последнее десятилетие приняты глобальные и региональные стратегии борьбы с курением, вредным потреблением алкоголя, отсутствием физической активности и нездоровыми рационами питания. Кроме того, РКБТ является ключевым международным инструментом в сфере здравоохранения по борьбе против табака. Пакет политики MPOWER представляет собой подкрепленный доказательной базой набор инструментов по реализации РКБТ. В результате проведенной оценки меры по борьбе с табаком и сокращению потребления соли были признаны одними из наиболее экономически эффективных в глобальном масштабе. Вместе с тем признается, что наиболее эффективны многокомпонентные программы, являющиеся составной частью интегрированного и комплексного подхода.

В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Казахстан», рассчитанной на период с 2011 года по 2015 год, формирование здорового образа жизни населения (ФЗОЖ), пропаганда и развитие физкультуры и спорта, привитие навыков здорового питания остаются приоритетом не только для деятельности Министерства здравоохранения РК (Национального центра проблем ФЗОЖ МЗ РК), но и нашего государства. Это связано с тем, что по исследованиям, проведенным ВОЗ в Казахстане (2002 г) и научными исследованиями образа жизни населения, проведенными Национальным центром проблем ФЗОЖ (с 1998 по 2012 гг. научный отдел НЦПФЗОЖ провел 5 широкомасштабных социологических исследований по Казахстану с общим объемом опроса населения по 24 000 анкет по каждому исследова-

нию) выявлены основные поведенческие факторы риска развития неинфекционных заболеваний (НИЗ), такие как табакокурение, гиподинамия, не рациональное и не здоровое питание, которые влияют на развитие неинфекционных заболеваний. По доступным научным данным имеются научно-доказанные факты опыта развитых стран по проведению первичной профилактики НИЗ — борьба с табакокурением, гиподинамией (недостаточная физическая активность населения), не здоровым питанием (потребление большого количества жирной пищи, содержащий холестерин, потребление соли более 5-6 граммов, низкое потребление овощей и фруктов в ежедневном рационе питания), а также злоупотребление алкоголем, которые снижают заболеваемость и смертность населения от НИЗ, в первую очередь от сердечно-сосудистых заболеваний.

В Государственной программе развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» ФЗОЖ указывается первым и основным межсекторальным направлением для снижения заболеваемости, смертности и инвалидизации населения. В этой связи, в Казахстане предстоит усилить межведомственное и межсекторальное взаимодействие по вопросам укрепления здоровья населения, так как более 80% факторов риска (немедицинских детерминант) не зависят от деятельности системы здравоохранения.

Впервые в нашей стране в вопросах укрепления здоровья населения объединены усилия государственных органов, ведомств и общественности, а не только медицинских органов и систем.

Подписано межсекторальное соглашение между 8-ми министрами по достижению целевых индикаторов Госпрограммы «Саламатты Қазақстан». Предусмотрена реализация 7-ми межсекторальных программ, включая здоровье школьников и подростков, здоровое питание, повышение мотивации населения к собственному здоровью [3, 4].

С целью привлечения неправительственных организаций, для совместного решения задач в области укрепления общественного здоровья впервые создан Общественный Совет по защите прав пациентов. Аналогичные советы созданы во всех регионах. Впервые размещен государственный социальный заказ среди НПО.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 План действий по реализации Европейской стратегии профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (2012–2016 гг.) - Всемирная организация здравоохранения, 2012 - 33 с.

2 Здоровье-2020: поддержка действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. - Мальта, 2012. - 16 с.

3 Государственная программа развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» 2011-2015 гг. - №1113, Указ Президента РК от 29 ноября 2010 г. - 56 с.

4 Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. - Всемирная Организация Здравоохранения, 2005 г. - 60 с.

ТҮЙІН

Т.С. ХАЙДАРОВА

ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру

ұлттық орталығы, Алматы қ.,

м.ғ.д., профессор

**ҚАЗАҚСТАНДА ХАЛЫҚТЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР
САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ**

Инфекциялық емес аурулармен (ИЕА) күрес шараларын жетілдіруге және профилактикаға инвестиция мезгілінен бұрын қайтыс болуды, мүгедектікті және ауруды болдырмауға, сонымен бірге өмір сапасын және қоғам мен адамдардың сәттілік деңгейін арттыруға мүмкіндік береді.

SUMMARY

T.S. KHAYDAROVA

National Center for problems of healthy lifestyle
development MOH of Kazakhstan, Almaty,

d.m.s., professor

**POPULATION HEALTHY LIFESTYLE
DEVELOPMENT IN KAZAKHSTAN**

Investing in prevention and improved control of noncommunicable diseases (NCD) reduce premature death and preventable morbidity and disability, also improve quality of life and well-being of individuals and society.

UDC 614.2:37:613:504:351.77

T. L. HUNT¹, V.V. KOLODIN²

Master of Social Sciences, Family Therapist, Addictions Specialist. Director of Training for the Global Health Research Center of Central Asia (GHRCCA) and the Social Intervention Group (SIG) at Columbia University. New York City, USA.¹

Psychologist, PhD, Senior Lecturer, Department of Population Health and Social Sciences. Kazakhstan School of Public Health.²

INCREASED MOTIVATION AND HEALTH INDICATORS IN KAZAKHSTAN (Training material revue)

Abstract

This article reviews the basic techniques and topics, as well as to identify the most important terms discussed during the training «Enhancing Healthy Lifestyle Outcomes: Utilizing Screening, Assessment and Effective Intervention to Support Health Behavior Change», was conducted 10th-14th, December, 2012 Almaty, Kazakhstan. Was funded by The Ministry of Health, Center for Healthy Lifestyle Development with the technical and organization support by Global Health Research Center of Central Asia (GHRCCA).

Key words: motivational interviewing, addiction, counseling skills, family, social marketing, stress and trauma.

Training Overview: Learning to practice Motivational Interviewing and other counseling skills utilized in Health Behavior Change, Tobacco Use Cessation and other non-communicable disease prevention programs is much like learning to play a musical instrument- there is an initial period of instruction and acquisition of new skills, followed by an extended period of practice to increase proficiency and confidence.

Trainers introduced staff to the basics of Tobacco Cessation, skills used in Motivational Interviewing and other provider communication methods, and to familiarize practitioners with the underlying core 'assumptions' that constitute the spirit and principles of MI and patient-centered counseling. Additionally, it was introduced a complimentary model called the Stages of Change to increase client engagement and collaboration. During this training was offered some information about theory and empirical support for the use of MI, but was focused primarily on engaging staff in practicing skills to address the ambivalence often accompanying different behaviors that lead to health risks.

Training Goal: To build multidisciplinary health care teams' ability to use effective behavior change strategies with patients to enhance overall health outcomes.

Training Objectives:

1. Have a broader understanding of the value of integrating screening and treatment for Tobacco, Alcohol, and other drug dependence, and mental health into medical services.

2. Modern strategies of primary prevention of non-infectious diseases, cluster mechanisms and inter-sectoral cooperation.

3. Enhance awareness of tools and resources that are available to assist providers in screening and response to Nicotine and Alcohol Dependence beyond giving advice.

4. Explore the use of an ecological perspective to build patient rapport and to address barriers and facilitators of a healthy lifestyle.

5. Identify target behaviors for prevention; substance use, and health care seeking behaviors such as exercise and regular physical exams.

6. Demonstrate the ability to assess each client's readiness to address Tobacco or Alcohol Dependence and other related health behavior change.

7. Demonstrate the ability to use counseling strategies that match the client's readiness.

8. Build skill and capacity of participants and their staff to engage and motivate patients to follow treatment recommendations successfully.

9. Define action steps in the implementation of stage and strength-based counseling with staff in healthcare settings.

The format of the five-day training: participants taking part in this course will be encouraged to build on their current knowledge and experience with an open mind to learning new techniques and strategies to practice and teach other workers more effective ways of engaging patients in their home region. The 5 day training is designed to increase awareness of health risks, screening, treatment and ways to

enhance dialogue with patients in medical practice. It uses a combination of teaching methods including lecture, group work and interactive role play to build knowledge and skills. Practice exercises and scenarios was addressed issues relevant to the population served as well as system issues that may be barriers to implementation and the training of staff. The assumption it was focused on the application of MI to the primary areas agreed upon by clients and Center for Healthy Lifestyles mission's, such as workforce development to enhance Tobacco Cessation efforts. Practice exercises and scenarios was addressed issues relevant to the population served as well system issues that may be barriers to health enhancing program implementation. During the training, we tested the participants' knowledge of training before and after training, allowing to evaluate the changes of awareness participants in training subject areas. As well as daily feedback that allows trainers to identify the current level of participants understanding the training topics, and to respond flexibly to make adjustments to the program and adapt the training materials for a fuller and deeper understanding of training topics.

Motivational interviewing is a person-centered, guiding method of communication for eliciting and strengthening internal motivation for change [1].

Spirit of Motivational Interviewing - Autonomy; Evocation; Collaboration - Like client-centered counseling has been described as a "way of being" with a client. The "spirit" in which it is delivered is as important as the techniques that are used. Characterized by a warm, genuine, respectful and egalitarian stance that is supportive of client self-determination and autonomy. MI mechanisms studied - 25 years of MI research has shown significant effects in a broad range of addiction treatments and health promotions [2].

Two active components: Increasing a specific type of client change talk—what they say in session about their commitment to making behavioral changes—and decreasing client speech that defends the status quo [3].

Premise - Although *advice-giving* works well with some clients, especially when there is good rapport between worker and client, reliance on this approach as the guiding framework for work with health behavior change is not recommended. Your approach needs to be both *client-centered* and *directive* to accomplish what is needed to motivate clients towards productive change [4].

Stages of Change or the Transtheoretical Model of Behavior Change (TTM) Prochaska, DiClemente & Norcross defines "Motivation" as the "probability" that a person will enter into, continue, and adhere to a specific change strategy influenced by: personalization, anticipated benefits, social norms, skills. stage when a person is not even pondering the behavior and do not

think about that would just change something, well, like he just knows that chicken is bad [5].

Precontemplation - stage when a person isn't even considering about their behavior and don't think about that would change something, it's like he just knows that smoking is bad. Contemplation - when a person is beginning to seriously think about the harm smoking brings him, and then maybe it would be good to change their behavior. Preparation - when a person is seriously considering about change the behavior, looking for information on the Internet, literature, asks friends or communication with a specialist. As well as develop a change plan. Action - directly to the process of change, the practice of implementation new behavior. Maintenance - stage when the behavior has changed, but it should strengthening of the future, and preventing relapse of the old behavior.

Communication skills. Opening strategies (OARS): open-ended questions - Questions that cannot be answered briefly or in one word. Give the client an opportunity to say, describe and explain using his own words. Often begin with "How?", "When?", "Where?", "What?". Affirmations - pay attention to the client's efforts, strengthen his self-perception, let the client feel, highlight something that was said or done by the client. Attributes, credit any merit to the client. Reflective listening - short statements that lead communication forward and in a specific direction. Let the client know that you understand him/her and confirm that he/she was heard, can focus on feelings. Summarizing statements - are simply or long reflections. They can be used to make a transition in a session, to end a session, to bring together content in a single theme, or just to review what the client has said.

Etiologies of addiction. There are many different etiological models of addiction. These models serve as the basic framework for structuring the treatment of Alcohol, Tobacco and other drug use (ATOD). Etiological models that attempt to explain the process of addiction are: the biopsychosocial model, the disease/12 step model, the harm reduction model [6].

The biopsychosocial model takes into account that addiction has multiple determinants and incorporates three factors that must come together in a unique way in order for addiction to occur. This model is useful as an assessment interview schema.

Bio – refers to the presence of brain changes and/or a genetic vulnerability that predispose an individual to addiction. These biological processes may increase the risk of developing a dependency in the context of environmental factors. The class of drug, as well as the duration and intensity of drug use play mitigating roles in the influence of this biological factor.

Psycho – refers to various psychological influences, such as comorbidity, reinforcing effects, personality, attitudes, beliefs, expectancies, attributions and the need to self-medicate that may contribute to the onset of addiction.

Social – refers to societal influences, such as modeling by family and/or peers that may increase the potential for addiction.

The disease/12 step model - states that heavy ATOD use progressively affects the biologically predisposed brain to create structural or chemical changes, causing increasingly persistent and irresistible conscious and unconscious cravings for substances and decreasing the ability to regulate ATOD use through will power alone.

The harm reduction model - offers a set of public-health principles and procedures designed to reduce the harm associated with drug use by providing a wide array of tools, education and services with the goal of empowering individual to care for themselves and learn self-help strategies.

Key concept of Social Marketing. Barriers - Hindrances to desired behavior change that are identified by the audience. These may be factors external or internal to audience members themselves (e.g., lack of proper health care facilities, the belief that fate causes illness and one cannot alter fate, lack of skill to use a condom correctly, etc.).

Benefits - Advantages that the audience identifies which may or may not be directly associated with a behavior. These can be framed as the positive results, feelings, attributes, etc. the audience will obtain from the desired behavior change. Benefits are what you offer to the audience in exchange for the new behavior.

Competition - The behaviors and related benefits (See Benefits) that the target audience are accustomed to or may prefer over the behavior you

are promoting (e.g., using the elevator competes with taking the stairs because of ease and quickness, having potato chips with lunch competes with including a fruit and vegetable at each meal because of taste and low cost; formula feeding competes with breastfeeding because of convenience and participation by other family members). Competition also encompasses the organizations and persons who offer or promote alternatives to the desired behavior (e.g., fast food restaurants offer less healthy food choices, infant formula makers promote their products to new mothers, friends may encourage a college student to drink until drunk).

Determinants of behavior - Factors (either internal or external to the individual) that influence an individual's actions or behaviors. Behavioral science theories and models list various determinants.

Exchange - The concept that people compare the costs and benefits of performing a behavior before actually doing it. The benefits must outweigh the cost in order for people to perform a behavior. Exchange provides a way for you to understand the costs and benefits a target audience associates with a desired behavior change. Apply this concept by offering to the audience benefits they want in return for making the desired behavior change.

Stress Disorders & Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Stress is an organism's response to a stressor such as an environmental condition or a stimulus. Stress is a body's way to react to a challenge. According to the stressful event, the body's way to respond to stress is by the sympathetic nervous system which results in the Fight-or-Flight response. Stress typically describes a negative condition or a positive condition that can have an impact on an organism's mental and physical well-being [7]. Stress – to a point- can have positive effect on a person function. Too much stress can have negative effect on a person function.

Health (as defined by Moller & Rice, 2006) - ability of all body systems to function in a manner compatible with life and social function and includes all the physical aspects of a person." Includes: ability to pay attention, learn, think clearly, solve problems, make decisions. Anything that overwhelms person's capacity to cope [8].

Defining Trauma: «psychic trauma» occurs when a sudden, unexpected, overwhelmingly intense emotional blow or a series of blows assaults the person from outside [9]. Traumatization occurs

when both internal & external resources are inadequate to cope with external threat [10]. Post Traumatic Stress Disorder is the most common post disaster disorder, and most people dealing with any disorder are dealing with PTSD.

Conclusions: This article describes the main components, materials and structure of the training. Materials and practical training exercises, allow to increase the level of awareness regarding motivational interviewing and modern approaches to teaching on this subject. The program of the training also allows participants to develop a systematic understanding of the ecological approach as part of a healthy lifestyle. Including the impact on the individual level, values and attitudes, skills, motivational interviewing and counseling allow to introduce changes at the level of staff and health care organizations. Social marketing strategies allowing to make changes at the level of state policy, and society as a whole. Questions considered in this article building of the participants knowledge and skills in relation to modern science-based approaches, towards improving the health of citizens through increased individual responsibility for health and behavior change to reduce risk and improve healthy behaviors.

REFERENCES

- 1 Miller, W. R., Rollnick, S. (2009). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 3d Edition. New York: Guilford Press.
- 2 Worker's interpersonal skills such as accurate empathy (Miller, 2002), Lundahl, B., Tollefson, D., Gambles, C., Brownell, C., & Burke, B. (in press). A Meta-analysis of Motivational Interviewing: Twenty Five Years of Empirical Studies.
- 3 Amrhein, P.C., Miller, W.R., Yahne, C.E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing. Predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 862–878.
- 4 *Health Behaviour Change: A Guide for Practitioners* Stephen Rollnick. Stephen Rollnick, Mason Pip, Christopher, Butler. 11 Edition, Churchill Livingstone, 1999.
- 5 Prochaska, J.O.; Butterworth, S.; Redding, C.A.; Burden, V.; Perrin, N.; Leo, M.; Flaherty-Robb, M.; Prochaska, J.M. Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Prev Med* 2008 Mar;46(3):226–31. Accessed 2009 Mar 21.
- 6 Center for Substance Abuse Treatment (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) 35*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.
- 7 Keil, R.M.K. (2004) Coping and stress: a conceptual analysis *Journal of Advanced Nursing*, 45(6), 659–665
- 8 Rice, M., Moller, M., DePascale, C & Skinner, L. (2007). APNA and ANCC Collaboration: Achieving consensus of Future Credentialing for Advanced Practice Psychiatric and Mental Health Nursing. *Journal of the American Psychiatric Nurses*. 153-159.
- 9 Terr L: Life attitudes, dreams, and psychic trauma in a group of «normal» children. *Am Acad Child Psychiatry* 1983; 22:221–230
- 10 D'Andrea, W., Ford, J., Stolbach, B., Spinazzola, J., van der Kolk, B., 2012, Vol. 82, No.2 van der Kolk, B. A. (1989), *Psychiatric Clinics of North America*, Vol.

ТҮЙІН

Т.Л. Хант¹, В.В. Колодин²

Әлеуметтік ғылымдар магистрі, жанұялық терапевт, нарколог, Орталық Азиядағы Ғаламдық Денсаулықты Зерттеу Орталығының (GHRCCA) және араласу әлеуметтік тобының оқу бойынша директоры, Нью-Йорк, США¹

Психолог, м.ғ.к., Қазақстандық қоғамдық денсаулық сақтау мектебінің халық денсаулығы және әлеуметтік ғылымдар кафедрасының аға оқытушысы.²

ТРЕНИНГ БОЙЫНША МАТЕРИАЛДАР ШОЛУЫ: «ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ДЕНСАУЛЫҚ КӨРСЕТКІШТЕРІ МЕН МОТИВАЦИЯЛАРЫН ЖОҒАРЫЛАТУ»

Осы мақала Қазақстан Республикасында Алматы қаласында 10 - 14 желтоқсан аралығында өткен «Денсаулықтың көрсеткіштерін жақсарту және салауатты өмір қалыптастыру үшін скрининг, бағалау және салауатты өмір салтының қалыптастыру тиімді араласулар қосылу керек» тақырыптағы тренингте негізгі техникалар мен тақырыптарды қарастырады, ең маңызды терминдерді анықтайды. Осы тренингтің бағдарламасы қатысушыларға салауатты өмір салтын қалыптастыру шеңберінде экологиялық тәсіл туралы жүйелік ұсыну құрастыруға мүмкіндік береді, индивидуалды деңгейде құндылықтар мен қарым-қатынастарды әсер ету, қызметкер және денсаулық сақтаудың ұйымдары деңгейде интервью алу және кеңес беру дағдыларын өзгертуге үйретеді. Әлеуметтік маркетингтік стратегиясын мемлекеттік және қоғамдық саясат деңгейінде өзгертулерді енгізуге мүмкіндік береді.

РЕЗЮМЕ

Т.Л. Хант¹, В.В. Колодин²

Магистр социальных наук, семейный терапевт, нарколог, директор по обучению Центра Изучения Глобального Здоровья в Центральной Азии (GHRCCA) и социальной группы вмешательства (SIG) в Колумбийском университете, Нью-Йорк, США¹

Психолог, к.м.н., старший преподаватель кафедры здоровья населения и социальных наук Казахской школы общественного здравоохранения.²

ОБЗОР МАТЕРИАЛОВ ПО ТРЕНИНГУ: «ПОВЫШЕНИЕ МОТИВАЦИЙ И ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В КАЗАХСТАНЕ»

Данная статья рассматривает основные техники и темы, а так же определение наиболее важных терминов рассматриваемых в процессе тренинга «Улучшая показатели здоровья и мотивацию к здоровому образу жизни, включая скрининг, оценку и эффективные вмешательства для формирования здорового образа жизни», с 10 по 14 декабря, в г. Алматы, Казахстан. Программа данного тренинга позволяет участникам сформировать системное представление об

экологическом подходе в рамках формирования здорового образа жизни, включающего в себя воздействие на индивидуальном уровне ценности и отношения, навыки мотивационного интервьюирования и консультирования позволяющие ввести изменения на уровне сотрудников и организаций здравоохранения. Стратегии социального маркетинга позволяющие производить изменения на уровне политики государства, и обществ в целом.

UDC 616-056.52-053.2/.6(063)

J. BREDA

Nutrition, Physical Activity and Obesity, World Health Organization - Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark, PhD, MPH, MBA

WHO CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE INITIATIVE**Abstract**

The WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) has been studied prevalence of overweight and obesity among 6–9-year-old children in twelve European countries. Based on the 2007 WHO growth reference, the prevalence of overweight varied from 19.3% to 49.0% in boys and from 18.4% to 42.5% in girls, whereas the prevalence of obesity varied from 6.0% to 26.6% in boys and from 5.1% to 17.3% in girls.

Key words: World Health Organization, childhood obesity, prevalence of overweight.

WHO European Ministerial Conference on Counteracting Obesity:

- Only around 25% of Member States had validated national prevalence data on overweight or obesity in primary school children

- Measurement tools, calculation and presentation of data not standardized

- Measured versus self-reported data

- National versus sub-national data

- Definitions used for overweight and obesity

- Age classification: children 0–9 yrs; adolescents 10–19 yrs

- Difficult to monitor time trends, make international comparisons and evaluate effectiveness of interventions.

Prevalence of overweight and obesity among 6–9-year-old children in twelve European countries.

Background – Nutritional surveillance in school-age children and adolescents, based on measured weight and height is rare. WHO Regional Office for Europe has initiated the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI).

- Objective – To present the anthropometric results of the first data collection round (2007/2008) and to investigate whether there exist differences in mean values and prevalence estimates across countries.

- Methods – Weight and height were measured of children aged 6–9 years in twelve countries.

- Results – Based on the 2007 WHO growth reference, the prevalence of overweight varied from 19.3% to 49.0% in boys and from 18.4% to 42.5% in girls, whereas the prevalence of obesity varied from 6.0% to 26.6% in boys and from 5.1% to 17.3% in girls. The high prevalence of overweight found in Italy, Portugal and Slovenia differed significantly from most other countries.

Participants

- 13 countries participated in the first data collection round: Belgium (Flemish region), Bulgaria, Cyprus, Czech Republic, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Malta, Norway, Portugal, Slovenia and Sweden.

- New countries, such as Greece, Hungary, Spain and the Former Yugoslav Republic of Macedonia, joined the second data collection round.

Purpose

- COSI aims to measure trends in overweight and obesity in primary school children at regular intervals

- to fill the current gap in available inter-country comparable data on the nutritional status of primary school children.

- to have a correct understanding of the progress of the epidemic.

- to monitor routinely the policy response to the emerging obesity epidemic.

National implementation. Study population and setting

- Nationally representative sample of primary schools or classes

- Some countries took a population-based approach: Belgium, Cyprus and Malta

- Children aged 6, 7, 8 and/or 9-year-olds

- Per age group, 2800 children.

Core items – to be collected by all participating countries

- Child

- body weight and height; measured by trained fieldworkers and standardized according to a common protocol.

- School

- frequency of physical education lessons

- availability of school playgrounds

— possibility of obtaining a number of listed foods and drinks on the school premises

— existence of school initiatives organized to promote a healthy lifestyle

Optional items – to be collected on a voluntary basis

- Child

- waist and hip circumference

- dietary intake patterns: food frequency, breakfast, breastfeeding

- physical (in)activity patterns: transport to school, membership of sport or dancing club, frequency of in free time playing outside, doing homework or reading a book, using a computer for playing games, watching television (incl. videos), usual amount of sleep each day.

Optional items – to be collected on a voluntary basis

- Family

- morbidity

- socioeconomic status

- School

- availability of safe school routes

- school bus transport

- nutrition education included in the school curriculum

- school meals

- vending machines

- availability of fruit/vegetable/milk schemes

Future:

- Sustainability and funding in MS

- More countries (TJK, TUR, ROM, UZK, KAZ, ALB.....)

- Other groups – adolescents

- Identify gaps and integrate common installed capacity

- Double burden of malnutrition

- Uniqueness

ТҮЙІН

Ж. БРЕДА

Тамактану, дене кимылының белсенділігі және семіздік, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы – Еуропа өңірлік бюро, Копенгаген, Дания,

PhD, MPH, MBA

ДДСҰ БАЛАЛАР СЕМІЗДІГІН БАҚЫЛАУ ЖӨНІНДЕГІ ЕУРОПА БАСТАМАСЫ

ДДСҰ балалар семіздігін бақылау жөніндегі Еуропа Бастамасы (COSI) он екі еуропа елдерінде 6-9 жас аралығындағы балалар арасында дененің артық салмағы мен семіздіктің таралуын зерттеді. Балалардың бойы мен салмағы өлшенді. ДДСҰ деректері бойынша, 2007 жылы ұлдар арасында артық салмақ шамамен 19,3%-дан 49,0% дейін, қыздар арасында 18,4%-дан 42,5% дейін таралған, ол кезде ұлдардың арасында семіздіктің таралуы 6,0%-дан 26,6% дейін, ал қыздар арасында 5,1%-дан 17,3% дейін деп тұспалданған. COSI зерттеуі жас оқушылар арасындағы дененің артық салмағы және семіздік бойынша тұрақты түрде қарқынды бағалауды жоспарлап отыр.

РЕЗЮМЕ

Ж. БРЕДА

Питание, физическая активность и ожирение, Всемирная организация здравоохранения - Европейское региональное бюро, Копенгаген, Дания, PhD, MPH, MBA

ЕВРОПЕЙСКАЯ ИНИЦИАТИВА ВОЗ ПО КОНТРОЛЮ НАД ДЕТСКИМ ОЖИРЕНИЕМ

Европейская Инициатива ВОЗ по контролю над детским ожирением (COSI) изучала распространенность избыточной массы тела и ожирения среди детей 6-9-лет в двенадцати европейских странах. Измерялись вес и рост детей. По данным ВОЗ 2007 г., распространенность избыточной массы тела среди мальчиков была в пределах от 19,3% до 49,0% и среди девочек от 18,4% до 42,5%, в то время как распространенность ожирения варьировалась от 6,0% до 26,6% среди мальчиков и от 5,1% до 17,3% среди девочек. Исследование COSI планирует оценивать динамику по избыточной массе тела и ожирению среди школьников младшего возраста на регулярной основе.

УДК 613:614.2

Ж.Е. ТОГАЙБЕКОВА¹, Ф.С. БАЙЗАХОВА²Центр формирования здорового образа жизни ЮКО, г. Шымкент¹Молодежный центр здоровья «Элем», г. Шымкент²**СОЛИДАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЧЕЛОВЕКА - ЗА ЕГО ЗДОРОВЬЕ!****Аннотация**

Разработать и внедрить научно-обоснованную программу по информированию и привитию навыков здорового поведения с учетом дифференцированности групп населения; проводить целенаправленную информационно-коммуникационную кампанию среди работодателей и населения с разъяснением роли каждой из сторон — государство, работодатель, сам человек — в солидарной ответственности за здоровье людей.

Ключевые слова: навыки здорового поведения, здоровый образ жизни, ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения)

Ключевой проблемой для всех направлений охраны здоровья является формирование культуры здоровья, повышение престижности здоровья, осознание ценности здоровья как фактора жизнестойкости, активного долголетия; социальный и экономический мотив к сохранению и укреплению здоровья. ВОЗ подчеркивает, что настало время нести ответственность за себя, заботиться о себе. Сохранение здоровья у здорового человека должно быть престижно.

Должна быть солидарная ответственность за здоровье - как со стороны государства, так и каждого человека. Сегодня сложилась такая ситуация, что за здоровье человека отвечает почему-то только система здравоохранения, в плохом здоровье все винят только работников здравоохранения и всю систему.

Главная болезнь нашей системы здравоохранения в том, что у нас нет солидарной ответственности. Государство отвечает за все. Солидарной ответственности самого человека нет, нет ответственности работодателя.

В нашей стране должна быть солидарная ответственность государства, работодателя и человека за его здоровье. Поэтому очень важно привитие культа здорового образа жизни у каждого человека, в каждой семье и создание всех условий для здорового образа жизни со стороны государства - повышение уровня жизни населения для здорового и качественного питания, создания условий для развития массового спорта.

В послании от 27 января 2012 года «Социально-экономическая модернизация - главный вектор развития Казахстана» Н.А. Назарбаев подчеркивает — «Человек должен понимать, что ему не выгодно болеть. У нас бесплатное здравоохране-

ние, но будущее - за страхованием в медицине, как это сейчас делается в пенсионных фондах. Сам человек несет ответственность, его работодатель и государство. Чем хуже здоровье у человека, тем меньше его будут страховать, чем лучше - тем больше будет сумма страховки. Сейчас люди выбирают те лечебные учреждения, где лучше медицинское обслуживание. Они определились с этим вопросом, теперь нужно продвигаться дальше» [1, 2].

Исходя из вышеизложенного и в соответствии с техническим заданием целью проекта было: Проведение социологического исследования по оценке готовности взрослого населения ЮКО к солидарной ответственности за свое здоровье.

Изучение готовности взрослого населения ЮКО к солидарной ответственности за свое здоровье проводилось с помощью анкетирования взрослого населения. Общий объем выборочной совокупности, определенный с помощью стандартной методики, составил 1060 человек обоих полов с представленностью всех возрастных групп. Данная выборка формировалась из 530 жителей одного города областного значения (г. Шымкент) и 530 жителей, проживающих в сельской местности:

1. Среди определенной части взрослого населения распространены поведенческие факторы риска, такие как курение, потребление алкоголя, нерациональный режим питания, низкая физическая активность;

2. Жители города, а также лица младших возрастов взрослого населения более уверены в возможности влиять более уверены в возможности влиять на свое здоровье. Такая уверенность ниже среди сельского населения; людей более старших

возрастов; лиц, практикующих рискованное для здоровья поведение (потребители алкоголя и табачных изделий, физически малоактивные); людей с низкой самооценкой собственного здоровья;

3. Самооценка здоровья городского населения ниже сельского. Среди горожан больше распространены нарушения зрения, они ведут менее подвижный образ жизни и среди них выше доля лиц, имеющих опыт курения, причем в основном за счет женщин. В то же время среди сельчан реже соблюдается рациональный режим питания и выше доля лиц с избыточной массой тела и ожирением различной степени.

4. Среди населения выявлена недостаточная медицинская активность, частично из-за собственной пассивности, а также вследствие недостаточной информированности;

5. Солидарную ответственность за здоровье людей поддерживает треть населения. В большей степени это характерно для сельского населения. Снимают ответственность с человека, возлагая ее тем самым на третьи стороны в основном следующие категории: городские жители; мужское население, вне зависимости от места проживания; лица с плохой самооценкой здоровья [3].

В своей июльской статье текущего года «Социальная модернизация Казахстана: 20 шагов к Обществу Всеобщего Труда», написанной в развитие Послания народу этого года, Президентом страны Н.А. Назарбаевым определены принципы социального развития страны, включающие в том числе, следующие:

- общей ответственности. Не только государство, но и частные структуры, все общество должны разделить ответственность за ход и результаты социальной модернизации.

- партнерского участия. Вся работа должна строиться на основе тесного взаимодействия государства, бизнеса и граждан.

- стимулирования. Государство создает условия для того, чтобы Казахстанцы могли самостоятельно улучшать свое качество жизни. Государство будет помогать там, где без этого не обойтись. Но то, что под силу сделать самому гражданину, должен сделать он сам.

Президент государства поставил задачу повышения ответственности местных исполнительных

органов за эффективную политику здравоохранения. С другой стороны, им поставлен вопрос об ответственности за здоровье самих людей.

Без здорового образа жизни, без здорового питания, без двигательной активности долго прожить невозможно. Следует последовательно создать условия для развития активного отдыха, физкультуры и массового спорта, в каждом населенном пункте, в том числе в сельской местности, а также в каждом учреждении и на предприятии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». - Астана, 2009. - №193-IV ЗРК. - 121 с.

2 Послание президента РК народу Казахстана «Новое десятилетие – Новый экономический подъем – Новые возможности Казахстана», 2010. (<http://www.akorda.kz>)

3 Лисицын Ю.П. Образ жизни. Общественное здоровье. Санология //Комплексные социально-гигиенические исследования. - М., 1987. - С. 101-105.

ТҮЙІН

Ж.Е. ТОҒАЙБЕКОВА¹, Ф.С. БАЙЗАХОВА²

ОҚО Салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы,
Шымкент қ.¹

Жастар денсаулық орталығы «Әлем»,
Шымкент қ.²

**АДАМНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ ҮШІН
ЫНТЫМАҚТЫ ЖАУАПКЕРШІЛІК!**

Салауатты өмір салты дағдыларына қалыптастыру және акпараттандыру мақсатында халықтың дифференциалды топтарына ғылыми дәлелденген бағдарлама әзірлеп ендіру қажет және мақсатты жұмыс беруші мен халыққа мемлекет, жұмыс беруші, әр адамның өзі – адам денсаулығына үлкен жауапкершілікте екенін түсіндіретін акпараттық-коммуникациялық компания жүргізу керек.

SUMMARY

ZH.E. TOGAYBEKOVA¹, F.S. BAYZANOVA²

Center for problems of healthy lifestyle development of
SKR, Shymkent¹

Youth health center «Alem», Shymkent²

JOINT RESPONSIBILITY - FOR YOUR HEALTH!

Development and implementation of evidence-based information and skills development for healthy behaviors including different groups to conduct a targeted information and communication to business employers and the public. It is important to explain the role of each of the parties - the state, employers and human in a shared responsibility for health.

УДК 616.1-008-053.2

И.Л. ЛИ

Городская детская больница № 1, г. Тараз

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ У ДЕТЕЙ**Аннотация**

Функциональные заболевания сердца и сосудов встречаются у детей всех возрастов, в том числе и у новорожденных. Важное значение имеет ранняя диагностика и своевременное лечение этой группы заболеваний.

Ключевые слова: кардиологическая патология, функциональная кардиомиопатия, заболевания сердца и сосудов.

Функциональные заболевания сердца и сосудов у детей являются наиболее распространенными в структуре кардиологической патологии.

Этиология и патогенез

В настоящее время функциональные заболевания считаются вторичными. Различные этиологические факторы — гиподинамия у детей, токсико-инфекционные воздействия, гипоксия в родах, психоэмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации вызывают значительное поражение центральной и вегетативной нервной системы и приводят к возникновению регуляторных и гуморальных сдвигов, вследствие чего могут поражаться различные органы, в том числе и сердечно-сосудистая система. Для обозначения функциональных заболеваний сердца и сосудов используются разные термины: нейроциркуляторная дистония (НЦД), вегетососудистая дистония (ВСД), миокардиодистрофия, функциональная кардиомиопатия (ФКП). Такая терминологическая разобщенность вносит большую путаницу в учение о функциональных заболеваниях сердца и требует упорядочения.

Классификация

В педиатрии общепринятой классификации функциональных заболеваний сердца и сосудов нет. Мы считаем, что ФКП должны подразделяться по форме на первичную (дисрегуляторная и дисгормональная) и вторичную, возникающую на фоне хронической и острой инфекции, а также по синдромам — кардиалгический, который встречается как при первичных, так и вторичных ФКП, кардиальный с нарушениями и без нарушений ритма, респираторный и гипоксический. НЦД следует подразделять на гипер-, гипотензивную и смешанную формы.

Клиническая картина

Клиническая картина характеризуется многообразием симптомов и определяется вариантом

болезни. Общим для ФКП и НЦД является обилие жалоб на повышенную утомляемость, слабость, головную боль, которая чаще усиливается к вечеру, расстройство сна, боли в сердце, чаще колющие, редко ноющие, быстро и чаще всего самопроизвольно проходящие. Часть детей жалуется на одышку, чувство нехватки воздуха, затрудненный вдох, обмороки, которые бывают в душном помещении, бане и часто сочетаются с гипотензивным синдромом. Бывает длительный субфебрилитет, который вызывается очаговой инфекцией, но иногда он отмечается и при ее отсутствии и связан с вегетативными расстройствами. Проявлениями последних бывает акроцианоз, холодные и влажные ладони, потливость, обильные юношеские угри, стойкий дермографизм.

АД характеризуется лабильностью. Систолическое АД имеет тенденцию к повышению или снижению (это лежит в основе диагноза гипотензивного и гипертензивного синдромов НЦД). Диастолическое АД и среднее АД чаще всего нормальны. Границы сердца (перкуторно, рентгенологически и по данным ЭхоКГ) не изменены. На верхушке сердца, в 5-й точке, по левому краю грудины часто выслушивается систолический шум, уменьшающийся в вертикальном положении. Пульс может быть учащен, урежен, лабилен. Частота сердечных сокращений в вертикальном положении значительно больше, чем в горизонтальном. ЭКГ отражает имеющиеся вегетативные сдвиги — выражена тахи- или брадикардия, удлинен или укорочен интервал P—Q, зубец T снижен, сглажен и отрицателен во 2-м, aVF~, Уб-отведениях, сегмент RST в этих отведениях смещен. Иногда зубец T увеличен. Так как подобные изменения бывают и при миокардите, в плане дифференциального диагноза необходимо проводить функциональные электрокардиографи-

ческие пробы (обзидановая, атропиновая, ортоста-гическая). При функциональных кар-дио-патиях они положительны.

Функциональные кардиопатии часто протекают с нарушениями ритма. Встречаются экста- и парасистолы, предсердные ритмы на фоне брадикардии, синдром слабости синусового узла, возможны различные блокады — синоатриальная блокада разных степеней, частичная атриовентрикулярная блокада 1-й и 2-й степени (реже).

На ФКГ — часто изменчивой величины и формы систолический шум на верхушке сердца и в 5-й точке. При ЭхоКГ размеры отделов сердца нормальны. Сокращения миокарда достаточной амплитуды. Часто встречается гиперкинез миокарда межжелудочковой перегородки при отсутствии гипертрофии. Иногда диагностируется пролапс митрального клапана, который может сочетаться с ФКП. Показатели центральной гемодинамики у детей с ФКП близки к нормальным. Лабораторные сдвиги при рутинных исследованиях у детей с первичной ФКП отсутствуют. При специальных исследованиях можно выявить уменьшение содержания катехоламинов и холинэстеразы и увеличение уровня ацетилхолина. При вторичных ФКП возможны биохимические и иммуно-логические изменения, вызванные заболеванием, на фоне которого ФКП протекает, Абсолютное содержание лимфоцитов периферической крови, а также количество В - и Т-лимфоцитов, содержание основных классов Ig при ФКП такое же, как и у здоровых детей. Часто снижена функциональная способность Т-лимфоцитов.

Лечение ФКП должно быть по возможности этиопатогенетическим. Из медикаментозных препаратов назначают седативные средства, транквилизаторы, препараты, улучшающие обменные процессы в миокарде, типа рибоксина. Важны р-адреноблокаторы (обзидан, тразикор) при тахи-

кардии, тенденции к повышению АД, обмороках. При ФКП, протекающих с брадикардией, показаны препараты типа беллоида. При нарушениях ритма сердца проводится противо-аритмическая терапия (см. Аритмии сердца), при гипотензивном синдроме НЦД назначаются элеутерококк, пантокрин.

Детям с ФКП следует рекомендовать здоровый образ жизни, обязательны занятия общей физкультурой (освобождение лишь от участия в соревнованиях). Важно длительное пребывание на воздухе, полезно плавание (плавательные бассейны), езда на велосипеде, катание на лыжах, коньках. Не противопоказана игра в футбол, волейбол, баскетбол, теннис. Нежелательны силовые упражнения, чрезмерные физические нагрузки. Очень важна систематическая санация очагов инфекции. Показано санаторное лечение преимущественно в местных санаториях, пребывание в санаторных лагерях.

**ТҮЙІН
И.Л. ЛИ**

№ 1 Қалалық балалар ауруханасы, Тараз қ.
**БАЛАЛАРДАҒЫ ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАРЫНЫҢ
ФУНКЦИОНАЛДЫҚ АУРУЛАРЫ**

Функционалдык жүрек және қан тамырлар аурулары балаларда кардиология патологиясының құрылымында кең таралған түрлерінің бірі. Олар кез-келген жастардың арасында кездеседі, тіпті сәбилердің өзінде. Ерте диагностика жүргізудің және дер кезінде емделудің мағынасы өте зор.

SUMMARY

I.L. LEE

City Children's Hospital № 1, Taraz
**CHILDREN'S FUNCTIONAL
CARDIOVASCULAR DISEASE**

Functional disorders of the heart and blood vessels in children are the most common in the structure of cardiac pathology. They occur in children of all ages, including newborns. The early diagnosis and prompt treatment of this group of diseases are important.

УДК 616.31-053.5-084:614.2:371.7

К.С. КЫДРАЛИЕВА, Л.И. МАЦЬКО, Х. ОТМАН

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

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Аннотация

В статье поднимается проблема стоматологической помощи детскому населению, отмечается тенденция к увеличению стоматологической заболеваемости у детей, это связано с ослаблением внимания к детской стоматологической службе, особенно такого ее звена, как школьные стоматологические кабинеты.

Ключевые слова: стоматологический статус, организация, профилактика, школьный стоматологический кабинет, школьные стоматологические программы.

Сохранение и укрепление здоровья граждан относится к числу основных государственных приоритетов, и в современных условиях важно для сохранения общества и обеспечения национальной безопасности. Состояние систем здравоохранения характеризуется наличием фундаментальных проблем, требующих принятия решений в целях дальнейшего развития государства [1].

В условиях расширения приватизации имеющихся и организации новых частных стоматологических учреждений, низкой платежеспособности населения и высокой потребности в стоматологической помощи, с особой остротой встают вопросы социальных гарантий со стороны государства [2].

Стоматологический статус является одним из основных показателей общего состояния организма, и разработка системы мероприятий, направленных на снижение показателей стоматологической заболеваемости должна быть неотъемлемой частью программ по оздоровлению нации.

Тем не менее, в настоящее время в целом программы стоматологической профилактики не имеют четкой организационной, правовой и финансовой основы, а на государственном уровне их регулирование является недостаточным [3].

В условиях рыночной экономики реализации профилактических программ ограничена максимально региональным уровнем, при отсутствии государственной организации и целевого финансирования таких программ [4].

Отмечается тенденция к увеличению стоматологической заболеваемости у детей, это связано с ослаблением внимания к детской стоматологической

службе, особенно такого ее звена, как школьные кабинеты, где резко снизились объем и качество лечебно-профилактической работы. Так, анализ состояния профилактической стоматологической помощи детям Республики Казахстан показал высокие показатели лечебно-профилактической помощи, полученные в 1991 году, в следующее десятилетие эти показатели резко снизились, особенно в сельской местности. Причиной этого являлись кадровый дефицит и слабая материально-техническая база стоматологических отделений и кабинетов, оказание стоматологической помощи в основном по обращаемости [5].

Школьный стоматологический кабинет (ШСК) - первичное стоматологическое звено, обеспечивающее необходимый профилактический и первичный лечебный уровень стоматологической помощи для детей и подростков, в рамках первичной медико-санитарной помощи.

Закрытие школьных стоматологических кабинетов (ШСК), переход детских стоматологов в частные клиники, недостаточный охват детей плановой санацией и высокий уровень нуждаемости в стоматологической помощи определяют кризисное состояние школьной.

Кризис школьной стоматологии заключается в повсеместном закрытии школьных стоматологических кабинетов, что приводит к резкому снижению охвата плановой санацией и диспансеризацией детского населения, росту стоматологической заболеваемости. Основными причинами этого явления является отсутствие соответствующей законодательной базы, сложности проведения лицензирования данных кабинетов, зачас-

тую отсутствие мотивации администрации школ к функционированию на их базе школьных стоматологических кабинетов. Таким образом, в настоящее время особую актуальность приобретает разработка и внедрение школьных стоматологических программ, как наиболее приспособленных к современным условиям и обладающих возможностями задействовать имеющиеся ресурсы школьных стоматологических кабинетов. Новые социально-экономические условия, современное развитие стоматологии диктует необходимость создания новой, современной концепции школьной стоматологии. Существует необходимость разработки четкой схемы и порядка работы, планирования объемов и спектра оказываемой помощи, а также квалифицированной оценки эффективности школьных программ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Щепин О.П. Оценка качества и эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений. - М., 1996. - С 18-19.
- 2 Куракбаев К.К., Мирзабеков О.М. Повышение уровня стоматологического здоровья детей Республики Казахстан. - Алматы // Методические рекомендации. - 1995.-32 с.
- 3 Супиев Т.К., Тулеуов Л.Т Основные направления научных исследований в области стоматологии Алматы // Вопросы стоматологии.- 1994. - С.11-14.
- 4 Ключева Л.П., Морозова Н.В., Кисельникова Л.П., Проблемы организации стоматологической помощи. - М., 2005. - С.22.

- 5 Супиев Т.К., Алдашева М.А. Профилактика стоматологических заболеваний - основа стоматологической помощи детям. - Алматы // Профилактика стоматологических заболеваний. Здоровый образ жизни. -1999.- С.10-15.

ТҮЙІН

Қ.С. ҚЫДЫРАЛИЕВА, Л.И. МАЦЬКО, Х. ОТМАН
С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.
МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРҒА
СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ

Мектеп жасындағы балаларға арналған ақысыз стоматологиялық көмек халықты әлеуметтік қорғаудың құралы болып табылады. Стоматологиялық ауруларды алдын алуға арналған бағдарламалардың жоқтығы халық арасында ауыз қуысы гигиенасы туралы білімнің төмендігін және алдын алу шараларын жүргізуге талпыныстын төмендігін көрсетеді. Нәтижесінде әртүрлі жастағы балалардың стоматологиялық денсаулығы төмендігі байқалады.

SUMMARY

K.S. KYDRALIEVA, L.I. MATSKO, H. OTMAN
KazNMU named after S.D. Asfendiarov, Almaty
IMPROVEMENT OF ORGANIZATION OF
STOMATOLOGICAL CARE TO SCHOOL
AGE CHILDREN

Dental School, providing free dental care for children, is an instrument of social protection. Lack of dental diseases indicates a low level of knowledge among the population about oral health, lack of motivation for carrying out preventive measures and, consequently, poor dental health in the majority of representatives of various age groups.

УДК 613.15:504.3.054(574-25)

Н.Г. ЛИНЧЕНКО, А.И. АХМЕТКАЛИЕВА, А.И. КАНСЕИТОВА

Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы, г. Алматы

**ОЦЕНКА ЗАГРЯЗНЕНИЯ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В ГОРОДЕ АЛМАТЫ
В РАЗРЕЗЕ РАЙОНОВ ЗА 2010-2012 ГОДЫ****Аннотация**

В материалах статьи представлена динамика загрязнения воздушного бассейна города Алматы выбросами вредных веществ от промышленных предприятий и автотранспорта за 2010-2012 гг. в разрезе районов. Предложены меры по улучшению экологической обстановки в городе.

Ключевые слова: атмосферный воздух, факторы, загрязняющие воздушный бассейн, охрана атмосферного воздуха.

Воздух является одним из основных компонентов внешней среды, необходимых для жизнедеятельности человека и животных. Ещё Гиппократ говорил, что наше здоровье и болезни зависят от характера окружающей нас внешней среды-воздуха, воды, почвы и др. Без пищи человек может прожить более 30 дней, без воды 7-9 суток, а без воздуха- всего несколько минут.

Основными источниками загрязнения атмосферного воздуха в городе Алматы являются выбросы от автотранспорта и от предприятий различных отраслей промышленности — стационарных источников. Почти из всех источников в атмосферу поступают диоксид серы (SO_2), пыль (взвешенные вещества), оксид углерода, оксиды азота, формальдегид, углерод черный (сажа), оксиды металлов и др.

Значительное количество топлива сжигается автомобильным, железнодорожным и авиационным транспортом. При этом основными вредными примесями, содержащимися в выхлопных газах являются: свинец - токсичный тяжелый металл, оксид углерода, оксиды азота, альдегиды, оксиды серы, углеводороды, сажа и другие вещества.

Проблема качества атмосферного воздуха для г. Алматы стоит особо остро, так как природно-климатические условия мегаполиса характеризуются избыточным накоплением загрязняющих веществ в приземном слое атмосферы, что ведет к образованию смога, ставшего привычным явлением независимо от времени года. В условиях слабой естественной вентиляции загрязнение атмосферного воздуха оказывает прямое негативное воздействие на здоровье населения и является наиболее актуальной экологической проблемой, требующей неотложного решения [1].

По данным «Управления природных ресурсов и охраны окружающей среды Акимата г. Алма-

ты» суммарный годовой объем выбросов загрязняющих веществ в атмосферу города составляет 237 тыс. тонн, из которых 47 тыс. тонн — выбросы от стационарных источников предприятий и организаций города.

Основными причинами загрязнения воздуха в городе от производственных стационарных источников являются устаревшие технологии многих производств; недостаточное количество и неэффективность существующих пыле-газоочистных установок; нарушения технологического режима работы, использование в энергетике низкокачественных углей и другие.

Наблюдение за загрязнением атмосферного воздуха проводилось в различных административных районах города. Основными критериями качества являются предельно-допустимые концентрации (ПДК) загрязняющих веществ в атмосферном воздухе населенных мест. За период с 2010-2012 гг. были проведены исследования по определению 24 загрязняющих вредных веществ в атмосферном воздухе, из которых 9 относятся к веществам I-II класса опасности (пятиокись ванадия, свинец, марганца диоксид, серная кислота, азота диоксид, формальдегид, гидрохлорид, алюминия оксид, меди оксид).

Количество нестандартных проб (выше ПДК) по перечисленным показателям в 2012 году составило 5,2%, что на 2,3 % выше по сравнению с 2011 годом и на 0,3% выше, чем в 2010 году. Показатели удельного веса нестандартных проб атмосферного воздуха в отдельных районах города значительно отличаются (от 3,8% в Турксибском - до 40% в Жетысуском районах).

Анализ табличных данных показал что, с гигиенических позиций наибольшее значение имело загрязнение воздушной среды селитебной зоны города углеродом черным (сажей)-8,3-42,9%

Таблица 1 - Удельный вес проб атмосферного воздуха, отобранных в селитебной территории, находящейся в зоне влияния промышленных предприятий г. Алматы, не отвечающих санитарным нормам за 2010-2012 гг в разрезе районов.

№	Районы	2010			2011			2012		
		Кол-во проб/ н/с	% н/с	Загр. в-ва выше ПДК, во ск. раз	Кол-во проб/ н/с.	% н/с	Загр. в-ва выше ПДК, во ск. раз	Кол-во проб/ н/с	% н/с	Загр. в-ва выше ПДК, во ск. раз
1	Алатауский	148/13	8,8	NO ₂ -7пр-в 1,03-3,8р SO ₂ -1пр-в 1,2р сажа-5пр в 1,3-1,8р	—	—	—	48/0	0	—
2	Алмалинский	392/0	0	—	—	—	—	288/0	0	—
3	Ауэзовский	152/11	7,2	сажа- 11пр в 1,33 -4,53 р.	224/0	0	—	160/0	0	—
4	Жетысуский	344/20	5,8	сажа- 20пр в 1,03р.	180/15	8,3	NO ₂ -15пр в 1,06- 2,6 р.	120/48	40	NO ₂ -24пр в 2,32-4,68р CO-12пр. в 1,14-1,65 р у/в-12пр в 1,23-1,53р
5	Медеуский	132/16	12,1	пыль-16пр в 1,1-1,48 р	120/8	6,7	сажа 4пр в 1,46р. NO ₂ 4пр в 1,11р.	108/0	0	—
6	Турксибский	208/8	3,8	NO ₂ -8пр в 1,1-1,38р.	256/0	—	—	208/0	0	—
7	Итого:	1376/ 68	4,9	—	780/23	2,9	—	932/48	5,2	—

нестандартных проб, пылью-10%, азота диоксидом-7,8-15,4% и сернистым ангидридом -0,6% нестандартных проб.

Острой проблемой загрязнения атмосферы города Алматы в последние годы стал постоянный рост выбросов загрязняющих веществ автомобильным транспортом — более 190 тыс. тонн в год. Увеличение численности легковых и грузовых автомобилей, автобусов — более 653000 единиц (по данным УДП ДВД), появившиеся автомобильные пробки, низкосортное топливо-важнейшие факторы в снижении качества атмосферного воздуха. Причем в эксплуатации находится более 115 тыс. технически устаревших автомобилей, которые дают до 80% валового объема выбросов автотранспорта. Так как выхлопные трубы автомобилей низко расположены от поверхности земли, выхлопные газы скапливаются в зоне дыхания и хуже рассеиваются ветром по сравнению с промышленными выбросами.

Мониторинг за загрязнением воздушного бассейна выбросами вредных веществ от автотранспорта у наиболее крупных автомагистралей г. Алматы - необходимое условие успеха мероприятий по улучшению воздушной среды города.

Из данных таблицы 3 видно, что количество исследованных проб атмосферного воздуха, не со-

ответствующих санитарным нормам в 2012 году составило 32,7 %, что на 0,5 % выше относительно 2011 года и на 3,2 % ниже по сравнению с 2010 годом.

Из приведенных данных видно, что при загрязнении атмосферного воздуха у крупных автомагистралей выбросами вредных веществ от автотранспорта наибольший удельный вес нестандартных проб приходится на азота диоксид, свинец, оксид углерода и пыль, а наименьший - на формальдегид и серы диоксид.

В городах, вследствие увеличивающегося загрязнения воздуха, неуклонно растет число больных, страдающих хроническим бронхитом, эмфиземой, раком легких, различными аллергическими заболеваниями, поэтому охрана атмосферного воздуха от загрязнения выбросами промышленных предприятий и автотранспорта очень актуальна [2].

Для решения задач уменьшения выбросов токсических вредных веществ в атмосферный воздух необходимо:

- существенно улучшить качество транспортной инфраструктуры (дорог, мостов, развязок, объездных кольцевых автострад для грузового транспорта) - использовать транспорт, работающий на дизельном топливе только в междугородных рейсах;

Таблица 2 - Количество проб атмосферного воздуха, в том числе с превышением ПДК, отобранных в селитебной территории, находящейся в зоне влияния промышленных предприятий г.Алматы за 2010-2012 гг.

№	Загрязняющие вещества	Класс опасности	2010			2011			2012		
			Всего проб	из них > ПДК	% н/с	Всего проб	из них > ПДК	% н/с	Всего проб	из них > ПДК	% н/с
1	Пятиокись ванадия	I	12	0	0	8	0	0	0	0	0
2	Свинец	I	12	0	0	-	-	-	12	0	0
3	Марганца диоксид	II	108	0	0	24	0	0	60	0	0
4	Серная кислота	II	36	0	0	-	-	-	12	0	0
5	Азота диоксид	II	192	15	7,8	132	19	14,4	156	24	15,4
6	Формальдегид	II	60	0	0	24	0	0	24	0	0
7	Гидрохлорид	II	24	0	0	24	0	0	24	0	0
8	Алюминия оксид	II	-	-	-	8	0	0	-	-	-
9	Меди оксид	II	-	-	-	8	0	0	-	-	-
10	Сернистый ангидрид	III	168	1	0,6	108	0	0	132	0	0
11	Углерод черный (сажа)	III	84	36	42,9	48	4	8,3	24	0	0
12	Толуол	III	36	0	0	24	0	0	24	0	0
13	Бутанол	III	12	0	0	-	-	-	-	-	-
14	Ксилол	III	24	0	0	24	0	0	24	0	0
15	Оксид железа	III	28	0	0	-	-	-	20	0	0
16	Уксусная кислота	III	60	0	0	24	0	0	60	0	0
17	Пыль	IV	160	16	10,0	108	0	0	120	0	0
18	Оксид углерода	IV	216	0	0	132	0	0	156	12	7,7
19	Аммиак	IV	24	0	0	-	-	-	-	-	-
20	Бутилацетат	IV	12	0	0	24	0	0	-	-	-
21	Углеводороды	IV	36	0	0	36	0	0	24	12	50
22	Ацетон	IV	24	0	0	24	0	0	24	0	0
23	Щелочь	ОБУВ	48	0	0	-	-	-	24	0	0
24	Уайт-спирит	ОБУВ	-	-	-	-	-	-	12	0	0
Итого:			1376	68	4,9	780	23	2,9	932	48	5,2

Таблица 3 - Количество проб атмосферного воздуха, отобранных в контрольных точках у крупных автомагистралей г. Алматы за 2010-2012 гг.

№	Районы	Наименование магистралей	2010			2011			2012		
			Кол-во проб	из них > ПДК	% н/с	Кол-во проб	из них > ПДК	% н/с	Кол-во проб	из них > ПДК	% н/с
1	Алмалинский	ул.Розыбакиева ул. пр.Райымбека	256	110	43	256	117	45,7	256	108	42,2
2	Бостандыкский	пр.Абая ул.ул.Байтурсынова	256	96	37,5	256	83	32,4	256	85	33,2
3	Медеуский	ул.Х.Мука-на ул. пр.Достык	256	70	27,3	256	47	18,3	256	58	22,7
Итого:			768	276	35,9	768	247	32,2	768	251	32,7

Таблица 4 - Динамика загрязнения атмосферного воздуха у крупных автомагистралей г. Алматы по ингредиентам за 2010-2012 гг.

№	Загрязняющие вещества	2010			2011			2012		
		Кол-во проб	из них $\wedge$ ПДК	% н/с	Кол-во проб	из них $\wedge$ ПДК	% н/с	Кол-во проб	из них $\wedge$ ПДК	% н/с
1	Свинец	48	28 в 3,3-7,0 р.	58,3	48	12 в 1,06-1,66 р.	25	48	20 в 1,03-1,43 р.	41,7
2	Оксид углерода	144	8 в 1,09-3,06 р.	5,6	144	95 в 1,01-2,6 р.	66,0	144	90 в 1,01-2,0 р.	62,5
3	Азота диоксид	144	121 в 1,1-5,2 р.	84,0	144	109 в 1,04-6,1 р.	75,7	144	131 в 1,04-4,0 р.	91,0
4	Серы диоксид	144	13 в 1,19-1,8 р.	9,0	144	-	-	144	10 в 1,1-2,5 р.	7,0
5	Пыль	144	86 в 1,02-3,0 р.	59,7	144	20 в 1,08-1,55 р.	13,9	144	-	-
6	Формальдегид	144	20 в 1,02-1,22 р.	13,9	144	11 в 1,05-1,42 р.	7,6	144	-	-
	Итого:	768	276	35,9	768	247	32,2	768	251	32,7

- увеличить пропускную способность дорог; для устранения автомобильных заторов на дорогах - следить за исправностью светофоров;

- использовать только высококачественное топливо;

- переводить автотранспорт на использование сжатого природного газа;

- регулярно проводить техосмотр всего автотранспорта. По итогам техосмотра не допускать к эксплуатации технически устаревшие автомобили;

- расширять и развивать сеть общественного электрического транспорта (метрополитен, трамвай, троллейбус);

- внедрять новые экологические чистые технологии и современные методы очистки выбросов промышленных предприятий с последующей корректировкой размеров их санитарно-защитных зон.

Весь этот комплекс санитарно-оздоровитель-

ных и природно-охранных мероприятий позволит значительно улучшить экологическую обстановку в городе Алматы, сократить количество токсических загрязняющих веществ в атмосфере, а также снизить степень риска для здоровья населения [3].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Руководство по контролю загрязнения атмосферы. М., 1991. - РД 52.04.186-89. С.7-10

2 Экхольм Э. Окружающая среда и здоровье человека М.:Прогресс, 1980.-С.125-146.

3 Санитарные правила. Санитарно-эпидемиологические требования к атмосферному воздуху в городских и сельских населенных пунктах, почвам и их безопасности, содержанию территории городских и сельских населенных пунктов, условиям работы с источниками физических факторов оказывающих воздействие на человека.- утв. постановлением Правительства РК от 25.01.2012 г. №168. С.5-9, приложение № 1; приложение № 2.

ТҮЙІН

**Н.Г. ЛИНЧЕНКО, А.И. АХМЕТКАЛИЕВА,
А.И. КАНСЕИТОВА**

Санитарлық-эпидемиологиялық сараптама орталығы,
Алматы қ.

**АЛМАТЫ ҚАЛАСЫ АУДАНДАРЫНЫҢ 2010-2012
ЖЫЛДАРДАҒЫ АТМОСФЕРА АУАСЫНЫҢ
ЛАСТАНУЫНА БАҒА БЕРУ**

2010-2012 жылдар аралығындағы Алматы қаласы аудандарының авто-көліктер мен өнеркәсіп орындарындағы ауаға бөлінетін зиянды заттар қалдықтарының динамикалық көрсеткіштері туралы баяндалған. Алматы

қаласының экологиялық жағдайын жақсарту жөнінде ұсыныстар көрсетілген.

SUMMARY

**N.G. LINCENKO, A.I. AHMETKALIEVA,
A.I. KANSEITOVA**

Center for epidemiological inspection, Almaty

**CALCULATION OF AIR POLLUTION IN ALMATY AT
DISTRICT FOR 2010-2012**

In the article by the dynamics of air pollution in the city of Almaty emissions of hazardous substances from industrial plants and motor vehicles for the period 2010-2012. at district level. Propose measures to improve the environmental situation in the city.

УДК 613.15:614.715:669

Т.Н. ИЛЬИНСКАЯ, А.Д. САЛИМБАЕВА¹, Н.Д. МЫРЗАЛИЕВА, Н.В. РОДИНКО

Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы, г. Алматы,

к.х.н.¹**ХАРАКТЕРИСТИКА ВОЗДУХА РАБОЧЕЙ ЗОНЫ НА ПРЕДПРИЯТИИ
ЧЕРНОЙ МЕТАЛЛУРГИИ г. АЛМАТЫ ЗА 2009-2011 гг.****Аннотация**

В статье дана общая характеристика загрязнения воздуха на предприятии черной металлургии города Алматы за 2009–2011 г.

Приводится влияние на организм человека воздействия вредных веществ и неблагоприятных производственных факторов на металлургическом комплексе по переработке лома и отходов черных металлов с выпуском готовой продукции – АО «Казферросталь».

Ключевые слова: загрязнение воздуха, результаты лабораторного контроля, характеристика воздуха.

Область науки и техники, связанная с промышленной добычей металлов и природного сырья, называется металлургией или металлургической промышленностью. Металлургию делят на черную (получение железа и его сплава) и цветную (получение цветных металлов) 95 % производимой в мире металлопродукции приходится на железо.

Чугун, сталь, железо, черные металлы – основа индустрии, развития сельского хозяйства и обороноспособности. Промышленное значение железа в эпоху бурного развития науки и техники особенно велико. Один из старейших способов производства железа из руды включает две стадии: первая – доменное производство чугуна из руды; вторая – сталеплавильный передел чугуна, ведущий к уменьшению в металле содержания углерода и других примесей [1].

Металлургия постоянно создают новые сорта стали для специальных целей. Черная металлургия осуществляет выплавку и первичную обработку чугуна и стали. Ведущий неблагоприятный профессиональный фактор – пыль. На фабриках агломерации железорудных окатышей основными компонентами пыли являются соединения железа, кальция, кремния, в т.ч. свободный диоксид кремния (до 1-2%); частицы до 5 мкм составляют 99%. В коксохимическом производстве в рабочую зону выделяется угольная и коксовая пыль.

При выплавке чугуна образуются аэрозоли конденсации и дезинтеграции. Аэрозоль конденсации содержит оксиды железа и графит: выделяющаяся пыль высокодисперсная (частицы до 2 мкм в диаметре составляют 70-99%). В сталеплавильных цехах в составе пыли в зоне обслу-

живания сталеплавильных печей обнаруживаются оксиды хрома, никеля, марганца и других элементов, а в разливочном отделении образуется аэрозоль конденсации металлов с высокой степенью дисперсности.

В производстве огнеупорных материалов наиболее силикозоопасной является пыль в динасовом производстве (содержание кристаллического диоксида кремния 15-30%). В производстве шамотнографитовых изделий пыль содержит до 60% диоксида кремния и до 40% графита [2].

Работающие на предприятиях черной металлургии могут подвергаться также воздействию газообразных веществ: оксида углерода, сернистого ангидрида, фенола, сероводорода, углеводородов. Метеорологические условия на многих участках характеризуются нагревающим микроклиматом в сочетании с инфракрасным излучением в теплый период года, а в холодный период года – сильным охлаждением производственных помещений; в течение рабочей смены наблюдаются большие перепады температуры [3].

На ряде участков имеет место производственный шум, характеризующийся преимущественно высокими и средними частотами, отмечается общая и локальная вибрация. Наблюдается высокая яркость поверхностей расплавленного и нагретого металла. Многие технологические операции сопряжены с риском травматизма.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности характеризуется повышенным уровнем острых респираторно – вирусных заболеваний, пневмониями, ангиной, болезнями периферической нервной системы (пояснично-крестцовые радикулиты, невриты, невралгии верхних конеч-

Таблица 1- Анализ результатов лабораторного контроля за состоянием воздуха рабочей зоны на предприятии за 2009-2011 гг.

№ П/П	Год	Количество проб	Количество н/с проб	%Н/с проб
1	2009	43	-	-
2	2010	30	-	-
3	2011	96	3	3,1%

ностей), острыми желудочно-кишечными заболеваниями, гнойничковыми поражениями кожи.

Среди профессиональных заболеваний металлургов встречаются перегревы, отравления оксидом углерода, интоксикации марганцем, пневмокониозы, бронхиты пылевой этиологии, невриты, вибрационная болезнь.

Металлургический комплекс по переработке лома и отходов черных металлов с выпуском готовой продукции - АО «Казферросталь», расположен в промышленном районе 70 разезда Туркисибского района. Площадь территории 80611 м². Основная деятельность-плавка стали с выпуском литой заготовки с мощностью 96000 тн/год. Завод был построен и запущен в эксплуатацию в 2004 году.

На территории завода размещены следующие цеха и участки: электро-сталеплавильный цех, прокатный цех, площадка складирования и подготовки шихты, футеровочный участок, установка газоочистки от плавильных печей с дымовой трубой высотой 40 м, компрессорно-кислородная станция, ремонтно – механические мастерские, материальные склады.

Очистка от пыли технологических газов электропечей, удаляемых через сводовый патрубок и неорганизованных выбросов, удаляемых от крышного зонта, проводится в общей газоочистной установке. Очистка от пыли технологических газов и неорганизованных выбросов электропечей производится в рукавных фильтрах, которые находятся в исправном состоянии.

В газоочистительном сооружении смонтирован резервный дымоотсос и установлена новая приточная вентиляция с калорифером для создания избыточного давления в сталеплавильном цехе, с целью увеличения разрежения под зонтами основной вытяжки газов на газоочистку. Для вертикальной сушки сталь – ковш – смонтирована вытяжная вентиляция. Проведена реконструкция газоочистных сооружений, установ-

лено три отдельных дымоососа. Установлен дополнительный циклон для сбора пыли. Увеличена площадь зонтов над плавильными печами и увеличено сечение дымоотводов.

Основные вредные и неблагоприятные производственные факторы, влияющие на организм человека - пыль, марганец, окись углерода, сернистый ангидрид, двуокись азота. УСЭН Туркисибского района и специалистами РГКП «ЦСЭЭ» г. Алматы проводятся проверки с отбором проб воздуха рабочей зоны, атмосферного воздуха. По охране окружающей среды ежеквартально проводится мониторинг по выбросам вредных веществ в атмосферный воздух от источников загрязнения и контроль состояния атмосферного воздуха в близлежащих населенных пунктах.

Предприятием был разработан план мероприятий по оздоровлению рабочих мест и охране окружающей среды, который на сегодняшний день выполняется.

Режим работы круглосуточный. Горячее питание организовано. Рабочие обеспечены специальной одеждой, согласно отраслевых норм: костюм из хлопчатобумажной ткани, ботинки, фуфайки, теплые брюки, сапоги, валенки, средствами индивидуальной защиты: каски, защитное стекло, маски, респираторы.

В 2009 году было отобрано 43 пробы в сталеплавильном цехе на сернистый ангидрид, двуокись азота, пыль, марганец, оксид углерода. Результаты лабораторных исследований показали, что вредные вещества не превышают предельно допустимые концентрации. В 2010 году было отобрано 30 проб в сталеплавильном цехе, в рабочей зоне сталевара у плавильной печи и на рабочем месте оператора у пульта управления в операторной. Результаты проверок показали, что количество вредных веществ не превышало ПДК. В 2011 году было отобрано 96 проб. Было обнаружено превышение по пыли в рабочей зоне сталевара у плавильной печи (в 1,05-1,2 раза) [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Рэмсен Э.Н. Начала современной химии (перевод с английского).- Ленинград.:Химия, 1989.-784 с.
- 2 Угай Я.А. Неорганическая химия.-М.:Высшая школа,1989.- 463 с.
- 3 Каспаров А.А. Гигиена труда.- М.:Медицина, 1989.-351 с.
- 4 Годовые отчеты лаборатории гигиены труда РГКП «ЦСЭЭ», г. Алматы за 2009-2011гг.-140 с.

ТҮЙІН

**Т.Н. ИЛЬИНСКАЯ, А.Д. САЛИМБАЕВА¹,
Н.Д. МЫРЗАЛИЕВА, Н.В. РОДИНКО**

Қалалық санитарлық-эпидемиологиялық сараптама орталығы, Алматы қ., х.ғ.к.¹

**2009-2011жж. АЛМАТЫ Қ. ҚАРА МЕТАЛЛУРГИЯ
КӘСІПОРНЫНДА ЖҰМЫС АЙМАҒЫ АУА
СИПАТТАМАСЫ**

2009- 2011 жылдар аралығында Алматы қаласының қара металлургия өндірісінің ауа ластануына жалпы сипаттама берілді. «Қазферросталь» АҚ- ның сүймен және қара металл қалдығын өңдеу металлургиялық кешенінің зиянды заттар және жағымсыз өндірістік факторлардың адам ағзасына әсері.

SUMMARY

**T.N. ILINSKAYA, A.D. SALIMBAEVA¹,
N.D. MYRZALIEVA, N.V. RODINKO**

Center for Epidemiological Inspection, Almaty,
c.ch.s.¹

**DESCRIPTION OF WORK AREA AIR'S STEEL
INDUSTRY ALMATY FOR 2009-2011**

A general characteristic of air pollution on ferrous metallurgy of Almaty for 2009 - 2011. We present effects on human exposure to hazardous substances and adverse factors on steel industry for processing scrap iron to get finished product, JSC «Kazferrostal.»

УДК 616.71-003.84-073.75

Е.Я. АЛПАТОВ¹, Г.А. КАРИБАЕВАГородская поликлиника № 11, г. Алматы, к.м.н.¹**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ОСОБЕННОСТИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ
ОСТЕОПЕНИИ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ****Аннотация**

В подавляющем большинстве наблюдений комплексное клинико-рентгенологическое исследование позволяет установить причину остеопении и определяет выбор врачебных мероприятий. Рентгенологическое исследование с использованием количественной оценки изменений при остеопении не только обеспечивает правильную диагностику, но и позволяет осуществлять контроль за эффективностью лечебных мероприятий.

Ключевые слова: синдром Иценко-Кушинга, генерализованная остеопения различной этиологии.

В современной остеологии термином «остеопения» определяется уменьшение как минерального, так и органического компонентов костной ткани. Это — остеопороз уменьшение массы костного вещества на массу объёма кости и остеопения — уменьшение минерального компонента при сохранении массы костного вещества.

Остеопения обнаруживается у значительного числа обследуемых больных в различных возрастных группах, в частности при эндокринных нарушениях и некоторых заболеваниях внутренних органов. Диагностика и выявление причин остеопении позволяет своевременно провести адекватное лечение.

Нами была поставлена перед собой задача рентгенологически оценить особенности остеопении различной этиологии.

Для этого мы провели наблюдения за группой больных в возрасте от 20 до 70 лет с проявлением остеопении, у большинства которых этот процесс носил инволютивный характер, а у остальных был связан с патологическими изменениями ЖКТ и синдромом Иценко-Кушинга.

Основными клиническими проявлениями остеопении в основном характеризовались болями в позвоночнике, костях таза, в проксимальных отделах бедер и дистальных отделах верхних и нижних конечностей, а у некоторых отмечалось увеличение грудного кифоза с выпрямлением поясничного лордоза вызывающие постепенное укорочение туловища.

Всем больным проводились клинические, лабораторные и рентгенологические исследования. Анализ полученных данных позволил установить три различных типа клинико-рентгенологических проявлений остеопении.

В 1-ю группу вошли больные 50-70 лет — жен-

щины в состоянии менопаузы, а мужчины с выраженным снижением половой функции. Лабораторно у всех больных этой группы было выявлено снижение половых гормонов, снижение всасывания кальция и повышение экскреции оксипролина.

Рентгенологически у этих больных отмечалось увеличение межпозвонковых дисков в грудном и поясничном отделах позвоночника. Эти деформации проявлялись, в частности, различной глубиной вдавления одной или обеих замыкательных пластин тел позвонков, что придавало им двояковогнутость. У двоих больных были компрессионные переломы тел позвонков с возникновением клиновидности. Преимущественно уменьшалась высота тел в переднем отделе. Наибольшая выраженность клиновидных деформаций прослеживалась на фоне кифоза в грудном отделе позвоночника. В костях конечностей и кистей у этих больных определялось истончение коркового слоя и костных пластинок губчатого вещества, ориентированных параллельно длиннику кости. Между выраженностью остеопении в позвоночнике и костях конечностей существовала определённая степень параллелизма.

Таким образом, у больных данной группы рентгенологические признаки, как в позвоночнике, так и костях конечностей укладывались в картину инволютивного остеопороза.

2-ю группу составляли больные, у которых боли, усиливающиеся при физической нагрузке, отмечались преимущественно в дистальных отделах конечностей — все они были с патологией ЖКТ — атрофические гастриты, дуодениты, энтероколиты, состояния после хирургического лечения язвенной болезни желудка и калькулёзного холецистита. Практически у всех этих боль-

ных отмечалось резкое снижение всасывания кальция и увеличения оксипролина в суточной моче.

Рентгенологические изменения были наиболее выраженными в костях конечностей. Признаки остеопороза выявлялись в виде истончения и спонгиозирования кортикального слоя в трубчатых костях кистей и стоп и, очень часто, истончение костных пластинок в шейке бедренной кости. На этом фоне возникали множественные зоны перестройки, характерные для остеомалиции в бедренных костях, ветвях лонных и седалищных костей, плюсневых, пястных костей и рёбрах. А изменения в позвоночнике свойственные остеопении, практически вообще не определялись или были выражены крайне слабо.

У больных данной группы картина остеопении включала проявления как остеопороза, так и остеомалиции.

В 3-ю группу мы включили больных в возрасте 20-40 лет с клиническими проявлениями Иценко-Кушинга. У этих больных наряду с типичными для данного вида патологии симптомами имелись жалобы на боли в позвоночнике со значительным уменьшением длины тела.

Лабораторно у всех больных этой группы были признаки гиперкортицизма, а уровень половых гормонов соответствовал возрастной норме.

Рентгенологическая картина поражения скелета характеризовалась множественными резко выраженными деформациями тел позвонков и расширением их дисков. Однако основной особенностью этой группы больных было резкое несоответствие между выраженностью изменений в позвоночнике и скелете конечностей. При наличии значительных проявлений остеопороза в позвоночнике изменения в костях конечностей либо вообще не прослеживались, либо соответствовали возрастной норме.

Таким образом, клинико-рентгенологическая картина у больных трёх рассмотренных групп характеризовалась известной специфичностью, которая определялась причиной, вызвавшей остеопению.

Лечение больных зависело от клинико-рентгенологических данных. Так пациентам 1-ой

группы назначали гормоны анаболические стероиды а при нарушении всасывания кальция — ещё и витамин Д и глюканат кальция.

Больным 2-ой группы проводили лечение основного заболевания с обязательным применением витамина Д и глюканата кальция.

При синдроме Иценко-Кушинга назначали соответствующую радикальную патогенетическую терапию. Динамический рентгенологический контроль и клиническое наблюдение выявили отсутствие дальнейшего нарастания процесса, а у некоторых больных отмечались даже репаративные изменения в виде восстановления целостности замыкательных пластин.

Таким образом, в подавляющем большинстве наблюдений комплексное клинико-рентгенологическое исследование позволяет установить причину остеопении и определяет выбор врачебных мероприятий, а так же позволяет осуществлять контроль за эффективностью лечебных мероприятий.

ТҮЙІН

Е.Я. АЛПАТОВ¹, Г.А. КӘРІБАЕВА

Қалалық емхана № 11, Алматы қ-сы, м.ғ.к.¹

ТҮРЛІ ЭТИОЛОГИЯНЫҢ ӨРШІГЕН РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТЕРІ МЕН ӨЗГЕШЕЛІКТЕРІ

Қадағалаудың басым көпшілігінде кешенді клинико-рентгенологиялық зерттеу остеопенияның себебін анықтауға мүмкіншілік береді және дәрігерлік іс-шараның талғамын анықтайды. Остеопения кезінде рентгенологиялық зерттеудің сандық бағалау өзгерістерін пайдаланғанда дұрыс диагностиканы қамсыздандырып, емдік шараларды тиімділікке бақылауды іске асыруға рұқсат береді.

SUMMARY

E.YA. ALPATOV¹, G.A. KARIBAEVA

City clinic № 11, Almaty, c.m.s.¹

ROENTGENOLOGIC ASPECTS AND GENERALIZED OSTEOPENIA OF VARIOUS ETIOLOGIES

In the vast majority of observations integrated clinical and x-ray examination to establish the cause osteopenia and determines the choice of medical interventions. X-ray study using quantitative estimates of changes in osteopenia not only ensures proper diagnosis, but also allows you to monitor the effectiveness of treatment.

ЭОЖ 614.2:004

С.К. МҮСІРЕПОВА

№ 6 Қалалық емханасы, Алматы қ.

АҚПАРАТТЫҚ ТЕХНОЛОГИЯЛАРДЫ БМСК ЖҮЙЕСІНЕ ЕНГІЗУ

Аннотация

Денсаулық сақтау саласын жоғары сапалы деңгейге көтеру үшін көрсетілетін медициналық қызметтер технологияларын, әсіресе БМСК қызметтерін жетілдіру бүгінгі заман сұранысы болып табылады. Осы мақалада шаруашылық жүргізу құқығы негізіндегі «№ 6 қалалық емханасы» мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны медициналық қызметті ұйымдастыру мен басқарудың жаңа тиімді формаларын енгізу үдерістерімен таныстырады.

Түйін сөздер: БМСК, инновация, ақпараттық электрондық бағдарламалар.

Уақытылы, қолжетімді және сапалы медициналық қызмет ете алатын, әлеуметтік бағдарланған, бірыңғай дамыған жүйені қалыптастыру Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасының негізгі бағыты болып саналады. Осы бағытта, әсіресе, қызметі негізінен профилактикаға бағытталған бастапқы медициналық - санитарлық көмек (БМСК) жүйесін жетілдіруге аса көңіл бөлініп, біршама айтарлықтай жұмыстар жасалынды. Атап айтсақ, әлеуметтік бағытталған медициналық-санитарлық алғашқы көмек моделі, учаскелік қызметті онтайландыру, қызмет көрсету сапасының көрсеткіштері бойынша ынталандыру компоненттері арқылы медицина қызметкерлеріне қосымша төлем жасау, учаскелік қызметті екінші және үшінші медбикелермен күшейту, әлеуметтік қызметкерлер мен психологтарды енгізу, стационарды алмастыратын емдік технологиялар жүйесін жетілдіру және кеңейту, амбулаториялық дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді жетілдіру, формулярлық жүйені, инновациялық жобаларды, қазіргі заманға сәйкес менеджмент бағыттарын енгізу және т.б. БМСК қызметінің басым дамуына үлкен жігер берді. Бұнымен қатар БМСК тек денсаулық сақтау саласын ғана емес, мемлекетіміздің әлеуметтік және экономикалық жетілу кезеңдеріне сәйкес басқа да секторларды да қамтитындығын атап өткен дұрыс.

Денсаулық сақтау саласын жоғары сапалы деңгейге көтеру үшін көрсетілетін медициналық қызметтер технологияларын, әсіресе БМСК қызметтерін жетілдіру бүгінгі заман сұранысы болып табылады [1]. Осы тұрғыда, басқа да БМСК мекемелері сияқты, шаруашылық жүргізу құқығы негізіндегі «№ 6 қалалық емханасы»

мемлекеттік коммуналдық кәсіпорыны алдында медициналық қызметті ұйымдастыру мен басқарудың жаңа тиімді формаларын енгізу мақсаты туындады. Бұған Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрлігінің «Бүгін - сен алдыда, ертең - бәрі» атты жобасына, «Кезексіз емхана» Республикалық конкурсіне емхананың қатысуы және инновацияларды енгізудің «өсу орны» болып белгіленуі себеп болды. Біз уақыт талабына сай тұрғындарды сапалы емхана қызметтеріне қолжетімді етуге тырысып келеміз. Осы ретте, біздің емханада инновациялық категорияға жататын бірқатар электрондық бағдарламалар енгізілді. Әрбір бағдарламалық ашылым емделушілермен жұмыс жасау барысында пайда болған белгілі бір сұрақтар мен мәселелерді (кезектілік, медициналық қызметтің сапасына қанағаттанбау, шағымдар және т.б.) шешу негізінде туындаған, біршама мамандар командасының бірлескен жұмысының нәтижесі болып саналады.

IT-технологиялар емхана құрылымдарының, дәрігерлерінің, медбикелерінің жұмысына объективті баға беруге, «Кезексіз емхана» жұмыс істеу тәртібіне көшуге мүмкіндік беретін электрондық тіркеу орынын қалыптастыру арқылы амбулаториялық қызметті жетілдіруге мүмкіндік туғызды.

Алдымен бүгінгі күннің сұранысына сай келетін өзіміздің web сайтымызды жасадық. Бұл ақпараттық құралы арқылы пациенттер бізбен интерактивті байланыса алатын болды. Электрондық тіркеу орыны дәрігерлердің қабылдау кестесімен тікелей байланысты. Пациенттер дәрігердің қабылдауына талонды сайт арқылы алдын ала брондауға мүмкіндік алды. Сонымен қатар, медициналық көмек туралы пікір алысу, ұсыныс жасауға мүмкіндік беретін электрондық формадағы байланыс қызметкерлердің жұмысын бағалауға да септігін тигізуде. Пациенттермен

карым-қатынасты жетілдіруде барлық байланыс түрлері: интернет (электрондық пошта, скайп, агент), стационарлық телефондар қолданылды.

Осындай тәртіппен жұмыс істеу келесі нәтижелерге жеткізді:

- учаскелік дәрігері немесе басқа дәрігер — маманның қабылдауына бару үшін әрбір пациент өзіне ыңғайлы уақытты тандай алатын болды;

- пациенттердің келу ағымын реттеп, белгіленген нормативтерге сәйкес күні бойығы қабылдау қарқындылығын бірқалыпқа келтіру арқылы дәрігерлердің жұмысын үйлестіруге мүмкіндік туды;

- дәрігерлердің пациенттерді қарауға көбірек уақыт бөлуіне мүмкіндік туды, медициналық көмектің сапасы арта түсті.

Туберкулезге қарсы шаралары ұйымдастыруды жақсарту мақсатында емханада «Флюоротека» электрондық модулі енгізілді. Мұнда ФГ алдын ала тексеруден міндетті түрде өтетін «қауіп-қатер тобының» тізімі, учаске бойынша осы қызметтің жоспары белгіленіп, оның орындалуы бақыланады және екі жылдам астам тексеруден өтпегендердің тізімі көрсетіледі.

Ал «иммунопрофилактика» электрондық бағдарламасы учаске бойынша регистрге тіркелген балалар туралы мәліметті қамтиды. Мұнда әрбір балаға жекеленген егу күнтізбесі қалыптасқан және егуге медициналық қарсылық туралы толық ақпарат жауапты дәрігер мен медбикелер үшін көрсетілген.

Үстіміздегі жылдың басында «еңбекке жарамсыздық парағы» электрондық бағдарламасы іске қосылды. Осы бағдарламада мамандар бойынша жазылған еңбекке жарамсыздық парақтары туралы жалпы база қалыптасады және алты күннен артыққа созылған парақтар бақылауға алынған. Сонымен қатар, мұнда еңбекке жарамсыздық парақтарының жөнсіз берілуі жөнінде ішкі тексеру жүргізіліп, аурулардың түрлеріне байланысты еңбекке жарамсыздық сараланады.

Емханаға келетін тұрғындардың көрсетілген қызметтерге қанағаттылығын бағалау мақсатында емханада электрондық ақпараттық дүнгіршік (инфокиоск) жұмыс істейді. Пациент осы арқылы емхана қызметкерлерінің жұмысын бағалап, дәрігерлердің қабылдау тәртібі туралы ақпаратпен нормативтік-құқықтық туралы мәліметтер алады, электрондық сауалнамаларға қатысады. Бұған қоса, ақпараттық дүнгешік емхана басқарушысы мен пациенттің арасындағы альтернативтік қатынас звеносы болып санала-

ды. Ең қолайлысы, осы жоғарыда аталған бағдарламалардың бар процесстерді емхана басқарушысы «Жетекші кейісі» арқылы алыстан бақылап, көре алады.

Ақпараттық технологиялар біздің жұмысымызды жақсартып, көп процесстерді оңтайландырады, соның арқасында дер кезінде шешім қабылдауға көмегін тигізеді. Сондықтан біз осы енгізулермен тоқталып қоймай, болашақта өз жұмысымызды одан әрі жетілдіруге атсалысып келеміз. Қазір амбулаториялық қызметте желілік коммуникациясы бар автоматтандырылған жұмыс орындарын қалыптасатырудың кезі келді. Ал электрондық амбулаторлық картаны енгізу дәрігерлердің қағаздарды жазуға жұмсайтын көп уақытын үнемдеп, жұмыстарын оңайлатады, бұл заман талабы. Ал, ақпараттық технологияларды енгізу компьютерлік сауаттылықты міндетті түрде керек етеді.

Жалпы, қорыта келе, ақпараттық технологияларды қолдану медициналық мекемелерде тиімді басқаруды жетілдіруге септігін тигізетіндігін және біздің тұрғындарға көрсетілетін медициналық қызметтердің сапасын жоғарлатуға мүмкіндік беретіндігін айтуға болады.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011 - 2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы, ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің ресми сайты: http://www.mz.gov.kz/files/2013/Salamaty_Kazakhstan_2011-2015_kk1.pdf.- Б. 28-36.

РЕЗЮМЕ

С.К. МУСИРЕПОВА

Городская поликлиника № 6, г. Алматы

ВНЕДРЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПМСП

В статье освещены примеры использования конкретных видов информационных технологий на базе поликлиники. Применение информационных технологий как новый подход в управлении медицинскими организациями играет большую роль в повышении качества медицинских услуг, отвечающим потребностям населения.

SUMMARY

S.K. MUSSIREPOVA

City polyclinic № 6, Almaty

APPLICATION OF INFORMATIONAL TECHNOLOGIES IN PHC

The article provides concrete examples of using information technologies in a local outpatient department. Application of informational technologies as a new approach in medical organization management ensures the improvements in quality of health service which corresponds to people's needs and expectations.

УДК 618.13-002

М.С. КЕНЖИБАЕВА

Лечебный центр «Брак и семья», г. Тараз

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА: ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

Аннотация

На сегодняшний день воспалительные заболевания органов малого таза у женщин распространены, и лечение этой группы заболеваний является очень актуальным.

Ключевые слова: воспаление, женские органы, диагностика женских заболеваний, лечение заболеваний женской половой сферы.

Воспалительные заболевания органов малого таза (ВЗОМТ) обычно являются результатом восходящей инфекции из эндоцервикса, которая может привести к развитию эндометрита, сальпингита, параметрита, оофорита, tuboовариальных абсцессов и пельвиоперитонита. Причины ВЗОМТ — возбудители инфекций, передающихся половым путем (ИППП), такие как *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, а также *Mycoplasma genitalium*, анаэробы и другие микроорганизмы. ВЗОМТ — общая причина заболеваемости женщин. Они выявляются у одной пациентки из 60 в возрасте до 45 лет при осмотре врачом общей практики. Лечение, начатое с опозданием всего лишь на несколько дней, существенно повышает риск осложнений (бесплодие, эктопическую беременность и хроническую тазовую боль), которые обуславливают значительные затраты на лечение. ВЗОМТ могут быть представлены как одной нозологической формой (эндометрит, сальпингит, оофорит, tuboовариальный абсцесс, пельвиоперитонит), так и любыми их сочетаниями [1].

Установить точную частоту и распространенность, а также диагностировать ВЗОМТ трудно в связи с частым отсутствием симптомов и разнообразием клинической картины. В США ВЗОМТ ежегодно являются причиной 2,5 млн. визитов к врачу, 200 тыс. госпитализаций и 100 тыс. хирургических вмешательств. Острый эпизод ВЗОМТ ежегодно регистрируется более чем у 1 млн. американских женщин. У подростков новые случаи ВЗОМТ встречаются с частотой 2,5% в год. В России женщины с ВЗОМТ составляют 60–65% амбулаторных гинекологических больных и до 30% — госпитализированных.

С развитием ВЗОМТ ассоциируется целый ряд факторов: молодой возраст, наличие нескольких половых партнеров, ИППП в анамнезе (у пациентки или ее полового партнера), прерыва-

ние беременности, введение внутриматочного средства в течение предшествующих 6 недель, гистеросальпингография, процедура оплодотворения *in vitro*, эндометрит, бактериальный вагиноз, недавно появившийся новый половой партнер (в течение предыдущих 3 месяцев).

Основной путь инфицирования взрослых — половой, однако возможно заражение хламидиями бытовым путем. Хламидиоз относится к инфекционным заболеваниям, развивающимся на фоне приобретенного или врожденного иммунодефицита. К поражениям нижнего отдела урогенитального тракта относятся хламидийный уретрит, парауретрит, бартолинит, кольпит, цервицит. Последний является первичным и наиболее частым проявлением хламидийной инфекции. Однако клинические признаки цервицита — отечность и гиперемия шейки матки, специфические слизисто-гнойные выделения из половых путей — наблюдаются лишь у трети женщин. В большинстве же случаев течение инфекции — бессимптомное.

Клинически ВЗОМТ характеризуются:

- билатеральной болезненностью внизу живота (боль иногда иррадирует в нижние конечности);
- наличие патологических вагинальных или цервикальных выделений;
- лихорадкой (температура тела выше 38°C);
- патологическим вагинальным кровотечением (межменструальное, посткоитальное или кровотечение прорыва);
- выраженной диспареунией;
- чувствительностью или болезненностью шейки матки при бимануальном вагинальном обследовании;
- чувствительностью придатков матки при бимануальном вагинальном обследовании (с или без пальпируемых уплотнений).

Большинство больных ВЗОМТ могут лечить-

ся в амбулаторных условиях, поскольку примерно в 60% случаев наблюдается субклиническое течение заболевания, в 36% — легкое или среднетяжелое и лишь в 4% — тяжелое [2,3,4,].

Спектр действия антибактериальных препаратов или их комбинаций, назначаемых для лечения ВЗОМТ, должен включать большинство потенциальных возбудителей, и прежде всего *S. trachomatis* и *N. gonorrhoeae*. Эффективность пероральных и парентеральных режимов была продемонстрирована во многих рандомизированных исследованиях. Работ по непосредственному сравнению пероральных и парентеральных режимов не проводилось. В случаях, когда лечение начинают с парентерального введения антибиотиков, через 24 часа после улучшения состояния пациентку можно переводить на пероральную терапию.

В комплекс лечения необходимо включать нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Болезненные ощущения, являясь мощным стрессовым фактором, приводят к перераздражению лимбико-ретикулярных структур. Огромное значение должно придаваться восстановлению морфофункционального потенциала поврежденных тканей: коррекции метаболических нарушений и последствий ацидоза, восстановлению гемодинамики и активности рецепторного аппарата эндометрия. Данный этап лечения крайне важен, должен быть хорошо продуманным и достаточно продолжительным. Целесообразно проведение метаболической терапии, направленной на усиление тканевого обмена и устранение последствий гипоксии. С целью профилактики развития дисбактериоза в течение 10–14 дней возможно использование эу- и пробиотиков. При присоединении вирусной инфекции целесообразно использование интерферонов и иммуноглобулинов. Для улучшения микроциркуляции и оксигенации органов и тканей в комплекс лечения больных с ВЗОМТ необходимо включать антиагреганты и антикоагулянты [5].

Лечение ВЗОМТ является весьма сложной проблемой. В настоящее время наиболее широкое применение в клинической практике имеет препарат Азитрал (азитромицин) — полусинтетический антибиотик из группы макролидов, подкласса азалидов. Он является препаратом выбора для лечения ВЗОМТ у небеременных женщин и альтернативным средством для лечения этого заболевания в период беременности. Азитрал обладает широким спектром антимикробной активности.

Таким образом, уникальный фармакокинетический профиль Азитрала обеспечивает одноразовый суточный прием и высокую комплексность терапии.

Исследования показали, что клиническая эффективность азитромицина, назначаемого в разовой дозе 500 мг в течение 3 дней, сопоставима с эффективностью большинства широко применяемых антибактериальных средств, что позволяет в 2–3 раза сократить обычный курс антибиотикотерапии.

Особого внимания заслуживает фармакоэкономическая оценка действия препарата. Несмотря на то, что азитромицин зарекомендовал себя эффективным и безопасным антибиотиком для лечения инфекций передающихся половым путем, его назначение нередко ограничивает относительно высокая цена. Однако сама по себе цена является неинформативной и часто вводит в заблуждение. Одним из важнейших фармакоэкономических показателей, определяющих выбор антибиотика, является соотношение стоимость/эффективность. Оно вычисляется, как отношение стоимости лекарственного лечения (для пероральных препаратов она равна стоимости курсовой дозы) к доле успешно пролеченных больных. Многие исследования показывают, что несмотря на то, что азитромицин стоит дороже, чем другие антибактериальные препараты, лечение с помощью однократного приема азитромицина экономически эффективно. Следует обратить внимание на то, что Азитрал среди существующих препаратов азитромицина являет оптимальное соотношение цена/качество.

Таким образом, по данным клинических исследований и подводя итог вышеизложенному, азитромицин (Азитрал) является одним из наиболее эффективных и безопасных антибиотиков для лечения инфекций, передающихся половым путем. Его высокая клиническая эффективность в реальной медицинской практике обуславливает высокую экономическую значимость и выдвигает этот антибиотик в число основных средств для лечения заболеваний, передающихся половым путем. Кроме того, в комплекс терапии воспалительных заболеваний половых органов женщин необходимо включение лекарственных средств, нормализующих дисбиоз влагалища, к которым относятся препараты флуконазола. Совершенно очевидно, что необходимо проведение дальнейших исследований и разработка самых современных схем и методов терапии генитальных инфекций.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Абрамченко В.В., Башмакова М.А., Корхов В.В. Антибиотики в акушерстве и гинекологии.— Санкт—Петербург: Спецлит, 2000.— 220 с.

2 Кулакова В.И., Серова В.Н. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии // Руководство для практических врачей под редакцией.— М.: Литтерра, 2005.—С.724—727.

3 Серов В.Н, Тихомиров А.Л. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов.— М.: Методическое пособие, 2002.— 25 с.

4 Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии под редакцией Г.М. Савельевой // М.: МИА, 2006, С.487—501.

5 Тихомиров А.Л., Сарсания С.И.. Комплексное лечение смешанных генитальных инфекций // Гинекология, 2004.—Т.6,—№6,— С.14—17.

ТҮЙІН

М.С. КЕНЖЕБАЕВА

«Неке мен жанұя» емдеу орталығы, Тараз қ.

**ӘЙЕЛ АДАМНЫҢ ҚҰЫС АҒЗАСЫНЫҢ ҚАБЫ-
НУЫ: ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ӨЛШЕМ ЖӘНЕ
ЕМДЕУ ҰСТАНЫМДАРЫ**

Мақалада аналық мүшелердің қабыну аурулары сипатталған - себебі, клиникалық пішіндер, диагностика-ның негізгі әдістері және ем. Бүгінгі күнге аналық мүшелердің қабыну аурулары жайылған және аурулар-дың бұл тобының емі өте көкейкесті болып көрінеді.

SUMMARY

M.S. KENZHIBAEVA

Treatment center «Marriage and Family», Taraz
**INFLAMMATORY DISEASES OF SMALL PELVIS:
DIAGNOSTIC CRITERIA AND TREATMENT
PRINCIPLES**

In article inflammatory diseases of bodies of a small basin - the reason, clinical forms, the main methods of diagnostics and treatment are described. Today inflammatory diseases of bodies of a small basin are widespread and treatment of this group of diseases is very actual.

УДК 617.7-007.681-07-084

К.Ж. БУРМАГАНОВ, О.В. КОРНЕЕВА

Областной центр формирования здорового образа жизни, г. Кокшетау

ГЛАУКОМА ВАЖНЫЙ СКРИНИНГОВЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ

Аннотация

По данным ВОЗ глаукома является основным заболеванием, которое при отсутствии своевременного лечения, необратимо вызывает слепоту. Более 5 миллионов человек потеряли зрение вследствие глаукомы, что составляет 13,5 % от всех слепых в мире.

Ключевые слова: глаукома, скрининговые осмотры, зрение.

Термин «глаукома» (в переводе с греческого – зелёный цвет моря) встречается ещё в работах Гиппократов датируемых 400 годом до нашей эры. В настоящее время термин «глаукома» объединяет довольно большую группу заболеваний, зачастую разного происхождения и с разным течением. До сих пор нет единого мнения о том, что является причиной начала болезни. Глаукома может возникнуть в любом возрасте, но чаще всего это заболевание развивается в пожилом возрасте (таблица 1).

В Казахстане глаукома лидирует среди основных причин неизлечимой слепоты и слабовидения. Сегодня на диспансерном учете с диагнозом «глаукома» в республике состоит более 37 тысяч больных. Истинная цифра страдающих этим недугом намного выше.

В «группу риска» возникновения глаукомы могут входить:

- родственники (в том числе дальние) больных глаукомой, со схожими особенностями строения глаза;
- люди, перенесшие травмы глаз, воспалительные заболевания;
- люди старше 60-70 лет, даже не предъявляющие жалоб на глаза;
- люди с диабетом, эндокринными, нервными и сердечнососудистыми заболеваниями;
- люди с повышенным внутриглазным давлением, независимо от возраста.

Различают две основные формы глаукомы: открытоугольная и закрытоугольная. Открыто-

угольная глаукома составляет более 90 % всех случаев заболевания этим недугом. Закрытоугольная глаукома – более редкая форма глаукомы, которая в основном бывает при дальнозоркости у людей в возрасте старше 30 лет.

Существуют врожденная глаукома, ювенильная, различные формы вторичной глаукомы, в том числе связанные с аномалиями развития глаза.

Благодаря балансу притока и оттока жидкости в здоровом глазу постоянно поддерживается определенное давление (18-22 мм.рт.ст.). При глаукоме нарушается циркуляция жидкости. Жидкость накапливается, и внутриглазное давление начинает расти. Зрительный нерв и другие структуры глаза испытывают повышенную нагрузку, нарушается кровоснабжение глаза. В результате глазной нерв атрофируется, и зрительные сигналы перестают поступать в головной мозг. Человек начинает хуже видеть, нарушается периферическое зрение, ограничивается зона видимости. Если давление продолжает расти, а больной не прибегает к лечению, зрение постепенно ухудшается вплоть до слепоты.

Чтобы выявить начало заболевания, простого измерения внутриглазного давления недостаточно, необходимо тщательное диагностическое обследование. Глаукому нельзя вылечить полностью, но можно предупредить слепоту, если заболевание выявлено рано и больной находится под постоянным диспансерным наблюдением у окулиста и получает рациональное лечение. Раннее

Таблица 1 – Частота заболеваний глаукомой по возрастным группам

Возрастные группы	Частота заболеваний
Новорожденные	1 случай глаукомы примерно на 10000 новорожденных
40-50 лет	Первичную глаукому специалисты диагностируют примерно у 0,1 % населения
60-75 лет	Глаукома наблюдается примерно в 1,5-2,0% случаев.

выявление больных глаукомой осуществляется путем профилактических осмотров населения.

В зависимости от формы, стадии, сопутствующих заболеваний подбирается индивидуальная программа лечения глаукомы. Медикаментозные средства в основном направлены на снижение внутриглазного давления, но важно помнить, что капли не восстанавливают баланс жидкости в глазу, а лишь искусственно его поддерживают. Что касается хирургического лечения, то операция непроникающей глубокой склерэктомии (НГСЭ) позволяет восстановить естественный баланс жидкости в глазу при открытоугольных формах глаукомы. При закрытоугольных формах применяются как традиционные операции, так и метод удаления прозрачного хрусталика с имплантацией интраокулярной линзы (при несоответствии величины хрусталика величине глаза).

В настоящее время среди населения республики проводится скрининг на раннее выявление БСК, сахарного диабета, предопухолевых и злокачественных новообразований, глаукомы а также факторов риска, влияющих на возникновение заболеваний. Основными директивными документами являются приказ МЗ РК от 16 марта 2011 года №145 «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан», от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения».

Цель скрининговых осмотров — выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения.

В Акмолинской области Национальная скрининговая программа осуществляется с 2008г. Скрининговый осмотр в Акмолинской области на глаукому в 2011г. прошли 88329 чел. (92,8%), в 2012г. — 95968 чел. (96,5%), по РК 1996189 чел. (104,7%).

Больных глаукомой в Акмолинской области в 2011г. выявлено 166 чел. - 0,19%, в 2012г. - 52 чел. (0,05%), по РК — 6343 чел. (0,32%). Между тем, согласно приказу №145 МЗ РК по итогам скрининга должны быть сформированы 4 группы наблюдения, в которые должны быть отнесены все вновь выявленные лица с глаукомой и их

факторами риска. Фактически на Д-учет по области с глаукомой взяты - 90,3% больных, по республике - 83%.

Министерство здравоохранения Республики Казахстан 13 февраля 2013г. провело Республиканское совещание на тему «Совершенствование проведения профилактических (скрининговых), медицинских осмотров населения Республики Казахстан и профилактической деятельности на уровне ПМСП», в котором принял участие Акмолинский ОЦФЗОЖ.

Помните, откладывая лечение, вы очень рискуете здоровьем своих глаз. Без своевременного обнаружения заболевания, и вовремя начатого лечения, при глаукоме, зрение безвозвратно утрачивается. Раннее выявление заболевания, своевременное обращение к врачу, выполнение лечебных мероприятий, рекомендаций врача позволяют предотвратить слепоту.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Приказ МЗ РК от 16 марта 2011г. №145 «О внесении изменений в приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 года № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» - 12 с.
- 2 Статистический сборник НЦПФЗОЖ ЗА 2011-2012 гг. — С.42-44.

ТҮЙІН

Қ.Ж. БҰРМАҒАНОВ, О.В. КОРНЕЕВА

Облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы, Көкшетау қ.

ГЛАУКОМА АУРУДЫҢ МАҢЫЗДЫ СКРИНИНГЛІК КӨРСЕТКІШІ

ДДСҰ деректері бойынша, глаукома уақытылы емделмеген кезде, зағиптыққа әкелетін негізгі ауру болып табылады. 5 миллионнан астам адам глаукома салдарынан көздері көрмей қалған, әлемдегі барлық зағиптардың 13,5 % құрайды.

SUMMARY

K.ZH. BURMAGANOV, O.V. KORNEEVA

Regional Center for Healthy Lifestyles, Kokshetau
GLAUCOMA IMPORTANT SCREENING OF THE INCIDENCE RATE

According to WHO, glaucoma is a major disease that in the absence of timely treatment, causes irreversible blindness. More than 5 million people are blind from glaucoma, accounting for 13.5% of all blind people in the world.

УДК 616.24-002.153:613.81-036.12

Е.Я. АЛПАТОВ¹, Г.А. КАРИБАЕВАГородская поликлиника № 11, г. Алматы, к.м.н.¹**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ****Аннотация**

Для течения острых пневмоний у хронических алкоголиков характерен полиформизм клинической картины заболевания, вовлечение в патологический процесс значительных участков легкого, частые осложнения в виде нагноения, ателектаза и плеврального выпота, замедленное обратное развитие. Возможен также летальный исход. При рентгенологическом исследовании патологические изменения в лёгких и их атипизм могут быть выявлены на ранних этапах заболевания.

Ключевые слова: пневмония, хронический алкоголизм, полиформизм, атипизм.

Борьба с хроническим алкоголизмом и протекающими на его фоне заболеваниями — важная медицинская и социальная проблема. Многие авторы, изучая действие алкоголя на организм, убедительно доказали, что длительная алкогольная интоксикация приводит к значительным функциональным и органическим изменениям во всех без исключения органах и системах человеческого организма.

В значительной степени при алкоголизме страдают лёгкие, в них возникают глубокие функциональные и органические изменения в виде облитерации плевральных полостей, пневмосклероза, замены реснитчатого эпителия на бокаловидные клетки и изменение внешнего дыхания, а также иммунологические нарушения. Всё это ведёт к тому, что больные хроническим алкоголизмом наиболее восприимчивы к различного рода легочным заболеваниям, в том числе к острым пневмониям, которые отличаются атипичным течением и часто — неблагоприятным исходом.

Клинические проявления заболевания характеризуются выраженным полиформизмом, является одной из главных причин возникающих диагностических трудностей — тяжёлое течение и скудные физикальные данные. Всё это приводит к тому, что полноценное лечение начинают не своевременно. Часто возникают осложнения, заболевание приобретает затяжное течение, нередко неблагоприятные исходы.

При динамическом клинико-рентгенологическом исследовании больных хроническим алкоголизмом с острой пневмонией мы определяли локализацию процесса, длительность болезни, тяжесть клинического течения, функциональное состояние лёгкого и наличие сопутствующих заболеваний.

Рентгенологическое обследование заключалось в проведении полипроекционной рентгеноскопии, рентгенографии в 2-х проекциях, томографии и зонографии бронхиального дерева и самого участка поражения лёгкого.

У 70% больных было типичное клиническое течение заболевания — острое начало, высокая до 40 градусов температура, озноб, боли в груди, кашель.

У 28% пациентов начало заболевания было необычным — у некоторых был выраженный абдоминальный синдром, имитирующий острое хирургическое заболевание, а у других — симптомы поражения ЦНС. У части больных наблюдались стёртые формы заболевания со скудными физикальными данными, где диагноз был поставлен только при рентгенологическом исследовании. Особенностью клинической картины заболевания при хроническом алкоголизме явилась также большая частота тяжёлых форм патологии.

При первом рентгенологическом исследовании у больных определялась интенсивная, гомогенная инфильтрация лёгочной ткани, на фоне которой не был виден бронхосудистый рисунок. Однако на томограммах мы смогли получить изображение бронхов поражённой области при отсутствии признаков нарушения их проходимости. Почти во всех случаях в патологический процесс была вовлечена плевра, что выражалось в утолщении междолевой и паракостальной плевры или наличием свободной жидкости в плевральной полости. Избыточный лёгочный рисунок в зоне поражения был обусловлен в основном уплотнением перибронхиальной ткани, в то время как заметного увеличения калибра легочных сосудов не наблюдалось. Корень поражённого лёгкого несколько расширился за счёт увеличения калибра легочной артерии.

Срок регрессии рентгенологической картины острого воспаления лёгких у больных хроническим алкоголизмом задерживалась по сравнению с таковыми у лиц, не употребляющих алкоголя. Заболевания осложнялись нагноением, экссудативным плевритом, пневмоническим ателектазом и только у половины больных заболевание заканчивалось полным исчезновением анатомических функциональных нарушений.

Частые осложнения и неблагоприятные исходы пневмоний у алкоголиков мы связываем с существующими у них заболеваниями, которые снижают компенсаторные возможности организма, а также с наличием выраженных иммунологических нарушений в результате хронического воздействия алкоголя.

Также установлено, что общий показатель «носителей» остаточных изменений в лёгких после перенесённых заболеваний у алкоголиков составлял 25%, а в контрольной группе — около 9.5%.

Таким образом, течение острых пневмоний у лиц страдающих хроническим алкоголизмом, имеет ряд особенностей. Для них характерен полиформизм клинической картины заболевания, вовлечение в патологический процесс значительных участков лёгкого, частые осложнения в виде нагноения, ателектаза и плеврального выпота, замедленное обратное развитие и возможность летального исхода.

Патологические изменения в лёгких при этом могут быть выявлены на ранних этапах формирования и достаточно полно охарактеризованы при рентгенологическом исследовании с использованием полипроекционной рентгенографии, томографии и зонографии.

У лиц страдающих хроническим алкоголизмом чаще, чем в контрольной группе, при рентгенологическом исследовании грудной клетки определялись остаточные изменения перенесённых заболеваний, что также, возможно, является одним из факторов обуславливающих атипичное, более тяжёлое течение острого воспалительного процесса в лёгких.

ТҮЙІН

Е.Я. АЛПАТОВ¹, Г.А. КӘРІБАЕВА

Қалалық емхана № 11, Алматы қ., м.ғ.к. ¹

**СОЗЫЛМАЛЫ МАСКҮНЕМДІК НАУҚАСТАРЫНДА
ӨТКІР ПНЕВМОНИЯ КӨРІНІСТЕРІНДЕ
КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ ЕРЕКШЕЛІГІ**

Созылмалы маскүнемдерде өткір пневмонияның полиформизмінің клиникалық ауруға шалдығуының суреті ағысы үшін өкпенің қомақты бөлігінің патологиялық үдерісіне тарту, іріндеу түрде жиі ауыртпашылықтар, сол және плевралық сарысу, баяулатылған кері дамулар тән. Өліммен де аяқталу мүмкін. Рентгенологиялық зерттеу кезінде өкпенің патологиялық өзгерістері және атипизм ерте кезеңдерінде анықталу мүмкін.

SUMMARY

E.YA. ALPATOV¹, G.A. KARIBAEVA

City clinic № 11, Almaty, c.m.s. ¹

**CLINICAL FEATURES OF ACUTE RADIOGRAPHIC
PNEUMONIA IN PATIENTS WITH CHRONIC
ALCOHOLISM**

For currents of acute pneumonia in chronic alcoholics is characterized by polymorphism clinical picture of the disease, and involvement in the pathological process of significant sites of the easy, frequent complications in the form of a festering, atelectasis and pleural effusion, slow-motion reverse development. It is also possible fatal. X-ray study of pathological changes in the lungs and their atypical can be identified at an early stage of the disease.

УДК 613.84:614.2:614.39(574-25)

Г.К. МАЯКОВА, С.С. САЙДУЛЛАЕВА
Городская поликлиника № 20, г. Алматы

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ТАБАКОКУРЕНИЯ В ГОРОДСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ № 20 г. АЛМАТЫ

Аннотация

В статье даны статистические данные о пагубном воздействии табака на организм человека, приводящий к медленной смерти. Табакокурение – это глобальная проблема, профилактика одна из приоритетных задач Государственной программы «Саламатты Қазақстан».

Ключевые слова: профилактика табакокурения, Саламатты Қазақстан, скрининговые осмотры.

К вредным привычкам относится курение табака, к которым подвержены более миллиарда жителей планеты, выкуривающие до 5 триллионов сигарет в год.

В Казахстане курит примерно треть населения (62% мужчин и 18% женщин). Большинство начинают в подростковом возрасте, обычно в компании друзей.

Каждый год 23000-24000 людей в Казахстане умирают от болезней, фактором риска являются курение. Это около 65 человек ежедневно.

Это внушительные цифры показывают, как распространено курение. Курение приводит ко многим заболеваниям.

Это не только ларингит, бронхит, стоматит, но и эмфизема легких, язвенная болезнь желудка, болезни сердца, облитерирующий эндартериит, а также онкологические заболевания различных органов и тканей.

В бюллетене ВОЗ есть данные о том, что ежегодно от курения на нашей планете погибает до 5 миллионов человек, а к 2030 это число возрастет до более 10 миллионов человек в год.

Курение во времени беременности, увеличивает риск мертворождений, не вынашиваемости плода, преждевременных родов, маточных кровотечений, синдрома внезапной младенческой смерти, низкого веса новорожденного; заболеваний органов дыхания у новорожденных.

Можно было бы привести еще десятки примеров, доказывающих пагубное влияние курения на здоровье человека и в первую очередь на здоровье детей, подростков и женщин.

Почему люди курят? Население знает об этой опасности, но продолжает курить, потому что, опасность заболевания кажется нереальной, призрачной, далекой, а сиюминутное удовольствие, сопровождающееся коротким приливом энергии и бодрости, перекрывает риск заболевания. Ку-

рение стало модным явлением, особенно в подростковой среде и среди женщин.

С позиции подростков, курение – один из способов быстрой акклиматизации в любой компании, средство знакомства, самоутверждения.

Курильщики не верят статистическим выкладкам, цифрам, которые растут не по дням, а по часам абсолютной достоверностью указывают на взаимосвязь курения со многими опасными болезнями.

Комитет экспертов ВОЗ по курению и его влиянию на здоровье разработал и предложил всем государствам ряд мероприятий, в основе которых лежат три цели;

1. Убедить молодых людей не начинать курить;
2. Убедить взрослых бросить курить;
3. Содействовать производству менее вредных сигарет и выработке менее вредных способов курения для курящих.

В Республике Казахстан проводятся широкомасштабные мероприятия по борьбе с курением. В соответствии со статьей 159. Профилактика и ограничение табакокурения, алкоголизма Кодекса Республики Казахстан от 18.09.09 года №193-ІҮ «О здоровье народа и системе здравоохранения»

1. Профилактика и ограничение табакокурения, алкоголизма направлены на защиту здоровья населения, введение возрастного ценза для лиц, имеющих право приобретать табачные, алкогольные изделия, формирование отношения населения к табакокурению, употреблению алкоголя как к факторам повышенного риска для жизни и здоровья, проведение согласованных мероприятий по профилактике распространения табакокурения, алкоголизма.

В городской поликлинике № 20 с целью привлечения внимания населения к проблеме табакокурения и повышения осведомленности людей

о негативном воздействии веществ, содержащихся в табаке, насыбае и пр., на органы и в целом на здоровье, приобщения населения к действиям, направленным к ведению здорового образа жизни и повышению гражданской ответственности за свое здоровье, проведены следующие мероприятия:

- У входа в поликлинику № 20 на щите был установлен баннер «Алматы - город свободный от табачного дыма» «Алматы- темекі түтінінен азат қала»;

- В холле поликлиники организован санитарный уголок с широким ассортиментом ИОМ на тему вреда курения; информационно-образовательных материалов;

- Участковыми медсестрами распространяются на участках брошюры, листовки, буклеты на тему вредности табака.

- В школе № 142 и № 32 проведено анонимное анкетирование учащихся 5-11 классов по вопросам отношения к курению. Всего ответили на вопросы анкеты - 965 учащихся, 100% случаев они знают о том, что курение вредно для здоровья;

- Проведены родительские собрания в 6-7 классах. На родительских собраниях прочитана лекция о вреде курения, охвачено 900 родителей;

- Проведены беседы в 1-11 классах, охвачено 1854 учащихся;

- Написаны диктанты в 5-9 классах - 2213 учащимися;

- Обновлено 6 санитарных уголков, нарисованы учениками 25 плакатов на тему «Антитабак».

В школах постоянно проводится работа с учителями и учащимися с рекомендациями по правильному здоровому питанию, активному отды-

ху, ведению здорового образа жизни, важности закаливания, занятия спортом, купания, свежего воздуха.

При выявлении людей с поведенческими факторами риска при проведении скрининговых осмотров, проводится непосредственная профилактическая работа с каждым пациентом: компьютерное тестирование на знание вредности табака, беседы, занятие на усвоение знаний.

ТҮЙІН

Г.К. МАЯКОВА, С.С. САЙДОЛЛАЕВА

№ 20 Қалалық емхана, Алматы қ.

АЛМАТЫ ҚАЛАСЫНЫҢ «№ 20 ҚАЛАЛЫҚ ЕМХАНА» -сында ТЕМЕКІ ТАРТУДЫҢ ПРОФИЛАКТИКАСЫ БОЙЫНША ЖҰМЫСТЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ

Мақалада шылымның адам ағзасына баяу өлімге әкелетін зиянды әсері туралы статистикалық мәліметтер берілген. Шылым шегу — жаһандық проблема, оны алдын алу «Саламатты Қазақстан» Мемлекеттік бағдарламасының басты міндетінің бірі. Қазақстан Республикасының 2009 жылғы қыркүйектің 18-дегі №193-ІҮ «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі» Кодексінің шылым шегу мен алкогольизмді алдын алу және шектеу туралы 159 бабына сәйкес тұрғындармен жұмыс жүргізілуде, соның ішінде мектеп жасы балаларына көп көңіл бөлінуде.

SUMMARY

G.K. MAYAKOVA, S.S. SAIDULLAYEVA

City clinic № 20, Almaty

THE ORGANIZATION WORKS ON THE PREVENTION OF SMOKING IN CP «№ 20 ALMATY»

The article presents statistics on the harmful effects of tobacco on the human body, leading to a slow death. Tabakakurenje - a global problem, prevention a top priority for the State program «Salamatty Kazakhstan.» In accordance with Article 159. Prevention and control of tobacco, alcohol, Code of the Republic of Kazakhstan from 18.09.09, № 193-ІҮ «The health of the people and the health care system», working with the population, much attention is paid to children of school age.

ӘОЖ 613.6:614.2:331.42/.48

С.Қ. СЫРЛЫБАЕВА

№ 6 Қалалық емхана, Алматы қ.

ҚАУІП-ҚАТЕР ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ТҰРҒЫНДАР ДЕНСАУЛЫҒЫНА ТИГІЗЕР ӘСЕРІ

Аннотация

Мақалада адам денсаулығына мемлекеттің, жұмыс берушінің және азаматтың өзінің біріккен ынтымақты жауапкершілігі мәселелері талқыланады. Салауатты өмір сүру салтын қалыптастырып, ұстану ауру-сырқаушылық пен өлім жағдайларын едәуір төмендететіні туралы, денсаулықты сақтау мен дамыту қоғамның барлық топтарының — мемлекеттік органдардың, бизнес-қауымдастықтардың және тұрғындардың өзара бірлескен іс-әрекеттері болып табылатыны атап көрсетіледі.

Түйін сөздер: қауіп-қатер факторлары әсері, салауатты өмір салты.

Бүгінгі таңда клиникалық медицинаның жетіліп, алға басуы денсаулық сақтау жүйесінің профилактикалық бағытымен және денсаулықты сақтауда «Мемлекет пен жұмыс берушілердің, азаматтардың біріккен жауапкершілік принциптерімен» тығыз байланысты.

ДДСҰ-ның (дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы) мәліметі бойынша адам денсаулығының 10% ғана денсаулық сақтау жүйесіне тәуелді болса, 50% —дан астамы адамның өмір сүру салтына тәуелді.

Өмір сүру салты адамды қоршаған ортаның әсерінен, оның-адамның тандау құқығынан, денсаулықты сақтау және нығайту мүмкіншіліктері деңгейінен және өмір сүрудің сапалық деңгейінен құрылады. Қазақстанда аурулар себептерінің 60% —нан астамының астары мынадай 7 қауіп-қатер факторларына тіреледі. Олар: темекі шегу (13,4%) және спиртті ішімдікті шектен тыс артық пайдалану (12,8%), қан қысымы деңгейінің жоғарылауы (12,3%) дене-қимыл белсенділігінің төменгі деңгейі (3,5%), дұрыс тамақтанбау (5,5%), семіздік (7,4%), қандағы холестерин деңгейінің жоғарылауы (9,6%). Аурулар детерминантында адамды қоршаған табиғи және әлеуметтік ортамен бірге, адамның өмір сүру барысында қалыптасқан мінез-құлықтың да атқарар ролі зор.

Әлемдік тәжірибе де осыны көрсетеді. Мысалы: дене қимыл белсенділігі жоғары жағдайда жүрек-қан тамыр аурулары мен инсульттан өлім көрсеткіші 50%-ға төмендейді, жамбас сүйегі сыну жағдайы 30-50%, қан қысымының жоғарылауы 30%, тік және жанама ішекте обырдың дамуы 40-50%, қант диабетінің пайда болып, дамуы 20-60%, семіздіктің және басқа да қарттық кезеңде пайда болатын функционалды

жүктемелік шектелулердің дамуы 25-50% —ға төмендейді екен [1].

Сондай-ақ дамыған елдер тәжірибесіне жүгінсек, АҚШ денсаулықты 41,5% нығайтуға тұрғындар мінез-құлықтарындағы 3 аспектіні - дененің артық салмағын азайту, дене қимыл белсенділігін арттыру, холестерин деңгейі төмен азықтарды қолдануды - уағыздап, ұстану арқылы жеткен. Англия мен Францияда СӨСҚ (салауатты өмір салтын қалыптастыру) бағдарламалары нәтижесінде денсаулық көрсеткіштері 25% және 13%-ға артқан [2]. Олай болса, денсаулық көрсеткішінің жоғарғы деңгейіне салауатты өмір салтын уағыздап, ұстану, қалыптастыру жолымен де жетуге болатын мүмкіндіктер бар.

СӨСҚ-ға: дене-қимыл белсенділігінің оптималды деңгейі мен шынығу, жеке бас гигиенасын сақтау мен теңгерімді тамақтану, енбектену мен демалу режимін сақтау, аурулардың алдын алу мен мінез-құлықтағы қауіп-қатер факторларын азайтып, жоюға бағытталған скринингтік профилактикалық медициналық байқаулардан өту, табиғи ортаны қорғау ережелерін біліп-үйрену, жағымсыз, зиянды әдеттерден арылу, психикалық, эмоциялық тұрақтылықты сақтау, күйзелістермен күресе білу, сексуалдық-жыныстық қатынас туралы дұрыс тәрбиені біліп үйрену, қауіпсіз мінез-құлықты ұстанулар жатады.

ҚР Үкіметінің 29.01.2011ж. № 41 қаулысымен бекітілген 2011-2015 жылдарда денсаулық сақтау мен денсаулықты дамытудың «Саламатты Қазақстан» Мемлекеттік бағдарламасындағы 5.1.1.мақсатында: мінез-құлықтағы қауіп-қатер факторларының алдын алу және азайтудың жүйелі және кешенді жолдарымен СӨСҚ бағыттары көрсетілген. Осыған орай «№ 6 қалалық емхананың» 2012 жылғы скринингтік профилактика-

1 кесте - 18,25,30,35,40,42,44,46,48,50,52,54,56,58,60,62,64 жастағы еркектер мен әйелдерді Скринингтік профилактикалық медициналық байқаудан өткізудің 01.01.-31.12.2012 ж. аралығындағы қорытындысы

Меке-ме атауы/ өлкелер	Бай қауға жоспарланған	Байқаудан өткендер	%	Дені сау		Мінез-құлықтағы қауіп-қатер факторлары							
						Темекі шегушілік		Алкогольді шамадан тыс колдану		ДАС (дененің артық салмағы)		ДҚБ (дене кимыл белсенділігінің төменгі деңгейі)	
					%	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Алмалы	11957	123 32	103,1	9718	78,8	12 80	10, 38	78	0,63	2607	21, 14	1744	14,14

лық медициналық байқау нәтижесі мінез - құлықтағы қауіп - қатер факторларының: темекі шегушілік – 10,38%, спиртті ішімдіктерді шектен тыс қолдану—0,63%, артық салмақ—21,14%, дене-кимыл белсенділігінің төменгі деңгейі – 14,14% екендігін көрсетті (1 кесте).

Байқау барысында мінез-құлықта қауіп-қатер факторлары бар тұрғындармен (ересектер мен жасөспірімдер) медицина қызметкерлері сауалнамалар жүргізіп, сұхбаттасулар өткізді.

Бұл тұрғындар «Денсаулық мектептеріне» шақырылып, 7 сабақпен (модульдер) танысып, дәрістерге қатынасты, қауіп-қатер факторлары және олардың денсаулыққа зияны нәтижесінде пайда болатын аурулар мен сол аурулардың асқынулары туралы бейне және аудиотаспаларды тамашалап, ҚР — ның «Денсаулық сақтау жүйесі туралы» Кодексімен, «Темекі шегушіліктің алдын алу және шектеу» туралы заң тармақтарымен, ҚР ДС министрінің 2011-2012 жж. арналған ТМҚКК (тегін медициналық көмектің кепілді көлемі) және тұрғындар арасында ҚЖА(қантaмыр жүйесі аурулары), ҚД(қант диабеті), онкологиялық аурулардың алдын алу мен ерте анықтау, мінез-құлықтағы қауіп-қатер факторларын азайтып, жоюға бағытталған скринингтік профилактикалық медициналық байқауларды өткізу туралы №145, №146 бұйрық тармақтарымен танысып, олар ИАҚ - (информациялық-ақпараттық құралдар) - мен, ақпараттық-сауаттандыру және әдебиет құралдарымен қамтамасыз етілді. СӨСҚ орталы-

ғында өткізілетін «Зиянды әдеттерден, қатерлі мінез-құлық факторларынан арылып, өз денсаулығыңызға үлес қосыңыз — ең құнды капиталыңызды арттырыңыз!», «Өз денсаулығыңыз өз қолыңызда», «Денсаулығыңызды қадірлеңіз», «Ауырып ем іздегенше, ауырмайтын жол ізде», «Дені сау болу бүгінгі күн талабы», «Дені сау болу — мәдениетті болу» т.с.с. акция, ашық есік күндеріне қатысты (2 кесте).

Мақсатты топтарда кезеңімен жүргізілетін скринингтік профилактикалық медициналық байқаулардан кейін, СӨСҚ орталықтарында өткізілген профилактикалық сауаттандыру бағдарламаларынан кейін тұрғындар арасында денсаулыққа зиянды әдеттер азайып, салауатты өмір салтын ұстанатындар қатары көбейе түсері сөзсіз. Ол үшін халық арасында салауатты өмір салтын қалыптастыру жұмыстарын медицина қызметкерлері жұмыс берушілермен, жұмыс ұжымдарымен, қалалық, аудандық, ауылдық әкімдіктермен бірлесіп, мемлекет тарапынан жасалып жатқан шараларды кеңінен пайдаланып жүргізуі керек. Олай болса, денсаулық әлеуетін сақтау мен дамытудың ажырамас бөлігі қоғамның барлық топтарының — мемлекеттік органдардың, бизнесқауымдастықтардың және тұрғындардың өзара бірлескен іс-әрекеттері болып табылады [3,4]. Бүгінгі таңда адамның өзіне, өз денсаулығына деген қамқорлығы мәдениеттіліктің қажетті құраушысы.

2 кесте - Қауіп-қатер факторлары мен СӨСҚ - Денсаулық мектебінің 2012ж. жұмыс қорытындысы (топтағы жұмыс)

№	Сабак тар тақырыбы	Сабак өту орны	Сабактар саны	Тындау-шыларды қамту	Бейне таспаларды көрсету	ИАҚ-ды тарату	Сұхбатта сулар	Кеңестер беру	Сауална-малар жүргізу
1	Дене - қимыл белсенділігі — СӨС (салауатты өмір салты)-ның негізі. Дене шынықтыру — семіздіктен арылу.	ЕДШ- (емдік дене шынықтыру) бөлмесі	8	124	5	426	36	48	4
2	Дұрыс тамақтану. Тенгерімдік тамақтану. Егде жастағы тамақтану.	СӨСҚ кабинеті	6	78	4	168	26	64	2
3	Темекі шегушіліктің алдын алу	Мәжіліс залы	12	206	12	612	126	80	7
4	Алкогольді шамадан тыс тұтынудың алдын алу	Мәжіліс залы	5	46	2	560	136 1	24	-
5	Жеке бас тазалығын- ги ги енасын сақтау— денсаулық кепілі	СӨСҚ каб-ті, дәрігер қабылдау бөлмелері	32	418	-	675	141	134	6
6	Күйзелістің алдын алу және күйзеліске қарсы тұра білу дағдыларын үйрену	Психолог, әлеуметтік қызметкерлер кабинеті	3	43	-	69	58	45	3
7	Қарым-қатынас (коммуникативтік) дағдыларын үйрену	Психолог, әлеуметтік қызметкерлер кабинеті	4	51	-	100	134	73	2

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1 ДДСҰ-ның «Дүние жүзіндегі денсаулық деңгейі туралы» баяндамасы. 1995.

2 Казин Ә.М. Адам денсаулығы негіздері: Жалпы және қолданбалы валеологияға кіріспе // Казин Ә.М., Блинова Н.Г., Литвинова Н.А. — М.: Владос, 2000. — 192 б.

3 Есова Г.К., Жылкайдарова А.Ж. Денсаулықты сақтау мен денсаулық потенциалын дамытуда тұрғындардың бірлескен жауапкершілігі // «Дені сау - ұлттың сау болашағы» атты СӨСҚ қызметкерлерінің халықаралық форумы материалдарынан. - Алматы, 2010. - Б.5-6.

4 Хайдарова Т.С., Рамазанова М.А. Қауіп-қатер факторлары мен АМСК (алғашқы медициналық-санитарлық көмек) деңгейіндегі денсаулық көрсеткіштері // «СӨСҚ-дың, аурудың алдын алудың және денсаулықты нығайтудың өзекті мәселелері». - 2010. - №4. - Б. 66-68.

РЕЗЮМЕ

С.К. СЫРЛЫБАЕВА

№ 6 Городская поликлиника, г. Алматы

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА
НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

В работе рассматривается принцип солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здравоохранения.

SUMMARY

S.K. SYRLYBAEVA

City polyclinic № 6, Almaty

INFLUENCE OF RISK FACTORS
ON POPULATION HEALTH

In the article issues of a shared responsibility of state, employers and human for own health are discussed. An integral component of health potential protection and promotion is the interaction of all society elements — government bodies, business structures and population itself.

УДК 618.2-005.1-08

К.И. КУШЕНОВА

Городская Многопрофильная Больница АО «Талап», Объединенная лаборатория
г. Уральск

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ГЕМОСТАЗА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Аннотация

В течение физиологической беременности, завершившейся родами в срок живым доношенным плодом, основными адаптационными гемостазиологическими изменениями являлись повышение спонтанной и индуцированной агрегационной активности тромбоцитов, нарастание уровня фибриногена, растворимых фибрин мономерных комплексов, D-димера, удлинение тромбинового времени и замедление фибринолиза. Необходима дальнейшая разработка вопросов гемостазиологического контроля при беременности с изучением соответствия изменений в системном и маточно-плацентарном кровотоке, отбором клинически информативных тестов и установлением их критических значений. Изучение этих механизмов позволить более дифференцированно, а значит более эффективно, осуществлять профилактику развития тромбофилий. Своевременное выявление лиц с повышенным риском тромбообразования позволит подбор антиагрегатной и антикоагулянтной терапии и предотвращает тромботическое осложнение у женщины во время беременности и послеродовом периоде.

Ключевые слова: гемостаз, беременность, гестационный период, тромбинемии, гепаринотерапия, тромбофилия.

При физиологической беременности в организме женщины протекает ряд адаптационно-приспособительных процессов, которые направлены на обеспечение адекватного течения гестационного периода, роста и развития плода. Значительная перестройка в организме затрагивает эндокринную, иммунную, кровеносную, свертывающую систему организма.

Изменения в системе гемостаза при беременности связывают с появлением нового, маточно-плацентарного круга кровообращения. По мере развития беременности во всех звеньях свертывающей системы крови происходят адаптационные изменения, направленные на поддержание нормальной деятельности фетоплацентарной системы и равновесия в системе гемостаза, остановку кровотечения из сосудов плацентарной площадки после отделения последа.

Функционирование системы гемостаза обеспечивается тесным взаимодействием сосудисто-тромбоцитарного, прокоагулянтного, антикоагулянтного и фибринолитического звеньев этой системы. По мере увеличения срока беременности и возрастания концентрации тромбоксана A_2 — вазоконстрикторного и прокоагулянтного фактора, продуцируемого тромбоцитами, происходит их активация, сопровождающаяся реакцией высво-

бождения с выходом в плазму β -тромбоглобулина и тромбоцитарного фактора 4, уменьшается продолжительность жизни тромбоцитов и ускоряется их продукция. В лабораторных тестах спонтанная агрегация клеток не увеличивается, адгезивность клеток повышается незначительно. Отмечается параллельное увеличение протромбинового индекса и уменьшение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ), особенно к концу III триместра беременности. Одним из наиболее важных моментов считается повышение концентрации фибриногена — основного субстрата образования сгустка — на 20-30% в сравнении с нормальными показателями, достигающее максимума перед родами.

По мере увеличения срока беременности возрастает степень тромбинемии, обнаруживаемой по увеличению содержания растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК), продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и фибрина (D-димер). Эти изменения связывают с интенсификацией процессов внутрисосудистого свертывания крови, в том числе в маточно-плацентарном кровотоке. На сегодняшний день наиболее доступным, часто выполняемым в лабораториях и достаточно информативным является тест РФМК, который, хотя и не лишен серьезных ана-

литических недостатков, достаточно надежно свидетельствует об активации свертывания и фибринолиза, накоплении в крови РФМК, ПДФ и D-димера.

При беременности вследствие роста общего коагуляционного потенциала крови практически всегда развивается тромбофилическое состояние. Оно связано с повышением функциональной активности тромбоцитов, ростом концентрации фибриногена, повышением активности факторов II, V, VII, X, XII снижением фибринолитической активности крови и активности анти-тромбина III при некотором уменьшении его содержания. Подобные изменения в системе гемостаза при физиологической беременности считаются необходимыми для нормального формирования фетоплацентарного комплекса.

Развивающиеся изменения, как правило, не сопровождаются патологической гипертромбинемией и внутрисосудистым диссеминированным свертыванием крови, однако могут вести к гиперкоагуляции, которая является результатом нарушения баланса в системе гемостаза в условиях наследственных или приобретенных его сдвигов при различных экстрагенитальных заболеваниях. Тромбофилический статус может привести к срыву адаптационных механизмов во время беременности и родов и стать причиной развития акушерских осложнений — задержки роста и развития плода, плацентарной недостаточности, позднего токсикоза, гибели плода и др. По данным В.М. Сидельниковой, начавшееся прерывание беременности служит наиболее частой причиной хронического страдания плода и развития фетоплацентарной недостаточности у женщин с привычным невынашиванием беременности. Частота самопроизвольных выкидышей, по данным разных авторов, составляет от 2 до 55%. В свою очередь по мере увеличения числа спонтанных выкидышей возрастает риск прерывания последующих беременностей. На сегодняшний момент проблема невынашивания беременности стоит достаточно остро. Несмотря на достигнутые в последние годы успехи в профилактике и лечении этой патологии, ее частота практически не снижается, что обусловлено множественностью этиологических и патогенетических факторов. В настоящее время структура репродуктивных потерь претерпела значительные изменения. Помимо традиционных причин невынашивания (хромосомные, анатомические, эндокринные, инфекционные и иммунные нарушения), в отдельную

группу выделена патология системы свертывания крови — наследственные и приобретенные тромбофилии, составляющие 40-75% всех причин потери плода.

Выраженность сдвигов в сосудисто-тромбоцитарном, коагуляционном, фибринолитическом и антикоагулянтном звеньях гемостаза определяется особенностями течения беременности и исходным состоянием свертывающей системы. Эти факторы взаимосвязаны и взаимозависимы; их нарушения нередко приводят к прерыванию беременности в разные сроки, что делает актуальной своевременную диагностику внутрисосудистого тромбоза и его терапию с использованием специфических и неспецифических методов, влияющих на отдельные звенья патогенеза.

Кровь брали утром натощак до приема лекарственных препаратов и выполнения диагностических и лечебных процедур. Кровь получали путем венепункции в пластиковые вакуумные системы. Плазму получали путем центрифугирования при 1800g и комнатной температуре в течение 15 мин (для исследования волчаночного антикоагулянта — дважды). АПТВ, ПВ (МНО), уровень фибриногена определяли с использованием стандартных тест-наборов НПФ «Технология Стандарт» на коагулометре. РФМК — количественным методом с о-фенантролиновым реактивом. Подсчет количества тромбоцитов производили на гематологическом анализаторе Sysmex KX-21 в капиллярной крови, взятой с ЭДТА. Волчаночный антикоагулянт (ВА) с использованием наборов «Экспресс-Люпус тест», «Люпус тест».

Результаты и обсуждение

В результате исследования показателей гемостаза у женщин с невынашиванием беременности и пациенток контрольной группы получены данные, представленные в (табл.1). Отмечено достоверное уменьшение протромбинового времени плазмы крови (МНО) у женщин с УПБ и НА в анамнезе и женщины с УПБ и отягощенным акушерским анамнезом по СА и НА по сравнению с женщинами с физиологической беременностью.

Время свертывания плазмы в АПТВ-тесте было достоверно уменьшено у женщин с УПБ, СА или НА по сравнению с показателями в контрольной группе. Следует отметить, что у женщин с ОАА, УПБ, СА и НА достоверных различий АПТВ по сравнению с показателями в контрольной группе не выявлено, что может быть связано с гиперкоагуляционным сдвигом в фос-

Таблица 1 - Показатели гемостаза у женщин с невынашиванием беременности ($X_{cp} = S$)

Показатель	Здоровые не беременные женщины (n=20)	Группа				
		1-я, контрольная физиологически протекающая беременность (n=59)	2-я, УПБ без ОАА (n=22)	3-я, УПБ+ ОАА по СА (n=12)	4-я, УПБ+ ОАА по НА (n=16)	5-я, УПБ+ ОАА и НА (n=17)
МНО	1,05±0,15	0,98±0,10	0,99±0,10	0,97±0,09	0,94±0,09	0,93±0,09
Индекс АПТВ	1,0±0,1	1,01±0,14	1,02±0,13	0,97±0,12	0,97±0,14	0,98±0,12
РФМК, мг/дл	3,38±0,02	13,47±6,22	10,27±5,31	11,31±4,69	10,3±3,66	10,69±2,91
Фибриногенг/л	3,0±1,0	3,58±0,78	3,38±0,74	3,56±0,86	3,86±0,81	4,35±0,66
ВА	0,99±0,20	0,97±0,15	1,03±0,15	0,98±0,15	1,06±0,15	1,03±0,11
Тромбоциты 10 ⁹ /л	235,1±32,2	232,3±45,5	230,9±46,7	231,8±45,5	231,1±44,5	223,6±31,2
<i>пНО – нормализованное отношение, НА (несостоявшиеся аборт) СА (случай не вынашивания) ОАА (отягощенный акушерский анамнез) УПБ (угрозы прерывания беременности)</i>						

фолипид- зависимых лабораторных тестах и косвенно указывать на наличие ВА. По результатам исследования на ВА отмечается достоверное повышение показателя НО во 2,4 и 5-й группах по сравнению с 1-ой группой.

Результаты исследования в АПТВ и ПВ-тестах свидетельствуют о некотором повышении общего коагуляционного потенциала крови за счет увеличения активности факторов внешнего и внутреннего путей активации протромбиназы и о возможном гиперкоагуляционном сдвиге гемостаза у женщин указанных групп по сравнению с показателями в контрольной группе (физиологическое течение беременности). Последнее находит подтверждение в результатах теста РФМК, который обычно применяют для оценки степени тромбинемии и эффективности гепаринотерапии.

Повышенный уровень РФМК выявлен у беременных во всех случаях. Он достоверно отличался от нормальных значений, что свидетельствует о тромбинемии, связанной с активацией свертывания крови. У беременных с ОАА уровень РФМК более 4,0 мг/дл выявлялся несколько чаще, чем при физиологически протекающей беременности и у женщин с УПБ без ОАА.

Повышение уровня РФМК до 10 мг/дл и более свидетельствует о существенной активации системы гемостаза и является маркером тромбофилии. У женщин контрольной группы значения РФМК более 10мг/дл встречались в 63% случаев, является свидетельством физиологической гиперкоагуляции, связанной с адаптации системы гемостаза к беременности. В то же время у женщин с УПБ и невынашиванием беременности на фоне достоверного повышения общего коагуляционного потенциала крови значения РФМК более 10 мг/дл встречались реже.

Среднее значения РФМК у женщин с УПБ во 2,3,4 и 5-й группах были достоверно ниже, чем у женщин с физиологически протекающей беременностью. Снижение уровня РФМК у женщин с невынашиванием беременности может быть связано с изменением пула метаболитов фибриногена и сдвигами активности плазмина.

При анализе динамики состояния гемостаза прежде всего обращает на себя внимание рост уровня фибриногена в течение всей беременности, выходящего за пределы обычных значений уже к концу I триместра. Параллельно с гиперфибриногенемией от I к III триместру происходит повышение содержания РФМК.

Таблица 2 - Показатели РФМК у женщин с невынашиванием беременности

Показатель	Группа				
	1-я (n=59)	2-я (n=22)	3-я (n=12)	4-я (n=166)	5-я (n=17)
РФМК более 4,0 мг/дл	55 (93,2)	20 (91)	11 (92)	15 (94)	16 (94)
РФМК более 10 мг/дл	37 (63)	10 (45)	7 (58)	9 (56)	12 (71)
Пределы концентрации РФМК	3,0-26	3,0-28,0	3,5-22	3,5-24,0	3,5-19,0
<i>(в скобках указан процент)</i>					

Таблица 3 - Показатели гемостаза при физиологически протекающей беременности ($X \pm b$) ($n=65$)

Показатель	триместр		
	I	II	III
Кол-во тромбоцитов	234 $\pm$ 36	227 $\pm$ 39	219 $\pm$ 0,14
АПТВ, с	33,8 $\pm$ 2,6	33,3 $\pm$ 3,0	33,3 $\pm$ 2,8
ПВ, с	15,7 $\pm$ 0,5	15,6 $\pm$ 0,4	15,2 $\pm$ 0,5
Фибриноген, г/л	3,8 $\pm$ 0,6	4,2 $\pm$ 0,5	5,3 $\pm$ 1,5
Тромбиновое время, с	15,5 $\pm$ 0,9	15,7 $\pm$ 1,2	16,1 $\pm$ 1,8
РФМК, мг/дл	6,0 $\pm$ 1,5	7,3 $\pm$ 2,0	9,5 $\pm$ 2,1

Заклучение: Нами не обнаружено значимой динамики показателей количества тромбоцитов, базисных коагуляционных тестов.

ТҮЙІН

Қ.И. КӨШЕНОВА

«Талап» АҚ Қалалық көпбейімді ауруханасының
біріккен зертханасы, Орал қ.

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДЕГІ ГЕМОСТАЗ ЖАҒДАЙЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Физиологиялық жүктілік кезінде тірі жетілген баламен аяқталған толғақ, негізгі бейімдік гомеостаздық өзгерістер болып тромбоциттердің аяқ асты және жақсарту белсенділігі, фиброген деңгейінің өсуі, мономерлік кешенді еритін фибрин, D-димері, тромбиндік уақыттың ұзаруы және фибринолиздің баяулауы табылады. Жүктілік кезінде гемостазиялық бақылауды жүйелі және жатыр-жолдас қан айналым өзгерістерінің сәйкестігін зерттеу, клиникалық ақпараттық тесттерді алу және олардың белгілерін орнату. Аталмыш механизмдерді зерттеу тромбофилия ауруының дамуын алдын алуды тиімді әрі жан-жақты жүзеге асыруға мүмкіндік береді. Тромбоциттердің жиналуына жоғары бейімді адамдарды анықтау антиагрегатты және антикоагулянтты емдеуді

тандауға, жүктілік және боанудан кейінгі кезеңде әйелдерде тромботикалық асқындауларды тоқтатуға мүмкіндік береді.

SUMMARY

K.I. KUSHENOVA

City (Local) Multidisciplinary Hospital JSC «Talap»
United Laboratory, Uralsk

FEATURES OF HEMOSTASIS IN PREGNANT WOMEN

During physiological pregnancy ended at term birth live full-term fetus, the major adaptive changes in hemostasis is to increase the spontaneous and induced platelet aggregation, the increase of fibrinogen, soluble fibrin monomer complex, D-dimer, thrombin time prolongation and slowing of fibrinolysis. Further development issues hemostatic control during pregnancy with the study of the corresponding changes in the system and utero-placental blood flow, the selection of informative clinical tests and establishment of their critical values. The study of these mechanisms allow a more differentiated and therefore more effective, prevention of thrombophilia. Timely detection of individuals at increased risk of thrombotic events and allow selection antiagregatnoy anticoagulant and prevents thrombotic events in women during pregnancy and the postpartum period.

УДК 616.89-008.47-008.481-053.2:159.952.6

Е. И. ЛОЗОВЫХ, С. И. БОЛОТЬКО

Детская поликлиника № 1, г. Павлодар

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

Аннотация

Препарат Танакан высокоэффективен в комплексном лечении синдрома дефицита внимания у детей и может успешно использоваться в детской практике.

Ключевые слова: синдром дефицита внимания, гиперактивность.

Синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ) - довольно распространенное заболевание среди детей, относящееся к пограничному состоянию. По данным различных статистик, им страдают от 5 до 17% детей дошкольного и школьного возраста. Мы провели анализ 118 амбулаторных карт среди детей, которые обращались в поликлинику по поводу СДВГ. По возрасту были распределены от 3-7 лет — 78 больных, от 8 -10 лет 40 больных мальчиков 80, девочек 38. Был подробно изучен анамнез у данных детей, начиная с внутриутробного развития, и вот что удалось выяснить:

1. В 90% случаев акушерский анамнез матери и родов был отягощен.

2. 80% детей на первом году жизни получали лечение у невропатолога амбулаторно, 5% - лечились в стационаре и только у 15% детей в возрасте до года отсутствовали явные признаки нарушений со стороны нервной системы,

3. На проблемное поведение своих детей, родители обратили внимание после достижения ребёнком трёхлетнего возраста. Это связано с тем, что родители не догадывались о том, что их ребёнок болен и склонны были относить проявления гиперактивности или невнимательности детей за счёт других факторов: характера, темперамента, эмоций или переходного возраста.

4. Некоторые родители даже видя и понимая, что у ребёнка есть определённые проблемы, предпочитали не обращаться за медицинской помощью и делали это только по настоятельной просьбе воспитателя детского сада или школьного учителя, да и то нерегулярно и неохотно [1, 2].

Среди жалоб преобладали - повышенная активность (гиперактивность), импульсивность, эмоциональная лабильность, невнимательность, беспокойный сон, метеозависимость, снижение памяти, периодически - головные боли без чёткой локализации, часто снижение аппетита.

Во время осмотра у таких детей не выявлено грубой неврологической симптоматики, у 18% детей наблюдалась лёгкая атаксия, оживление сухожильных рефлексов, лёгкое нарушение мелкой моторики в руках, небольшая задержка речевого развития. При внешнем осмотре у 25% детей обнаружена гипотрофия мышц плечевого пояса, крыловидные лопатки, снижение мышечной силы в руках.

При специальном исследовании на ЭЭГ, у всех выявлены изменения: у 26% в виде снижения порога судорожной готовности, у 17% - в виде гиперсинхронных волн дельта - и тета диапазона, у остальных - раздражение диэнцефально-мезенцефально-стволовых структур. Нормальной биоэлектрической активности на ЭЭГ не было ни у одного ребёнка.

На реоэнцефалограмме, констатирована дистония сосудов головного мозга с нарушением оттока по одному или обоим бассейнам. При обследовании окулистом состояния глазного дна — изменения в виде застойных явлений разной степени выраженности обнаружено у 21%.

Перед родителями и врачами невропатологами стоит вопрос - если СДВГ - это пограничное состояние, то, как помочь таким детям? В связи с этим важно не только поставить диагноз и назначить индивидуальное лечение, но и проводить психологическую работу, как с ребёнком, так и с родителями. Специалистами психологами были разработаны разные системы работы с детьми с СДВГ, и мы предлагаем те из них, которые, как нам кажется, наиболее целесообразными:

1- отвлечь ребёнка от капризов;

2- поддерживать дома режим труда и отдыха;

3- ограничить просмотр телевизора, время занятий за компьютером;

4- предложить на выбор другую возможную в данный момент деятельность;

5-отреагировать неожиданным для ребёнка образом (например, пошутить);

6- не запрещать действие ребёнка в категорической форме;

7- не приказывать, а просить, но не заискивать;

8- выслушать то, что хочет сказать ребёнок, в противном случае он не услышит вас;

9-автоматически, одними и теми же словами, повторять свою просьбу многократно нейтральным тоном;

10-не настаивать на том, чтобы ребёнок во что-бы то ни стало, принес обвинения;

11- не читать нотаций, так как ребёнок всё равно их не слышит.

В плане медикаментозного лечения мы подходили к каждому ребёнку индивидуально, но с учётом патогенеза СДВГ - всем детям назначали Танакан, который обладает мягким ноотропным действием. С данным препаратом мы работаем достаточно длительное время (несколько лет) и отмечаем только положительный результат от его использования.

В лечении детей с СДВГ мы назначали Танакан в возрастной дозировке курсами, в среднем, от 2 до 3 месяцев, три раза в день вместе с витаминами группы В.

Критерием эффективности терапии явились уменьшение жалоб со стороны родителей и педагогов, вплоть до их исчезновения, изменения в поведении ребёнка, нормализации данных на ЭЭГ, повышении успеваемости и улучшении взаимоотношений между сверстниками и членами семьи. После курсов лечения практически у всех детей были достигнуты стойкие положительные результаты; уменьшение степени выраженности симптомов, даже если они не купировались на 100%. Побочного действия Танакана ни в одном

случае обнаружено не было. Он безопасен при длительном приёме [3, 4].

Вывод: Танакан высокоэффективен в комплексном лечении СДВГ и может успешно использоваться в детской практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Лекционный материал по СДВГ главного внештатного невролога МЗ РК, зав. кафедрой детской неврологии АГИУВ, президента Ассоциации детских неврологов РК, д.м.н., профессора М.М. Лепесовой.- Алматы.- С-13.

2 Заваденко Н.Н. Гиперактивность. с дефицитом внимания у детей.- РМЖ.-2006, Т.14,-№ 1.- С.51-56.

3 Информационное письмо ОАО «Щелковский витаминный завод», 2009 г. письмо № 01И-398/09 от 16.07.2009.

4 Мусатова Н. М., Фармакотерапия СДВГ, Трудный пациент.- М.:Медицина, 2006, Т. 4,- С.45.

ТҮЙІН

Е. И. ЛОЗОВЫХ, С. И. БОЛОТКО

№ 1 Балалар емханасы, Павлодар қ.

БАЛАЛАРДАҒЫ ЗЕЙІН ЖӘНЕ АСА БЕЛСЕНДІЛІК ТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ СИНДРОМЫ

Танакан зейін және аса белсенділік тапшылығының синдромын кешенді емдеуде өте тиімді және балалар тәжірибесінде жақсы қолданылады.

Түйін сөздер: зейін, аса белсенділік тапшылығының синдромы.

SUMMARY

E.I. LOZOVIKH, S.I. BOLOTKO

Children's Clinic № 1, Pavlodar

ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY IN CHILDREN

Tanakan highly effective in treatment of attention deficit disorder of children and it can be successfully used in pediatric practice.

Key words: attention deficit disorder, hyperactivity.

УДК 616.8-009.24-053.2:612.57

Е.И. ЛОЗОВЫХ, Б.К. БАЙМЕНОВА, С.И. БОЛОТЬКО

Детская поликлиника № 1, г. Павлодар.

ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ У ДЕТЕЙ**Аннотация**

В Казахстане частота фебрильных судорог составляет 4% среди неврологической патологии. Диспансерное наблюдение позволяет избежать повторения судорожных приступов, свести к минимуму побочные действия применяемых препаратов.

Ключевые слова: фебрильные судороги, диспансерное наблюдение, эпилептиформные изменения.

Фебрильные судороги (ФС) - это судороги, которые развиваются у детей на фоне высокой температуры в возрасте от 6 месяцев до 5-7 лет. В Международной классификации эпилепсии и эпилептических синдромов они включены в раздел «Специальные синдромы: ситуационно обусловленные приступы». По статистическим данным в Казахстане частота ФС составляет 4% среди неврологической патологии, по данным нашего консультативно-диагностического отделения, частота ФС составляет среди детей наблюдающихся у невропатологов 1.2%. Несмотря на невысокий процент данной неврологической патологии, есть определённая степень риска перехода ФС в различные формы эпилепсии и правильный подход к принципам лечения и диспансеризации детей с ФС может уменьшить риск формирования детской инвалидности в последующем.

Проведенный анализ показал, что ФС встречаются в течение круглого года на фоне подъёма температуры от 38 до 40 градусов при острых инфекционных заболеваниях. По нашим данным, у всех детей с ФС, в анамнезе имелась перинатальная патология и чем тяжелее были её проявления, тем чаще дети давали приступы. Мы тщательно соби-

рали анамнез у детей с ФС, но не выявили наследственного фактора в развитии данного заболевания, хотя, по данным литературы, доля наследственно отягощённых ФС составляет 20-40%.

Диагностика фебрильных судорог основывается на достаточно характерных клинических признаках. У ребёнка на фоне лихорадки развиваются приступы, чаще генерализованные симметричные тонико-клонические, клонические или тонические, продолжительностью не более 5-10 минут, чаще приступы купируются самостоятельно, без оказания экстренной медицинской помощи [1, 2].

Согласно классификации различают простые (типичные) и сложные (атипичные) ФС. В ходе проведения анализа, мы не выявили детей с атипичными ФС.

Всем детям с ФС кроме клинического обследования, назначается проведение ЭЭГ, НСГ детям до года, осмотр глазного дна у окулиста, так как выявлены нарушения различного характера, особенно на ЭЭГ, что влияет на выбор тактики ведения таких больных.

Основываясь на своём 20 летнем опыте работы мы считаем, что основным вопросом во вре-

Таблица 1- Характерные особенности фебрильных судорог

Признак	Типичные (простые)	Атипичные(сложные)
возраст	6 мес.-5-лет	До 6мес. И старше 6лет
температура	Выше 38-39 градусов	Менее 38 градусов
характер судорог	Генерализованные клонические и тонико - клонические	Фокальные или латерализованные, аура
длительность	Непродолжительные, короткие	Длительность более 15 минут
склонность к повторению в течение суток	нет	есть
ЭЭГ	Отсутствие изменений эпилептического характера	Наличие патологической активности на ЭЭГ
неврологические симптомы после приступа	нет	Возможны транзиторные очаговые

мя диспансерного наблюдения за детьми с ФС является вопрос о назначении противоэpileптических препаратов и длительность их приёма. Мы едины во мнении на данную проблему, что при типичных ФС длительное назначение противоэpileптических препаратов не имеет смысла, так как риск трансформации в эpileпсию относительно невысок.

Длительная терапия антиконвульсантами не даёт гарантий в профилактике рецидивов ФС, мы рекомендуем назначать антиконвульсанты на период лихорадки и в течение нескольких дней после неё. В случае если возникают показания для назначения антиконвульсантов, то назначаются они с целью длительной профилактики на срок не менее года с момента последних приступов.

За ребенком, перенёвшим, даже один эпизод ФС ведётся диспансерное наблюдение, в процессе которого:

- 1- он осматривается неврологом один раз в 3 месяца, по показаниям чаще;
- 2- осуществляется контроль ЭЭГ;
- 3- проводится осмотр окулиста с исследованием глазного дна;
- 4- решается вопрос о вакцинации;
- 5- проводится санация хронических очагов инфекции.

Диспансерное наблюдение во многих случаях позволяет избежать повторения судорожных приступов, своевременно исключить органическую патологию ЦНС, свести к минимуму побочные действия применяемых препаратов.

В своей практике мы наблюдаем за детьми, до достижения ими пяти лет, а снимаем с учёта не ранее чем через два года после последнего приступа и отсутствия эpileптиформных изменений на ЭЭГ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Лепесова М.М., Таирова Г.К. // Диагностика, профилактика и лечение фебрильных судорог у детей (методические рекомендации для врачей). - Алматы: МЗ РК АГИУВ, 2007.- 41 с.

2 Шанько Г.Г. Фебрильные судороги. - М.: Медицина, 1993.- С 4.

ТҮЙІН

**Е.И. ЛОЗОВЫХ, Б. К. БАЙМЕНОВА,
С. И. БОЛОТКО**

№ 1 Балалар емханасы, Павлодар қ.
БАЛАЛАРДАҒЫ ФЕБРИЛДІ ҚҰРЫСУЛАР

Қазақстанда неврологиялық патология арасында фебрильдік құрысудың жиілігі 4% құрап отыр. Диспансерлік бақылау құрысу ұстамаларының қайталанбауына, қолданылатын дәрілердің жағымсыз әсерлерін азайтуға мүмкіндік береді.

SUMMARY

E.I. LOZOVIKH, B.K. BAIMENOV, S.I. BOLOTKO
Children's Clinic № 1, Pavlodar
CHILDREN'S FEBRILE SEIZURES

In Kazakhstan, the incidence of febrile seizures is 4% of neurological disorders. Clinical supervision to avoid recurrence of seizures, to minimize the side effects of the drugs.

УДК 618.1-006.52:616.988

М.С. КЕНЖИБАЕВА

Лечебный центр «Брак и семья», г. Тараз

**ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ ГЕНИТАЛИЙ:
ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ****Аннотация**

В статье рассказывается о папилломавирусной инфекции, которая является одной из самых распространенных причин обращения женщин к гинекологу. Из всех неблагоприятных воздействий, оказываемых на здоровье человека, наиболее значимым является урон, наносимый репродуктивной функции.

Ключевые слова: папилломавирусная инфекция, вирус папилломы человека, фотодинамическая терапия.

Заболевания, передаваемые половым путем (ЗППП), являются одной из самых распространенных причин обращения женщин к гинекологу. Из всех неблагоприятных воздействий, оказываемых ЗППП на здоровье человека, наиболее значимым является урон, наносимый репродуктивной функции.

Среди ЗППП особое значение имеет папилломавирусная инфекция (ПВИ) гениталий, возбудителем которой является вирус папилломы человека (ВПЧ) — ДНК, содержащий икосаэдр (двадцатигранник) диаметром приблизительно 45–55 нм, состоящий из 72 капсомеров, не имеет внешней оболочки, с молекулярной массой около 8 тыс. пар оснований. Особое значение данной инфекции придается в виду ее высокой частоты распространения (рост числа инфицированных в мире за последнее десятилетие более чем в 10 раз), трудностей в диагностике (особенно ее латентной формы с отсутствием морфологических изменений в тканях) и высокого онкогенного риска (при развитии рака шейки матки, занимающего второе место среди злокачественных новообразований у женщин) [1].

Основным путем передачи ВПЧ является контактный. Использование барьерных методов контрацепции не является достаточной защитой от ВПЧ, т.к. инфицирование может произойти при контакте с пораженной кожей губ, паховой или анальной области, что не может быть предотвращено при использовании презервативов. Возможен и бытовой путь передачи ПВИ через предметы домашнего обихода.

К факторам риска ПВИ относят: наличие нескольких (2–3 и более) половых партнеров, раннее (до 18 лет) начало половой жизни, наличие кондилом в генитальной области у сексуального партнера, беспорядочный характер половых связей, опосредованный через полового партнера

контакт с женщиной, больной РШМ, неиспользование барьерных методов контрацепции, курение и др. Высокая частота ассоциации ПВИ с другими воспалительными заболеваниями свидетельствует не только о преимущественно половом пути передачи вируса.

Примечателен тот факт, что носительство ВПЧ не является пожизненным, а возможность элиминации вирусов зависит от ряда факторов. У молодых женщин в 50% наблюдений отмечается элиминация вируса в течение 1 года, у 85% — в течение 4–5 лет. Снижение скорости этого процесса наблюдается при наличии клинических проявлений ПВИ, инфицировании одновременно несколькими типами вирусов, а также при различных формах иммунодефицитных состояний.

Важное значение имеет обследование женщины для выявления факторов риска инфекции, диагностики сопутствующей патологии, усугубляющей течение ПВИ, а также характера и глубины папилломавирусного поражения тканей. Поэтому обследование пациенток с ПВИ осуществляют комплексно и поэтапно, с включением на I этапе осмотра полового партнера, выявления других инфекций и дисбиоза влагалища, а при необходимости — их предварительного лечения.

ВПЧ также может инициировать и, по-видимому, поддерживать хронические воспалительные процессы нижнего отдела гениталий, поскольку при ВПЧ-индуцированном изменении структуры эпителия создаются предпосылки для манифестации вирусных, бактериальных, протозойных, грибковых и других инфекций.

В зависимости от проявлений ПВИ на гениталиях выделяют клиническую, субклиническую и латентную формы. Клиническая форма инфекции — это в основном генитальные бородавки в виде остроконечных кондилом (ОК), частота которых за последние годы, по данным МЗ РФ,

увеличилась на 25%. Классические остроконечные кондиломы вульвы и влагалища представляют собой сосочки из рыхлой соединительной ткани, часто скудной, с центрально расположенными кровеносными сосудами, с отеком и воспалительной инфильтрацией. Они обычно покрыты утолщенным многослойным плоским эпителием с паракератозом, акантозом, гиперплазией клеток базального и парабазального слоев.

Субклиническая форма ПВИ проявляется в виде плоских кондилом. Они чаще локализуются на шейке матки и реже — во влагалище. Плоские кондиломы развиваются на фоне плоскоклеточной метаплазии в переходной зоне шейки матки на границе многослойного плоского и цилиндрического эпителия и не видны глазом. Предварительный диагноз плоской кондиломы ставят на основании цитологического исследования, окончательный — по гистологическому заключению.

Большая часть плоских кондилом влагалища остается бессимптомной, но они могут быть причиной зуда или выделений из влагалища и кровотечения после полового акта.

Латентная форма ПВИ не сопровождается морфологическими изменениями в инфицированной ткани, а ДНК вируса часто определяют там, где нет заметных клинических или гистологических признаков инфекции.

При инфицировании ВПЧ большинство женщин (около 80%) излечиваются от вируса в течение 9–15 месяцев от момента заражения без проведения лечебных процедур. Предрак (в среднем в течение 20 лет) развивается у малой части инфицированных женщин (около 0,5%). С другой стороны, ВПЧ является основной причиной рака шейки матки: инфицированные женщины имеют в 300 раз более высокий риск его развития. При латентной форме инфекции пациенты не предъявляют никаких жалоб, а клинические проявления папилломавирусной инфекции могут маскироваться другими заболеваниями урогенитального тракта, что не позволяет вовремя выявить их с использованием традиционных методов [2].

Основной задачей диагностики папилломавирусной инфекции является раннее выявление предраковых изменений. В настоящее время с этой целью используются цитологический, кольпоскопический, гистологический методы (выявляют наличие характерных для папилломавирусной инфекции изменений эпителия, дисплазий, рака), молекулярно-биологические методы, по-

зволяющие установить факт инфицирования и провести генотипирование ВПЧ.

Основные принципы лечения. При выявлении клинических и субклинических признаков инфекции и CIN I и II, которое проводится с учетом локализации очагов и данных иммунограммы, показано лечение у гинеколога. Пациентки с CIN III и раком шейки матки подлежат лечению у онколога. Методы лечения ПВИ условно можно разделить на деструктивные (электротерапия, криотерапия, лазерная терапия, электро-радиохирургический метод, хирургический метод, химический метод), интерферонотерапию, локальную и системную иммунотерапию, физические методы (фотодинамическая терапия).

Лечение ПВИ — комбинированное, включающее несколько методов одновременно. При деструкции различных форм ПВИ предпочтительно использовать лазерный и радиоволновой методы (для любых образований) или химическую коагуляцию (для экзофитных кондилом). В зависимости от результатов обследования (при неудовлетворительной кольпоскопии, когда стыки эпителия не визуализируются, а атипичный эпителий уходит в канал) возможно, проведение конизации шейки матки.

В настоящее время показана высокая эффективность фотодинамической терапии (ФДТ) с использованием фотодитазина при лечении фоновых и предраковых заболеваний шейки матки.

ФДТ на основе фотодитазина вызывает избирательную гибель патологических клеток без повреждения здоровых тканей за счет селективного накопления фотосенсибилизатора в патологических клетках и локального подведения света. При этом отсутствуют кровотечения и боли в ходе операции, отмечается раннее начало краевой эпителизации, незначительная лейкоцитарная инфильтрация, сокращение фаз экссудации и пролиферации, не происходит образование рубцовой ткани, сохраняется анатомо-функциональная полноценность шейки матки.

Наряду с деструкцией очагов поражения необходимо проведение длительных курсов антивирусной и иммуномодулирующей терапии, т.к. формирование дисплазий является прогностическим признаком возможной малигнизации клеток в очагах поражения и развития рака. В комплекс иммунотерапии следует включать препараты локального действия для стимуляции иммунитета в области очагов поражения и средства системного действия.

В последние годы широкое применения в клинической практике приобрело универсальное иммуностимулирующее средство, обладающее противовирусным действием — Изопринозин. Механизм действия препарата заключается в блокировании размножения вирусных частиц путем повреждения их генетического аппарата, стимуляции активности макрофагов, пролиферации лимфоцитов и образования цитокинов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Прилепская В.Н. Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы. М., 1999.- С.22-29.
- 2 Аполихина И.А. Папилломавирусная инфекция гениталий у женщин. М.: Династия, 2002.- С. 102-112.

ТҮЙІН

М.С. КЕНЖЕБАЕВА

«Неке мен жанұя» емдеу орталығы, Тараз қ.
**ЖЫНЫСТЫҚ МҮШЕЛЕРІНІҢ ВИРУСТЫҚ
ПАППИЛОМА ИНФЕКЦИЯСЫ:
ЕМДЕУДІҢ НЕГІЗГІ ӘДІСТЕРІ**

Мақалада папилломавирус жұқпасы туралы айтылады, ол әйелдердің гинекологқа көп бару себептерінің бірі. Адамның денсаулығына қолайсыз әсерлер тигізуден ең басымы, ол репродуктивті функция.

SUMMARY

M.S. KENZHIBAEVA

Treatment center «Marriage and Family», Taraz
**PAPILLOMAVIRUS INFECTION OF GENITALS:
THE MAIN TREATMENT**

In the article it is told about the HPV infection, which is one of the most common causes of women visits to gynecologist. From all adverse health effects, the most significant is the damage caused to reproductive function.

УДК 616.216-002-08

**А. А. ИМАНГАЛИЕВА, М.Е. АЙТЕНБЕТОВА, Б. И. НУГМАНОВ,
А.Б. АЙТБЕКОВА, М. М. БАРАНКУЛОВА¹, Т.С. ХАЙДАРОВА, А. А. АДАЕВА²**
КазНМУ им.С.Д. Асфендиярова, г.Алматы¹
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы²

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИИ ЛОР-ОРГАНОВ

Аннотация

В статье приведены современные методы лечения острых и хронических риносинуситов. Использование современных диагностических и лечебных методов, таких как синус—катетер «ЯМИК» и ультразвуковой метод сокращает количество пункций верхнечелюстных пазух; сроки лечения больных острым гнойным гайморитом; уменьшает количество осложнений и даёт возможность профилактировать развитие хронической формы заболевания.

Ключевые слова: риносинусит, синус—катетер «ЯМИК», ультразвуковой метод.

Несмотря на достижения современной медицины, воспалительные заболевания околоносовых пазух, по-прежнему, занимают одно из ведущих мест в структуре лор-патологии. Они составляют одну треть от всех заболеваний лор-органов. При этом самым распространенным является диагноз «гайморит», хотя в подавляющем большинстве случаев гайморит протекает в сочетании с воспалительным процессом в передних и средних ячейках решетчатого лабиринта. Недостаточное внимание, уделяемое купированию воспалительного процесса в решетчатых клетках приводит к хронизации воспаления в гайморовой пазухе, что в последующем требует дорогостоящего хирургического лечения, при этом достичь ожидаемого эффекта удается не всегда.

Особенно актуальна данная проблема для жителей мегаполисов, где синуситы в последние годы вышли на первое место. Прежде всего, это связано с напряженной экологической обстановкой, повышением вирулентности бактериальной микрофлоры, изменением ее видового состава и возрастанием устойчивости к действию широко применяемых антибиотиков, усиливающейся ролью вирусов, иммунологическими изменениями в организме человека. Проблема лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух в последнее время значительно осложняется тем, что существенно возросло количество больных, которые имеют противопоказания к применению ряда лекарственных веществ, прежде всего антибактериальных препаратов. В условиях экологической ситуации больших городов постоянное вдыхание загрязненного воздуха приводит к на-

рушению естественной реактивности слизистой оболочки полости носа, в связи с чем, в ряде случаев банальный воспалительный процесс при острых респираторных вирусных инфекциях приобретает длительное упорное течение и зачастую вызывает тяжелые осложнения.

Присутствие инфекционного агента в околоносовых пазухах является чрезвычайно опасным фактором, способствующим распространению воспалительного процесса в полость черепа или орбиту с последующим развитием таких серьезных осложнений как флегмона орбиты, абсцесс мозга, менингит и др. Нередко заболевания полости носа и околоносовых пазух сочетаются и патогенетически обуславливают развитие патологических процессов в нижних дыхательных путях, в частности феномена ринобронхиальной гиперреактивности. Хронические воспалительные заболевания околоносовых пазух являются одной из причин оптохиазмального арахноидита, приводящего к прогрессирующей потере зрения.

В настоящее время терапия острых синуситов является комплексной и представляет собой воздействие на очаг воспаления как общими, так и местными способами. Ведущее значение в купировании воспалительного процесса принадлежит местному лечению, к которому относятся: способ перемещения лекарственных веществ по Претцу («кукушка»), пункция верхнечелюстной пазухи при помощи иглы Куликовского («прокол»). Указанные методики, обладающие несомненной эффективностью, в ряде случаев, не приводят к успеху, особенно при вовлечении в патологический процесс нескольких пазух.

В лечении пациентов, страдающих гнойно-воспалительными заболеваниями околоносовых пазух, преобладают хирургические методы. В последние годы получила распространение функциональная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух.

Однако, несмотря на применение современных хирургических методик, по-прежнему остается высокой частота рецидивов риносинуситов, особенно в случаях, когда воспалительный процесс протекает в форме гемипансинюита (пазух одной половины) и пансинюита (воспаление всех пазух). В подобных случаях хирургические методы лечения не оказывают должного эффекта.

Этими обстоятельствами обусловлен повышенный интерес к данной патологии и наше стремление к разработке и внедрению новых высокоэффективных методов лечения [1].

Ключевым моментом в терапии синусита наряду с подавлением бактериальной инфекции является восстановление дренажной функции естественных соустьев пазух. Нашими специалистами проводится ряд консервативных методов лечения, позволяющих повысить качество санации пазух за счет применения Синус-катетера «ЯМИК», свойств ультразвука низкой частоты в сочетании с действием некоторых лекарственных препаратов на биологические ткани и жидкости, и наименьшей травмой для пациента.

К примеру, синус-катетер как неинвазивный метод помимо воздействия на слизистую оболочку полости носа позволяет эвакуировать патологический секрет из околоносовых пазух и вводить в пазухи лекарственное вещество [2].

Низкочастотный ультразвук широко используется в медицине благодаря способности усиливать проникновение лекарственных веществ в глубь пораженных тканей, стимулируя их противовоспалительный эффект. При этом оптимально используется большая всасывающая поверхность полости носа, обуславливая наступление быстрого клинического эффекта за счет депонирования и длительной циркуляции лекарственных веществ, что позволяет проводить процедуру один раз в сутки, добиваясь при этом стойкого эффекта.

Это позволяет надеяться на достижение более высоких результатов лечения пациентов с данной формой патологии и профилактировать развитие осложнений.

Таким образом, использование современных диагностических и лечебных методов, таких как

синус-катетер «ЯМИК» и ультразвуковой метод сокращает количество пункций верхнечелюстных пазух; сроки лечения больных острым гнойным верхнечелюстным синуситом; уменьшает количество осложнений и даёт возможность профилактировать развитие хронической формы заболевания.

Использование обработки очага воспаления в верхнечелюстной пазухе наряду с высокой эффективностью является методом, позволяющим резко сократить применение лекарственных средств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Козлов В.С. Консервативное и хирургическое лечение острого и хронического синусита: Автореф. Дис...докт.мед.наук. — М., 1997. — 56 с.

2 Шиленкова В.В. Диагностика и лечение сочетанных форм острых гнойных синуситов при помощи синус-катетера. — ЯМИК: Автореф. дисс...канд.мед.наук. — Санкт-Петербург, 1995. — 50 с.

ТҮЙІН

**А. А. ИМАНҒАЛИЕВА, М. Е. АЙТЕНБЕТОВА,
Б. И. НҮҒМАНОВ,**

**А. Б. АЙТБЕКОВА, М. М. БАРАНҚҰЛОВА¹,
Т. С. ХАЙДАРОВА, Ә. Ә. АДАЕВА²**

С.Д. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.¹

ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы, Алматы қ.²

**ЛОР-МУШЕЛЕРІНІҢ ПАТОЛОГИЯСЫН
ЕМДЕУДЕГІ ЗАМАНАУИ ТӘСІЛДЕР**

Мақалада жедел және созылмалы риносинуситтердің заманауи әдістері көрсетілген. «ЯМИК» синус-катетері және төменгі жиіліктегі ультрадыбысты қолдану арқылы жоғарғы жақ қуыстардың пункциялау санын; жедел ірінді гаймориттердің емдеу мерзімін; асқынулар санын азайтуға және аурудың созылмалы түріне ауыспауына мүмкіндік береді.

SUMMARY

**A. A. IMANGALIYEVA, M. E. AYTENBETOVA,
B. I. NUGMANOV,**

**A. B. AYTBEKOVA, M. M. BARANKULOVA¹,
T. S. KHAYDAROVA, A. A. ADAEVA²**

Otorhinolaryngology Chair, Kaz NMU named after S.D. Asfendiyarova, Almaty¹

National Center for problems of healthy lifestyle development MOH of Kazakhstan, Almaty²

**MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF
PATHOLOGIES IN OTOLARYNGOLOGY**

The article presents the modern treatment of acute and chronic rhino sinusitis. The use of modern diagnostic and therapeutic methods, such as sinus catheter «YAMIK» and ultrasonic method reduces the number of punctures of the maxillary sinuses, the time of treatment of patients with acute purulent maxillary sinusitis, reduces the number of complications and allows the development of prophylaxis of chronic diseases.

УДК 616.839-008.6:616.12-009.86-053.2/.6-085:615.8

Ж.Х. БАЙТАНАТОВА, С.И. БОЛОТЬКО, Е.И. ЛОЗОВЫХ

Областной диагностический центр, г. Павлодар

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Аннотация

Применение препарата Танакан в комплексном лечении вегетативной дистонии у детей и подростков.

Ключевые слова: вегетативная дистония у детей и подростков.

В настоящее время общепризнанными являются немедикаментозные и медикаментозные методы лечения вегетативной дистонии (ВСД). Детям, имеющим умеренные проявления вегетативной дистонии, их небольшую давность, целесообразно назначение немедикаментозной терапии. При выраженной и длительно существующей симптоматике помимо немедикаментозной терапии назначаются лекарственные препараты.

Немедикаментозная терапия включает: режим дня — чередование умственных и физических нагрузок. Продолжительность сна должна быть достаточной — 8-10 часов. Необходимо поддерживать нормальный психологический климат в семье, устранять конфликтные ситуации и нервно-психические перегрузки в семье и школе. Немаловажное значение имеет правильное сбалансированное питание. Ошибкой является освобождение детей от занятий физкультурой. Гиподинамия приводит к ухудшению состояния. Оптимальными при ВСД являются плавание, ходьба, катание на лыжах, пешие прогулки, подвижные виды на свежем воздухе. Водные процедуры оказывают общеукрепляющее воздействие на организм, рекомендуются контрастные ванны, веерный и циркулярный души, гидромассаж, плавание. В комплекс лечения включается психотерапия, физиотерапия, массаж, иглорефлексотерапия (по показаниям). Широко используется фитотерапия. При расстройствах по парасимпатическому типу — растительные биостимуляторы — элеутерококк, женьшень, аралия, левзея, заманиха, различные мочегонные травы и сборы — толокнянка, можжевельник, брусника.

При расстройствах по симпатотоническому или смешанному типу — валериана, пустырник, шалфей, мята, мелисса, хмель, корень пиона.

Медикаментозное лечение включает назначе-

ние витаминно — минеральных комплексов, нейрометаболические, ноотропные, сосудистые препараты, анксиолитики, по показаниям — антидепрессанты, мягкие нейролептики, симптоматические.

В последние годы при лечении вегетативных дистоний стали применяться препараты, обладающие многофакторным действием с положительным влиянием на микроциркуляцию, кровоснабжение головного мозга, его обеспечение кислородом, а также на активацию клеточного метаболизма. Среди них достаточно широко применяемые в педиатрической практике такие препараты, как циннаризин (стугерон), винпоцетин (кавинтон). Кроме того весьма перспективными в терапии являются препараты Гинкго Билоба (Танакан). Танакан, стандартизированный и титрованный растительный препарат, действие которого обусловлено характером его влияния на процессы обмена веществ в клетках, реологические свойства крови и микроциркуляцию, а также на вазомоторные реакции кровеносных сосудов. Танакан улучшает мозговое кровообращение и снабжение мозга кислородом и глюкозой. Обладает вазорегулирующим действием на всю кровеносную систему: артерии, вены, капилляры. Способствует улучшению кровотока, препятствует агрегации эритроцитов, оказывает тормозящее влияние на фактор агрегации тромбоцитов. Нормализует метаболические процессы, оказывает антигипоксическое действие на ткани. Препятствует образованию свободных радикалов и перекисному окислению липидов клеточных мембран. Оказывает выраженное противоотечное действие, как на уровне головного мозга, так и на периферии. Назначают по 40 мг (1 таблетка или 1мл. раствора для приема внутрь) 3 раза в сутки во время еды. Продолжительность курса составляет от 1 до 3 месяцев.

ТҮЙІН

**Ж.Х. БАЙТАНАТОВА, С.И. БОЛОТКО,
Е.И. ЛОЗОВЫХ**

Облыстық диагностика орталығы, Павлодар қ.
**БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕРДЕГІ
ВЕГЕТАТИВТІ ДИСТОНИЯНЫ ЕМДЕУ
ҚАҒИДАЛАРЫ**

Дистонияның медикаменттің шипасы мақсатты витаминді - минералдық кешендердің ішіне алады, нейрометаболиялық, тамырдың препараттары, анксиолитиктар, ша көрсетімдерге - антидепрессанттар, симптоматиялық жұмсақ нейролептиктер. Сол себептен препараттың мақсатының Танакан дистонияның шипасында көрсетілген.

SUMMARY

**Zh.Kh. BAYTANATOVA, S.I. BOLOTKO,
E.I. LOZOVIKH**

Regional Diagnostic Centre, Pavlodar
**PRINCIPLES OF TREATMENT
OF VEGETATIVE DYSTONIA IN CHILDREN
AND ADOLESCENTS**

Drug treatment of dystonia includes the appointment of vitamin - mineral complexes, neurometabolic, nootropic, cardiovascular drugs, anxiolytics, according to testimony - antidepressant, mild antipsychotic drugs and symptomatic treatment. Therefore, use of the Tanakan drug in the treatment of dystonia is reasonable.

УДК 614.2:33:616-082:303.7

Н.А. АЙТМУХАМБЕТОВ

Областная детская больница, г. Атырау

СООТНОШЕНИЕ ПРОЛЕЧЕННЫХ СЛУЧАЕВ И ОПЛАТЫ ПО КЛИНИКО-ЗАТРАТНЫМ ГРУППАМ С РАЗЛИЧНЫМИ ВЕСОВЫМИ КОЭФФИЦИЕНТАМИ ЗА 9 МЕСЯЦЕВ 2012 г.**Аннотация**

Для обеспечения выполнения стратегии ЕНСЗ с ежегодным сокращением объема стационарных больных на 5%, для увеличения суммы дохода, предложено уменьшать объем госпитализации за счет пролеченных случаев с низким весовым коэффициентом, увеличивая при этом количество случаев с высоким.

Ключевые слова: пролеченный больной, клинко-затратные группы гарантированная бесплатная медицинская помощь.

С 2010 года в Казахстане идёт внедрение Единой национальной системы здравоохранения, разработанной по поручению главы государства Н.Назарбаева. В нормативно-правовых документах обосновывающих необходимость её внедрения показано, что единая национальная система здравоохранения - это признанная международная практика обеспечения надлежащего качества и доступности медицинских услуг. Она предусматривает свободный выбор пациентом врача и лечебного учреждения, формирование конкурентной среды и прозрачности процесса оказания медицинских услуг.

Гарантированную бесплатную медицинскую помощь может получить каждый Казахстанец не только в государственных, но и в частных клиниках, при этом имея возможность выбора лечащего врача.

В день определения медицинских показаний для стационарного лечения, участковый врач совместно с заведующим отделением выносит решение о необходимости госпитализации больного в стационар, которое фиксируется в его медицинской карте, рекомендует больному стационарное лечение с указанием результатов проведенных исследований, срок действия которых не должен превышать 10 календарных дней.

Для регулирования всего процесса созданы республиканское и региональные Бюро госпитализации при Информационно-аналитическом центре Минздрава и его филиалах в областях. Бюро госпитализации осуществляет:

- организацию плановой госпитализации больных в стационар;
- мониторинг и обеспечение прозрачности процесса;
- обеспечение взаимодействия между участ-

никами госпитализации плановых больных на территории страны, Комитетом оплаты медицинских услуг МЗ РК и местными органами управления здравоохранением.

Бюро госпитализации ежедневно проводит сбор данных о свободных койко-местах в стационарах на территории региона и страны, обеспечивает амбулаторно-поликлинические организации информацией о наличии свободных койко-мест, формирует лист ожидания для плановой госпитализации в случаях отсутствия свободных койко-мест по профилю, ежедневно предоставляет информацию о госпитализации в Республиканский информационно - аналитический центр, областное управление здравоохранения, Комитет оплаты медицинских услуг для анализа.

Требования к организации госпитализации больных в плановом порядке на получение квалифицированной, специализированной и медико-социальной стационарной помощи в стране единые в соответствии с республиканской бюджетной программой 067 «Услуги по оказанию стационарной и стационарозамещающей медицинской помощи за исключением инфекционных, туберкулезных и психиатрических заболеваний». Они направлены на защиту прав пациентов по обеспечению свободного выбора медицинской организации, доступности, прозрачности процесса госпитализации в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, а также в целях обеспечения взаимодействия между его участниками.

Прикрепление граждан к поликлиникам осуществляется по месту постоянного или временного проживания, работы или учебы с учетом права свободного выбора врача, медицинской организации в пределах одной административно-

территориальной единицы. Человек может быть прикреплен только к одной организации. Пациенты, нуждающиеся в высокоспециализированной помощи, направляются по квоте на бесплатное лечение в республиканские центры и институты согласно перечню заболеваний для ВСМП. При экстренной госпитализации больной вправе указать медучреждение, в которое он хотел бы быть доставленным. Если он не в состоянии сам принять решение, то это за него может сделать доверенное лицо. Беременные женщины должны заранее определиться с родильным домом. Внедрение ЕНСЗ в перспективе позволит обеспечить рациональное использование коечного фонда и переместить удельный вес расходов со стационарной помощи на первичную медико-санитарную.

Каждый пациент в случае возникновения проблем в получении качественных медицинских услуг имеет возможность обратиться к руководителю лечебно-профилактических учреждений, также в поликлиниках установлены ящики для письменных жалоб и предложений от населения

по вопросам предоставления медицинских услуг [1,2,3].

Нами проведен анализ пролеченных больных в Атырауской детской областной больнице за 9 месяцев 2012 года. При этом были учтены такие параметры как пролеченные случаи, оплата труда по клинико-затратным группам с различными весовыми коэффициентами.

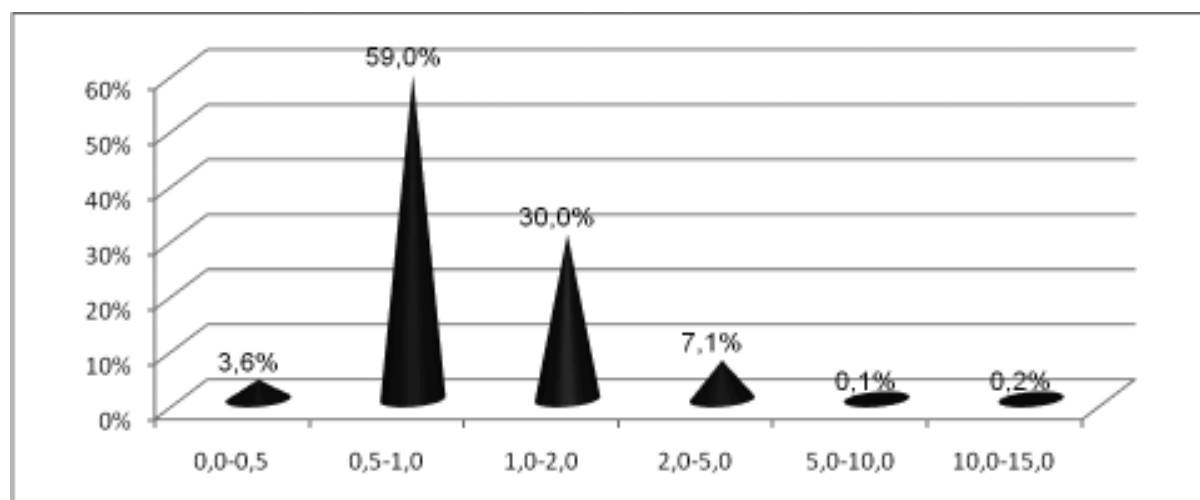
Госзаказ на 2012 год составил 4300 больных, за 9 месяцев 2012 года пролечено 3171 больных. На рисунке 1 представлена структура пролеченных случаев по КЗГ за 9 месяцев 2012 года.

Анализ пролеченных больных с учетом весового коэффициента (далее в/к) каждого случая выявил, что основная масса или 63,0% составляют случаи с весовым коэффициентом от 0,5 до 1,0;

30,0% случаев с в/к от 1,0 до 2,0

7,1% случаев с в/к от 2,0 до 5,0

3,6% случаи с в/к от 0 до 0,5 и случаи с высоким в/к, а именно от 5,0 до 10,0 от 10,0 до 15,0 составляют всего лишь 0,1% и 0,2% соответственно.



Структура распределения весовых коэффициентов

0-0,5-115-3,6% 1,0-2,0-947-30% 5,0-10,0-4-0,1%

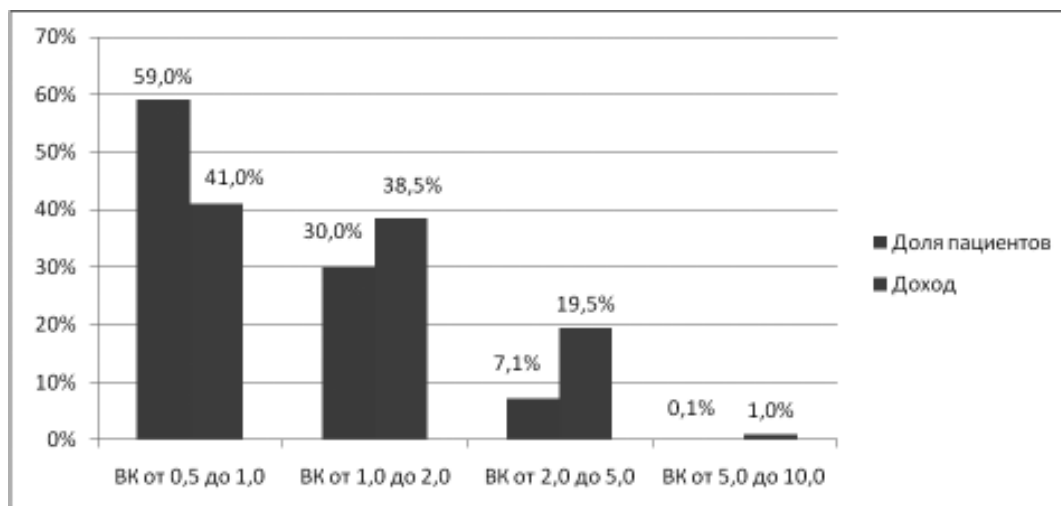
0,5-1,0-1872-59% 2,5-5,0-227-7,1% 10,0-15,0-6-0,2%

Рисунок 1- Структура пролеченных случаев по КЗГ (за 9 месяцев 2012 г.)

Если учесть, что основным источником дохода стационара является оплата за пролеченный случай по КЗГ, то можно проследить, что основную часть дохода или 41.5 % приносят случаи с в/к 0,5- 1,0 и 38.5% дохода за счет случаев с в/к от 1.0 до 2.0,.

Расчёт фактических расходов на год показывает снижение уровня дохода предприятия (рисунок 2).

Снижение объёма госпитализации вызывает необходимость обоснования путей повышения рентабельности предприятия. Этого можно добиться изменением структуры пролеченных больных в зависимости от весовых коэффициентов (рисунок 3).



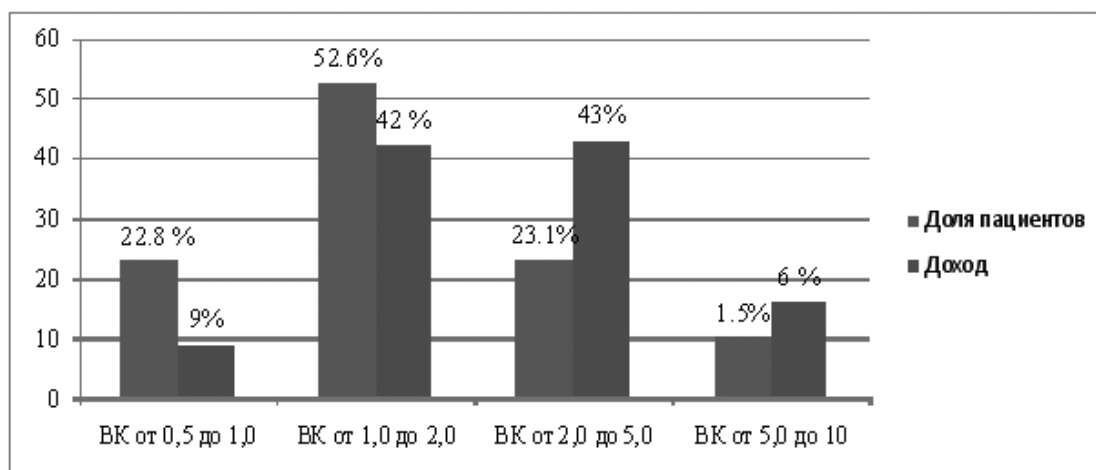
Объем – 4300;

Сред ВК – 1.0;

Базовая ставка: 74230.47;

Методика расчета: Постоянные расходы – 27131263 тг.; Переменные расходы – 87458340 тг;
 $4300 \times 1.0 \times 74230.47 = 319191021 - 27131263 - 87458340 = 204601418 - 204601418 = 0$; Доход 0 тг.

Рисунок 2 - Соотношение пролеченных случаев и оплаты по группам КЗГ с различными весовыми коэффициентами (фактически за год)



Объем – 4085

Сред ВК – 1.88

Базовая ставка : 74230.47

Методика расчета: Постоянные расходы – 27131263 тг.; Переменные расходы – 87458340 тг;
 $4085 \times 1.88 \times 74230.47 = 570075163 - 27131263 - 87458340 = 455485560 - 204601418 = 250884144$
 Доход 250 884 414 тг.

Рисунок 3 - Соотношение пролеченных случаев и оплаты по группам КЗГ с различными весовыми коэффициентами (модель)

Это обеспечит сохранение дохода предприятия при сокращении объёмов госпитализации.

Выводы: учитывая, стратегию ЕНСЗ с ежегодным сокращением объёма стационарных больных на 5%, для увеличения суммы дохода, необходимо уменьшать объём госпитализации за счет пролеченных случаев с низким весовым коэффициентом, увеличивая при этом количество случаев с высоким в/к.

На основании анализа показателей коечного фонда, основных медико-экономических показателей, для рентабельной работы стационара в условиях ПХВ, предполагается:

- дальнейшее сокращение объёма госзаказа до 4085 пролеченных случаев в год;
- увеличение в 1,5 раза удельного веса случаев с в/к от 5,0 до 10,0 с 0,1% до 1,5% предполагая, что доля дохода от них составит 6% вместо 1,0 % в настоящее время;
- увеличение в 3 раза удельного веса случаев с в/к от 2,0 до 5,0, т.е. с 7,1 % до 23,1%, предполагая доход 43% вместо 19,5%;
- увеличение удельного веса случаев с в/к от 1,0 до 2,0 с 38,5 % до 53,1%, не предполагая особенного роста дохода за счет этой группы, т.е. доход за счет этой группы будет составлять 42,5% вместо 41,5% (незначительный прирост);
- уменьшение в 3 раза удельного вес случаев с в/к от 0,5 до 1.0 т.е. до 22,85% вместо 63,0%.

При возможности реализации предполагаемых мер, при достижении вышеприведенной структуры, весовой коэффициент увеличится до 1,88, и даже с существующей базовой ставкой и расходах, доход предприятия составит 250 884 414 тенге.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Постановления Правительства РК от № 1174 от 4 августа 2009 года «Об утверждении Плана мероприятий по реализации ЕНСЗ». - Астана, 2009. - С.1-5.
- 2 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2010 года № 492. - Астана, 2010. - С.1-2.
- 3 Постановление Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года № 1464 Об утверждении Правил оказания стационарной помощи. - Астана, 2011. - 1 с.

ТҮЙІН

Н.А. АЙТМҰХАМБЕТОВ

Облыстық балалар ауруханасы, Атырау қ.

2012 ж. 9 айы үшін әртүрлі салмақ коэффициенттері бар клиникалық-шығын топтар бойынша төлемдер және емделген жағдайлар арақатынасы

Тұрақты жатып емделу көлемінің жыл сайын 5% азаюымен ЕНСЗ стратегиясының орындалуын қамтамасыз ету үшін, табыс сомасының ұлғаюы үшін, төмен салмақ коэффициенттері бар емделген жағдайлар есебінен, сонымен бірге аса көп жағдайлар санын ұлғайта отырып, тұрақты жатып емделу көлемін азайту ұсынылған.

SUMMARY

N.A. AYTMUKHAMBETOV

Oblast Children's Hospital, Atyrau

RATIO OF TREATED CASES AND PAYMENT OF CLINICAL-RELATED GROUPS WITH DIFFERENT WEIGHT RATIO FOR 9 MONTHS OF 2012

To ensure the implementation of the UNHS (Unified National Health care System) strategy with an annual reduction of hospital patients by 5%, to increase the amount of income, it is proposed to reduce the number of hospitalization due to cases treated with low weight ratio, increasing the number of cases of high weight ratio.

УДК 616.831-009.11-053.2:615.216.5

Ж.Х. БАЙТАНАТОВА, С.Ю. ШЕЛЕХОВ

Областная больница, г. Павлодар

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ДИСПОРТ В КОМПЛЕКСНОМ
ЛЕЧЕНИИ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА****Аннотация**

Диспорт является интегральным компонентом в длительном лечении детей со спастическими формами детского церебрального паралича (ДЦП). В сочетании с физиотерапией и ортопедическим лечением этот препарат может существенно помочь ребенку преодолеть необходимые двигательные этапы и сформировать предпосылки для вертикального положения, а позднее и для ходьбы.

Ключевые слова: детский церебральный паралич, шкала Ашворт, нервная система.

Детский церебральный паралич в структуре заболеваний нервной системы у детей и подростков занимает одно из ведущих мест. Частота заболеваний – 2-3 случая на 1000 новорождённых детей [1,2]. Тенденции к снижению заболеваемости до настоящего времени не наблюдается. Также надо отметить, что инвалидность, связанная с нарушением опорно-двигательного аппарата составляет значительный удельный вес в структуре детской инвалидности в целом. В этой связи особую актуальность приобретает снижение перинатальной патологии нервной системы, играющей ведущую роль в возникновении ДЦП, изучение патогенеза тяжёлых форм заболевания, своевременная диагностика и непрерывное лечение с включением новых, эффективных лекарственных препаратов [3,4].

Поиск новых методов лечения и реабилитации детей с ДЦП привели нас к применению препарата Диспорт – гемагглютининового комплекса ботулинического токсина типа А (компания ИПСЕН, Франция). Механизм действия Диспорта заключается в пресинаптической блокаде выброса ацетилхолина из нервной терминали периферического холинергического синапса, посредством блокирования транспортного белка SNAP-25. Это приводит к снятию мышечного спазма в области введения препарата и уменьшению (или полному регрессу) патологической мышечной активности без существенного влияния на выполнение остальных активных движе-

ний. Клинический эффект развивается через 2-7 дней и длительность действия препарата Диспорт продолжается до 4-6 мес. При повторных введениях этот период удлиняется до 6-8 мес. Окончание сроков действия препарата связано с реиннервацией мышечного волокна. Диспорт действует локально на уровне инъецированной мышцы, не оказывая системного эффекта. Прицельное расслабление мышцы позволяет в более короткие сроки провести комплекс реабилитационных мероприятий. Все выше перечисленные свойства Диспорта позволяют применять его в программе комплексной реабилитации лечения ДЦП.

В отделении неврологии мы применяли препарат Диспорт для лечения больных со спастическими формами ДЦП в 2006 – 2007 гг. Общее количество пациентов, которым была сделана инъекция Диспорта составило 30 человек. Распределение по формам представлено в (таблице 1).

Все пациенты получали препарат Диспорт в общей дозе не превышающей 30 Ед/кг. Инъекция Диспорта представляла собой внутримышечное введение препарата в мышцу-мишень. Выбор мышц осуществлялся по клинической картине и прогнозу дальнейшей реабилитации. Оценку результатов лечения проводили на 15 день после инъекции по шкале Ашворт, производилась гониометрия до и после инъекции, осуществлялся видеоконтроль результатов. По результатам наблюдений значительное улучшение отмечали у 52

Таблица 1 - Количество больных за 2006-2007 гг. по нозологии

	2006 г.	2007 г.
Всего больных	17	23
Гемипаретическая форма	8	3
Н/спастический паразепарез	8	19
Двойная гемиплегия	1	1

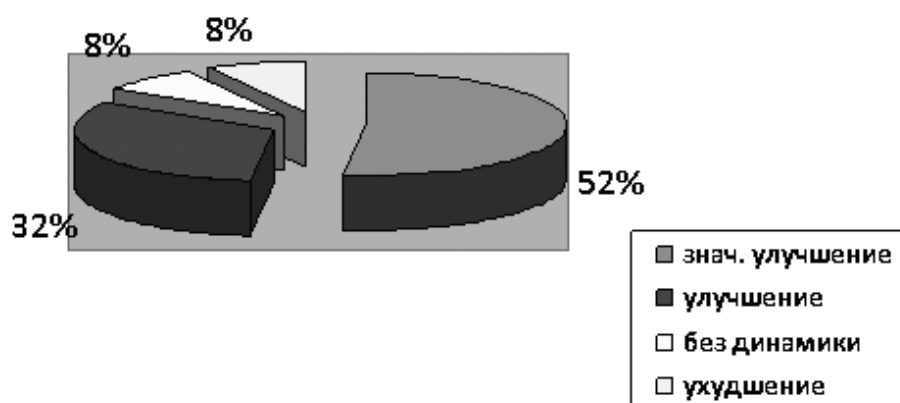


Рисунок 1- Результаты лечения Диспортом в 2006-2007 гг.

% больных - уменьшилась спастичность, увеличился объем движений в суставах, улучшилась опора. У 32 % пациентов наблюдали улучшение средней степени, в 8% (2 больных) состояние оставалось без динамики - это тяжелая спастика с контрактурами в суставах

У 2-х пациентов отмечали ухудшение состояния, расслабление мышц не привело к улучшению общей клинической картины, отмечалась общая слабость в течение двух недель. Результаты терапии представлены на рисунке 1.

Оценивая результативность применения Диспорта, надо сказать, что это высокоэффективный, долговременный, безопасный метод локального решения проблемы спастичности. Длительность эффекта колебалась в пределах 5,6 месяцев. Неэффективность терапии чаще всего связана с неправильным выбором больного. Как правило, это пациент, у которого двигательные нарушения в первую очередь обусловлены укорочением сухожилия или суставной контрактурой. Другими техническими причинами неэффективности могут быть неправильный выбор мышц-мишеней и неадекватная доза препарата.

Побочные реакции при введении Диспорта отмечаются в редких случаях. Наиболее часто встречается преходящая слабость (5,7%), лихорадка (10%), боль в месте инъекции (1,9%). Как правило, побочные эффекты проходят самостоятельно.

Введение Диспорта является интегральным компонентом в длительном лечении детей со спастическими формами ДЦП. В сочетании с физиотерапией и ортопедическим лечением этот препарат может существенно помочь ребенку преодолеть необходимые двигательные этапы и сформировать предпосылки для вертикального положения, а позднее и для ходьбы.

Диспорт следует вводить в комплексную схему реабилитации детей с ДЦП как можно раньше, до формирования фиксированных контрактур суставов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Руководство по реабилитации больных с двигательными нарушениями / А. Н. Белова, О. Н. Щепетова (ред.). - М. Медицина, 1998. - С. 26-136.
- 2 Russman B. S., Tilton A., Gormley M. E. Cerebral palsy: a rational approach to a treatment protocol, and the role of botulinum toxin in treatment // Muscle Nerve. - 1997. - Vol. 20, Suppl. 6. - P. 181-192.
- 3 Boyd R., Graham K. Botulinum toxin A in the management of children with cerebral palsy: indications and outcome // Eur. J. Neurol. - 1997. - Vol. 4. - P. 15-22.
- 4 Зыкова В.П. Диагностика и лечение болезней нервной системы у детей М.: Медицина, 2006.- С.11-15.

ТҮЙІН

Ж. Х. БАЙТАНАТОВА, С.Ю.ШЕЛЕХОВ

Облыстық аурухана, Павлодар қ.

БАЛАЛАР ЦЕРЕБРАЛДЫ САЛ АУРУЫН КЕШЕНДІ ЕМДЕУДЕ ДИСПОРТ ДӘРІСІН ҚОЛДАНЫ

Диспортты енгізу БҚС спастикалық түрімен балаларды ұзақ уақыт емдеуде интегралдық құрамдас бөлігі болып табылады. Физиотерапиямен және ортопедиялық еммен біріктірсе бұл дәрі балаға қажетті қимыл-қозғалыс кезеңдерін меңгеруге және тік тұруға, содан кейін кешірек жүруіне алғы шарттарды қалыптастыруға маңызды түрде әсер етеді.

SUMMARY

Zh.Kh. BAYTANATOVA, S. YU. SHELEKHOV

Regional Diagnostic Centre, Pavlodar

APPLICATION DYSPORT IN COMPLEX TREATMENT OF CEREBRAL PALSY

The introduction of Dysport is an integral component of long-term treatment of children with spastic forms of cerebral palsy. In conjunction with physical therapy and orthopedic treatment of this drug can significantly help your child overcome the necessary propulsion stages and establish the preconditions for the vertical position, and later for a walk.

УДК 617.735-005.4:616.833.115.07

М.Г. ЖУМАДИНА¹, Е.Ю. ПИСЬМЕННАЯ²Областной диагностический центр, г. Павлодар¹Павлодарская железнодорожная больница, г. Павлодар²**СЛУЧАЙ ЗАДНЕЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ ОПТИКОПАТИИ**

(случай из практики)

Аннотация

В статье описан случай задней ишемической идиопатической оптикопатии.

Ключевые слова: ишемическая оптикопатия, атрофия зрительного нерва, рефракция.

16 мая 2012 г. к окулисту обратился больной К. 1989 г.р. При обращении больной предъявлял жалобы на отсутствие зрения правого глаза. С его слов, глаз плохо стал видеть 5 дней назад после игры в футбол накануне вечером. Утром обнаружил частичное выпадение поля зрения в верхне-наружном квадранте, затем в течение двух суток зрение снизилось до слепоты. Обратился к окулисту по месту жительства, где был выставлен ДЗ: Неврит зрительного нерва слева, назначено парабульбарно дексазон, цефазолин, атропин №3, в/в метронидазол, в/м цефазолин. От полученного лечения эффекта не было. После чего больной обратился в диагностический центр.

Соматически здоров, АД 110/70 мм рт.ст., аллергоанамнез не отягощен.

На момент осмотра у больного Visus OD- ноль, Visus OS — 0,3 sph(-)0,5d=0,5, OU орбита, положение глаз в норме, движения глазных яблок в полном объеме, положение век, рост ресниц правильные, слизистая розовая, отделяемого нет, роговица прозрачная, передняя камера нормальной глубины, влага чистая, радужка не изменена, зрачки симметричные, реакции живые, расширены медикаментозно, оптические среды прозрачные, глазное дно — справа ДЗН розовый, границы четкие, калибр и соотношение сосудов в норме. Сетчатка розовая, ретинальные рефлексы яркие, макулярные рефлексы яркие, очаговой патологии нет. Слева ДЗН розовый, границы четкие, калибр и соотношение сосудов в норме, сетчатка розовая, ретинальные рефлексы яркие, очаговой патологии нет. Рефракция определена скиаскопически, миопическая в обоих глазах по вертикали 5,0д, по горизонтали 1,5 д.

Результаты обследования — ОСТ, УЗИ глаза — патологии не выявлено;

- компьютерная периметрия — полное выпадение поля зрения справа;

- МРТ головного мозга от 16.05 — без патологии;

- ЭКГ — без патологии;

- ЗВП — отмечено снижение электрической

проводимости по аксональному пучку;

- липидный профиль крови без изменений;

- коагулограмма крови без отклонений от нормы;

Выставлен ДЗ: Задняя ишемическая оптикопатия идиопатическая справа.

Больной поехал на обследование в Новосибирский филиал МНТК, диагноз подтвержден.

На повторном приеме через месяц на глазном дне ДЗН белого цвета, монотонный, границы четкие, сосуды сужены. Заключительный ДЗ: Состояние после задней ишемической идиопатической оптикопатии. Почти полная простая атрофия зрительного нерва правого глаза.

Выводы: Наличие клинических симптомов в виде резкого снижения зрения до слепоты в короткое время без каких-либо причин и предвестников и отсутствие объективных данных позволило предположить острую ишемию ретробульбарной части зрительного нерва, что впоследствии подтвердилось в виде простой нисходящей атрофии зрительного нерва.

ТҮЙІН**М.Г. ЖУМАДИНА¹, Е.Ю. ПИСЬМЕННАЯ²**Облыстық диагностикалық орталық, г. Павлодар¹Павлодар қалалық теміржол ауруханасы, Павлодар қ.²**АРТҚЫ ИШЕМИЯЛЫҚ ИДИОПАТИЯЛЫҚ
ОПТИКОПАТИЯНЫҢ ЖАҒДАЙЫ**

Қандай да бір себепсіз және алдын ала бір белгісіз бірден қағыптыққа дейін көз көрудің бірден төмендеп кету түріндегі клиникалық белгілердің болуы және нысаналық деректердің болмауы көру жүйкесінің ретробульбарлық бөлігінің жіті ишемиясын түспалдауға мүмкіндік береді, осының салдары көру жүйкесінің қарапайым төмен атрофиясы түрінде расталған.

SUMMARY**M.G. ZHUMADINA¹, E. PISMENNAYA²**Regional Diagnostic Centre, Pavlodar¹FAO «ZHGMK» railway hospital-Pavlodar, Pavlodar²**IDIOPATIC ISCHEMIA OF OPTIC NERVE**

Clinical symptoms in the form of a sharp decline in vision to blindness and lack of objective data suggesting acute ischemia retrobulbar part of the optic nerve, which was confirmed in a simple atrophy of the optic nerve.

УДК 617.731-007.23-053.86:615.216.84

Н.А. КАУМЕТОВА¹, Е.Ю. ПИСЬМЕННАЯ²Поликлиника № 1, г. Павлодар¹ФАО «ЖГМК» Павлодарская железнодорожная больница, г. Павлодар²**ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТАНАКАН
ПРИ ВОЗРАСТНОЙ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ****Аннотация**

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД), как причина слабовидения занимает третье место в структуре глазной патологии после глаукомы и диабетической ретинопатии. Препарат Танакан обладает ангиопротекторным, ноотропным и антиагрегантным, нейрометаболическим, вазорегулирующим действием.

Ключевые слова: возрастная макулярная дегенерация, функция периферических нервов и сетчатки.

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) — одно из самых распространенных заболеваний глаз, угрожающих значительным снижением зрения и инвалидностью во второй половине жизни. ВМД вызывает необратимое ухудшение зрения и является основной причиной слепоты у людей старше 50 лет в развитых странах. ВМД, как причина слабовидения занимает третье место в структуре глазной патологии после глаукомы и диабетической ретинопатии. Выделяют раннюю стадию ВМД или возрастная макулопатия, которая характеризуется наличием в макуле зон дегенерации ретинального пигментного эпителия. Острота зрения у данной категории пациентов остается в пределах нормы, а также позднюю ВМД, которая разделяется на 2 главных типа: неэкссудативную «сухую» форму, и экссудативную «влажную» форму ВМД. Заболевание диагностируется на основании данных анамнеза, жалоб, офтальмоскопии, оценки зрительных функций. Для оценки топографии и морфологии макулы применяют оптическую когерентную томограмму, позволяющую выявить структурные изменения на самых ранних стадиях и флюоресцентную ангиографию глазного дна, с помощью которой оценивают состояние кровеносных сосудов сетчатки. Дегенеративные изменения при ВМД возникают в связи с нарушением кровообращения в макулярной области изменением метаболизма клеток сетчатки, активации перекисного окисления липидов, что приводит к образованию большого числа свободных радикалов. Поэтому обоснованным считается включение в курс консервативной терапии данного заболевания препаратов с антиоксидантной активностью, одним из которых является препарат Танакан, воздействующий сразу на несколько звеньев патогенеза ВМД. Препарат обладает ангиопротек-

торным, ноотропным и антиагрегантным, нейрометаболическим, вазорегулирующим действием.

Основная задача лечения больных ВМД — замедление дистрофического процесса, его стабилизация, которую можно достигнуть комплексным лечением.

Материалы и методы

Наблюдения проводились в течение 6 месяцев у 42 пациентов. С сухой формой ВМД, Танакан назначался внутрь по 120 мг в сутки дополнительно к обычному лечению в течение 2 месяцев. Средний возраст больных от 50 до 75 лет. Для оценки результатов наблюдения были использованы: визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, тонометрия, периметрия, оптическая когерентная томография. УЗИ глаз. При сопутствующей патологии консультации терапевта, эндокринолога, невропатолога, кардиолога. Все обследованные были разделены на 3 группы:

I-группа: больные с ранней стадией ВМД с незначительными изменениями в пигментном эпителии макулярной области сетчатки. Острота зрения от 0,7 до 1,0. При периметрии выявлялись центральные относительные или парацентральные скотомы в 5*-7*. В макулярной области единичные мелкие друзы, перераспределение пигмента, локальные участки атрофии терминального пигментного эпителия.

II группа больных 15 чел, с множественными мелкими твердыми друзами в макулярной области и атрофией пигментного эпителия. Острота зрения от 0,2 до 0,6, выявлялись относительные центральные скотомы в поле зрения.

III группа 12 больных, с поздней ВМД с негеографической и географической атрофией ретинального пигментного эпителия, значительным снижением остроты зрения от 0,01 до 0,1 при офтальмоскопии большие атрофические оча-

ги без пигмента, сопровождающие склерозированием крупных сосудов хориоден. Негеографическая атрофия пигментного эпителия не имеет четких границ и при офтальмоскопии выглядела как чередование пигментированных и гипопигментированных хориоретинальных очажков в макулярной области. По результатам наблюдения в I и II группе больных с ранней стадией ВМД показатели остроты зрения улучшились у всех обследованных. Динамика центрального поля зрения также положительная. Ни в одном случае не было выявлено снижения остроты зрения.

Выводы

Препарат Танакан уменьшая выраженность оксидантного стресса, улучшает микроциркуляцию, функцию периферических нервов и сетчатки.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бунин А.Я., Кацнельсон Л.А., Яковлев А.А. Микроциркуляция глаза.- М.: Медицина, 1984.- С. 182.

2 Кацнельсон Л.А., Форофонова Т.Н., Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаз М.: Медицина, 1990.-С.15.

3 Даниличев В.Ф., Журавлева Л.В. Сенильные макулярные дистрофии.- М., 1995. С.15.

ТҮЙІН

Н.А. КАУМЕТОВА¹, Е.Ю. ПИСЬМЕННАЯ²

№1 Емхана, Павлодар қ.¹.

Павлодарлық теміржол ауруханасы, Павлодар қ.²

ЖАС МАКУЛЯРЛЫ ДЕГЕНЕРАЦИЯ КЕЗІНДЕГІ ТАНАКАН ДӘРІ-ДӘРМЕКТІ ҚОЛДАНУ МҮМКІНДІГІ

Орталық хориоретиналдық дистрофияның алғашқы дәрежесін емдеуді ұсынған Танаканды ауруларға қолдану енгізілген. Ол көру мүшесін және тор қабықтың жағдайын қалпына келтіреді.

SUMMARY

N.A. KAUMETOVA¹, E. YU. PISMENNAYA²

Polyclinic № 1, Pavlodar¹

FAO «ZHGMK» Pavlodar railway hospital, Pavlodar²

ADMINISTRATION OF TANAKAN DRUG IN AGE RELATED MACULAR DEGENERATION

Tanakan showed high efficacy in relation to all studied parameters of the retina condition, microcirculation, and oxidant stress. Tanakan can be a drug of choice for treatment for patients with age — related macular degeneration.

УДК 616-07:614.2

К.И. КУШЕНОВАГородская Многопрофильная Больница АО «Талап», Объединенная лаборатория,
г. Уральск**ОРГАНИЗАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ, О РОЛИ ОБЪЕДИНЕННОЙ
ЛАБОРАТОРИИ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ АО «ТАЛАП»****Аннотация**

Любая лаборатория, в том числе и наша лаборатория, существует для того, чтобы выполнять исследования для пациентов. Степень удовлетворения их интересов в отношении доступности необходимых видов исследований, аналитической достоверности и клинической информативности получаемых результатов, необходимой оперативности получения диагностической информации является объективными решающими факторами при разработке формы организации лабораторного обеспечения. Ставя перед собой вопросы реализации клинико-диагностических услуг, нами решались вопросы оснащения современной аппаратурой КДЛ и обеспечения кадрами и постоянное их обучение, т.е. повышение квалификации, чтобы обеспечить клиницистов максимальными количеством и качеством необходимых исследований.

Ключевые слова: лабораторная диагностика, клиницист, клинико-биохимическая лаборатория, исследования.

Качество медицинской помощи напрямую связано с уровнем развития и организацией диагностической подсистемы лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), в частности одного из главных ее элементов — клинической лабораторной диагностики. Особенно это важно, если ЛПУ оказывает разностороннюю медицинскую помощь — от плановой амбулаторной до неотложной и экстренной, оказываемой в стационаре. Современные передовые технологии лабораторной диагностики позволяют обеспечить максимально высокое качество исследований.

Лабораторная диагностика является одним из самых информативных методов обследования, которые помогают правильно поставить диагноз и оценить эффективность проводимого лечения. По статистическим данным лабораторные исследования составляют 40-50% от всех исследований, проводимых в стационарах и поликлиниках.

Клиническая лабораторная диагностика традиционно рассматривается как комплексная дисциплина, в которую в качестве составных частей входят такие научные направления, как биохимия, иммунология и др.

В результате лабораторного исследования, признаваемого одним из дополнительных методов обследования пациента, клиницист всегда искал и продолжает искать надежное подкрепление предполагаемой диагностической концепции, особенно если те или другие результаты такого исследования признаются на данном этапе зна-

ний специфическими для определенной нозологической формы.

Сегодня в распоряжение врача имеется огромный арсенал методов лабораторного исследования, которые позволяют лучше понять возникающие в организме изменения, в том числе нередко внешне не проявляющиеся, а, следовательно, практически недоступные при традиционном физическом обследовании.

В деятельности лаборатории сочетается 2 стороны — аналитическая и диагностическая. Нельзя игнорировать роль лаборатории по отношению к клиническому врачебному персоналу. Именно клиницист инициирует работу лаборатории, ставит перед ней задачу исследовать пробу биоматериала пациента. С другой стороны, если клиницист поручил лаборатории выполнить исследование, которое в принципе не способно дать информацию, полезную для решения клинической проблемы, все деятельность лабораторного персонала, связанная с биопробой — регистрация, пробоподготовка, аналитический процесс, выдача результата — оказывается бесплодной. Диагностические выводы из получаемых результатов исследований частично производятся в самой лаборатории, по окончании — клиницистом на основе их сопоставления с собственными наблюдениями и данными других объективных видов исследований. Пренебрежения лабораторной информацией и игнорирование ее возможностей для более быстрой и точной клинической диагнос-

тики, слежение за течением болезни и результатами проводимого лечения, либо огульное и бессистемное назначение того, как следует целесообразно использовать содержащуюся в их результатах информацию (классический печальный пример такого врачебного назначения — «вся биохимия», а в последнее время «весь иммунный статус»).

От степени ориентированности клиницистов в возможностях клинической лабораторной диагностики и новинках в этой области зависит не только содержание деятельности лаборатории, но и ее положение в инфраструктуре медицинского учреждения. Если клиницисты широко образованы и постоянно следят за новинками по лабораторной медицине, то лаборатория будет получать с их стороны не только стимулы внедрению новых многообещающих лабораторных тестов, но и поддержку в удовлетворении своих нужд для их внедрения.

Сегодня около 80% всей диагностической информации о состоянии органов и систем пациента поступает к врачам из клиничко-биохимической лаборатории. Лабораторные исследования являются неотъемлемой частью всего лабораторного процесса. В клиничко-биохимической лаборатории выполняется свыше 100 видов исследований — от общего анализа крови и мочи до определения биохимического, электролитного и гормонального состава крови, микробиологических, серологических, цитологических и гистологических исследований.

Развития технологии автоматизированного подсчета клеток крови постепенно приводит к замене ручных и полуавтоматических методов, что позволяет улучшить качество и точность анализа, повышать производительность работы, оценить более 18 показателей крови. Наибольшее распространение получили анализаторы, подсчет клеток в которых основан на кондуктометрическом методе, который позволяет определить большинство эритроцитарных и тромбоцитарных показателей, связанных с объемом клеток (ИСТ, MCV, MCH, MCHC, MPV), а также проводить дифференцировку лейкоцитов по трем параметрам. Эритроцитарные показатели, полученные на автоматическом анализаторах клеток крови, детально характеризует красный росток при различных состояниях, сопровождающиеся развитием анемии. Повышения диагностики анемий, наиболее распространенной гематологической патологии, стало возможным благодаря наличию и оценке гистограмм.

АО «Талап» было основано на базе областной детской кардиологической больницы в 1992 году, а с 2004 года было переименовано в Городскую Многопрофильную Больницу АО «Талап». АО «Талап» является крупнейшим производителем медицинских услуг в Западном Казахстане.

Настоящее время АО «Талап» насчитывает более четырех десятков подразделений. В их числе работают, оказывая населению самые качественные услуги — стационар, офтальмологическая больница, поликлиника «Талап», консультация «Брак и семья», семейная поликлиника, филиал семейной поликлиники, стоматологическая служба, служба неотложной круглосуточной помощи, служба безопасности, школа-гимназия, аптечная служба, сеть аптек. Эти и многие другие подразделения обслуживают не только горожан, но и сельские население области.

В 2004 году компания начала работу по внедрению во всех подразделениях системы менеджмента качества ИСО 9001-2001. 2005 году — первая из медицинских учреждений Западно-Казахстанской области получила сертификат качества ИСО 9001. Создана и ведена программа сервиса в лечебно-профилактических подразделениях и аптеках. Основопологающим документом является Политика в области качества, согласно которой поставлены основные цели и задачи.

Городская Многопрофильная Больница является структурным подразделением АО «Талап», с проектной мощностью на 90 коек: терапия 15, хирургия 10, гинекология 25, офтальмология 40, прием больных осуществляется в приемном отделении, которой находится на первом этаже здания, также же на первом этаже находится операционный блок. Наряду с платными услугами стационар оказывает медицинскую помощь населению в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Объединенная лаборатория является одним из структурных подразделении КДП АО «Талап»

О деятельности объединенной лаборатории АО «Талап»: Лаборатория располагается в помещении общей площадью 115кв². В штате 3 врача — лаборанта: 1 врач — высшей категории, 2 врача — 1 категории. 10 лаборантов: высшей категории — 6; 1 категории — 1; 2 категории — 3.

Наряду со стационаром, обслуживаем поликлиники КДП №1, КДП2, КДП3, КДП с посещением 120-180 человек в день, прием ведут хирурги, терапевты, педиатры, травматолог, лор-врач, уролог, дерматовенеролог, кардиолог, невропатолог.

Перечень выполняемых исследований весьма значителен и составляет 6 диагностических направлений, включающих в себя около 100-120 диагностических значимых клинико-биохимических тестов.

Одним из условий менеджмента качества является использование современного оборудования, отвечающего задачам лечебного учреждения и позволяющий повысить качество лабораторного обслуживания населения.

Объединенная лаборатория располагает необходимым оборудованием т.е. анализаторами для проведения исследований заявленные в перечни клинических, биохимических, иммуноферментных исследований.

1. Ионоселективный анализатор K/NaEasyLyte (США)

2. Автоматический иммуноферментный анализатор ридер ELx808 США)

3. Автоматический гематологический анализатор «Sysmex» KX 21N (Япония)

4. Автоматический иммуноферментный анализатор «Evolis» (Франция)

5. Автоматический биохимический анализатор BS-300 (Китай)

6. Автоматический биохимический анализатор BioSystemsA 25 (Испания)

7. Спектрофотометр (Япония)

8. Коагулометр (Китай)

9. Фотоколориметры

Все анализаторы идентифицированы, в перечне средств измерения:

- наименование изготовителя

- серийный номер

- результаты проверок соответствия оборудования

- инструкции, паспорт изготовителя

- даты, результаты и копии сертификатов обо всех поверках, планируемые даты очередной поверки

- планы технического обслуживания

- отметка любых повреждений, неисправностей и ремонт оборудования

В лаборатории имеются инструкции по использованию и управлению всеми соответствующими оборудованностями. Все инструкции относящиеся к работе лаборатории актуализированы и доступны персоналу.

Дублирование анализаторов осуществляет непрерывность лабораторного процесса и равномерного распределения нагрузки на приборы.

В лаборатории используется наборы, реакти-

вы и методы указанные в инструкциях к наборам разрешенные международными, региональными, национальными стандартами.

Для обеспечения качества результатов исследований в лаборатории имеются процедуры управления качеством, позволяющие контролировать достоверность выполненных исследований.

Все методы исследования программированные в автомат анализаторах, проходят калибровку, калибровочные растворы БиоСистемBS Испания и Согмау Польша двух уровней мультикалибратор I-II

- контроль

- контрольными растворами двух уровней: нормы и патологии

- гематологический контроль три уровня проводится с EIGHTCHECK-3WHN,L,N

Данные по контролю качества анализируются, если обнаружится, что они выходят за рамки установленных критериев, принимаются плановые меры, устраняющие проблему и восприпятствующие предоставлению неправильных результатов.

В лаборатории проводится исследование в год:

Общеклинические - 147089

Биохимические - 87634

ИФА — 85300

Все биохимические исследования в том числе холестерин фракции ЛПНП, ЛПВН, ЛДГ, КФК, СК-МВ, СК, Щелочная фосфатаза, панкреатическая амилаза, гликозилированный гемоглобин, гамма глутамилтрансфераза, исследования гемостаза ПТВ, МНО. АЧТВ, РФМК, волчаночный антикоагулянт.

Инфекции ВПГ, ЦМВ, хламидий, токсоплазма, уреаплазма, микоплазма, паразиты: лямблий, аскарида, описторхоз, эхинококк, трихинелла, токсокар.

Гормоны щитовидной железы, женские, мужские половые гормоны.

Онкомаркеры СА-125, СА15-3, СА 19-9, РЭА, ХГЧ, ПСА общий, ПСА свободный, СА21-1, Ат-ТубБест для диагностики туберкулеза, РВ- для диагностики сифилиса ИФА исследования с тропным антигеном

Цитологические, гистологические исследования в год 8500, исследования операционного и биопсийного материала, отпечатков, соскобов на опухоли, жидкостей из брюшной, плевральной полости.

На одного больного проводится исследования 14, на одну койку 650, на одно посещение 1,9. Удельный вес специализированных исследований 52%

Проводятся исследования инфекции передающиеся половым путем и гепатит маркеры HB_s Ag и HCV в рамках гарантированного объема медицинской помощи беременным женщинам в год 11168 исследований.

Исследования договорным пациентам заключившие с поликлиникой взрослым и детям 85 322 исследования в год.

Стационарным пациентам в том числе реанимационное отделение 50 463 исследования в год.

Проводятся исследования пациентам страховых компании 4500-5000 исследований в год. Проводятся исследования медосмотров сотрудникам школ, детских садов, сотрудникам поликлиник 1900-2000 исследований в год.

Любая лаборатория, в том числе и наша лаборатория, существует для того, чтобы выполнять исследования для пациентов. Степень удовлетворения их интересов в отношении доступности необходимых видов исследований, аналитической достоверности и клинической информативности получаемых результатов, необходимой оперативности получения диагностической информации является объективными решающими факторами при разработке формы организации лабораторного обеспечения. Ставя перед собой вопросы реализации клинико-диагностических услуг, нами решались вопросы оснащения современной аппаратурой КДЛ и обеспечения кадр-

ми и постоянное их обучение, т.е. повышение квалификации, чтобы обеспечить клиницистов максимальными количеством и качеством необходимых исследований.

ТҮЙІН

Қ.И. КӨШЕНОВА

Қалалық көп бағытты «Талап» АҚ емханасының біріккен зертханасы, Орал қ.

**АО «ТАЛАП» МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ
АТҚАРУЛАРЫНЫҢ ЖҮЙЕСІНДЕГІ БІРЛЕСКЕН
ЗЕРТХАНАНЫҢ РӨЛІ ТУРАЛЫ ЗЕРТХАНАЛЫҚ
ҚЫЗМЕТТІҢ ҰЙЫМЫ**

Клиника-диагностикалық зертхана аппаратурасымен қамту және максималды қажетті зерттеулердің саны және сапасымен клиницисттерді қамтамасыз ету мақсатында кадрлармен қамту және оларды тұрақты оқыту, біліктілігін арттыру сияқты сұрақтар шешілуде.

SUMMARY

K.I. KUSHENOVA

City (Local) Multidisciplinary Hospital JSC «Talap»
United Laboratory, Uralsk

**ORGANIZATION OF LABORATORY SERVICES, THE
ROLE OF THE LABORATORY IN THE UNITED
SYSTEM OF MEDICAL SERVICES OF JSC «TALAP»**

The questions of equipment the modern apparatus of clinical and diagnostic laboratory and providing and their permanent educating shots decided by us in-plant training, to provide clinicians a maximal amount and quality necessary research.

УДК 616-002.77-053.2-084

С.Т. ТУЛЕГЕНОВА

Городская детская больница, г. Тараз

ДЕТСКИЙ РЕВМАТИЗМ И ЕГО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ**Аннотация**

В настоящее время доказано, что дети и подростки заболевают чаще, чем взрослые. Ревматизм взрослых нередко является продолжением или последствием того заболевания, которое началось еще в детском возрасте. В статье рассказывается о детском ревматизме – клинике, формах, лечении и профилактике.

Ключевые слова: детский ревматизм, формы ревматизма, профилактика ревматизма.

Ревматизм рассматривается как общее заболевание с поражением многих органов. Но чаще и сильнее всего поражаются сердце и кровеносные сосуды. Поражения суставов нередко отсутствуют или появляются позднее, после заболевания сердца.

Около половины всех случаев ревматизма приходится на детей школьного возраста и подростков; очень редко это заболевание встречается в раннем возрасте (до 3 лет) и у пожилых людей (после 40 лет).

Ревматизм – болезнь очень тяжелая и даже опасная. И чем моложе заболевший ребенок, тем тяжелее она протекает. Тяжелое течение ревматизма зависит от степени поражения сердца. В результате острого поражения развивается порок клапанов сердца; такой порок вредно отражается на общем развитии ребенка, резко снижает работоспособность. Для того чтобы вовремя распознать заболевание и предупредить болезнь, надо знать признаки ревматизма у детей.

Различают три главные формы ревматизма: 1) суставную, 2) сердечную и 3) нервную.

Суставная форма начинается у ребенка обыкновенно сразу или спустя 1 – 2 недели после перенесенной ангины, гриппа, скарлатины или другой острой инфекционной болезни. У ребенка появляется жар, опухоль и резкая боль в суставах. Раньше всего заболевают коленные, голеностопные, локтевые суставы, а затем ревматизм может поразить и мелкие суставы кисти руки, стопы и даже позвоночника. Для ревматического поражения характерно, прежде всего, то, что боль и опухоль в одном суставе держатся недолго, обычно не больше 2-3 дней, в редких случаях затягиваются на 1 – 2 недели. Но, исчезнув в одном суставе, боль быстро переходит в другой, третий и так далее. Ревматизм, таким образом, как бы перескакивает, перелетает с одного сустава на другой; отсюда возникло и самое название бо-

лезни: летучий ревматизм. Другая особенность ревматического поражения суставов состоит в том, что, как бы ни были сильны боль и опухоль, они исчезают бесследно, заметных изменений в суставах не остается и движения восстанавливаются полностью. Главная отличительная особенность ревматизма суставов – поражение сердца, которое обнаруживается или одновременно с заболеванием суставов или через некоторое время. Ревматизм суставов не всегда протекает в виде острого приступа. Иногда повышение температуры и опухоль отсутствуют, ребенок только жалуется на боль то в одном суставе, то в другом, причем боли эти скоро проходят. Порой острый приступ кончается скоро, а поражение сердца обнаруживается значительно позже. В таких случаях ревматизм долго остается нераспознанным.

Ревматизм может поразить сердце без предшествующего заболевания суставов или заболевание суставов появляется тогда, когда в сердце имеются уже глубокие изменения. Это так называемая сердечная форма ревматизма. Начинается она или сразу в виде острого приступа или развивается постепенно, незаметно. Ребенок жалуется на усталость, слабость при ходьбе, бегании, ему трудно подниматься по лестнице, появляется сердцебиение. При исследовании врач находит учащение пульса, расширение сердца, шум и другие признаки серьезного заболевания. Степень поражения сердца бывает различна. В одних случаях болезнь ограничивается легкими, едва заметными признаками поражения сердечной мышцы (так называемый миокардит). Такое поражение может пройти бесследно. В других случаях одновременно с сердечной мышцей ревматизм поражает также внутреннюю оболочку и клапаны сердца (эндокардит); обычный исход такого поражения – порок клапанов. Наконец, может присоединиться воспаление я наружной оболочки сердца; это самая тяжелая степень (перикардит).

Больной чувствует сильную боль в области сердца, он испытывает мучительную одышку, губы, пальцы рук и ног синеют, лежать больному трудно, он принимает вынужденное полусидячее положение.

Нервная форма ревматизма проявляется в виде так называемой хореи. Болезнь начинается мало заметными признаками. Ребенок делается раздражительным, плаксивым. Появляются легкие подергивания в руках, лице. Ребенок плохо держит предметы в руках, роняет ложку или чашку, начинает плохо писать. Дома и в школе принимают все это за шалость и иногда даже наказывают ребенка. Но подергивания усиливаются, больному становится трудно ходить и правильно сидеть, речь делается непонятной. В тяжелых случаях могут появиться параличи и почти полная потеря речи. Хорея при правильном лечении проходит в 1,5-2 месяца. Заметных последствий в нервной системе болезнь обычно не оставляет. Беспорядочные движения и параличи — все бесследно исчезает. И здесь, так же, как при суставной форме, опасность грозит больному главным образом со стороны сердца. Хорея наблюдается почти исключительно у детей и подростков. При этом у девочек она бывает в два раза чаще, нежели у мальчиков. Сущность заболевания заключается в ревматическом поражении некоторых отделов головного мозга. Хорея, а также и другие формы ревматизма редко ограничиваются одним приступом. После первого иногда следует второй, третий; у больного в течение жизни может быть 4-6 приступов и более. В одних случаях приступы следуют один за другим очень быстро, в других — через большие промежутки времени, даже спустя несколько лет. Каждый новый приступ усиливает поражение сердца, вследствие чего состояние больного ухудшается.

Ревматизм может поразить легкие, плевру, брюшину, почки, печень, периферические нервы и другие органы. Под кожей на голове и на конечностях иногда появляются плотные узелки. Такие узелки, как и хорея, — особенность детского ревматизма; у взрослых они не наблюдаются. Таковы признаки ревматизма у детей. Причины, вызывающие эту болезнь, до настоящего времени с точностью еще не изучены. По мнению большинства ученых, ревматизм вызывается стрептококком, но при особом состоянии организма, а именно: при повышенной чувствительности к стрептококку со стороны суставов и сердечно-сосудистой системы. Такое состояние развива-

ется в результате повторных заражений стрептококком, например, при ангинах, гриппе, скарлатине и других стрептококковых заболеваниях. Предрасполагающими условиями для заболевания ревматизмом являются хронические катарры зева и носоглотки неблагоприятные жилищно-бытовые условия, быстрые переходы от тепла к холоду, переутомление.

Как предупредить заболевание ребенка?

Поскольку микроб, вызывающий ревматизм, неизвестен, не может быть и речи о каких-либо предохранительных прививках, наподобие тех, которые применяются, например, при дифтерии. На первом плане стоят общие предупредительные меры, которые проводятся по отношению ко всем заболеваниям у детей, а именно: достаточное и полноценное питание, широкое пользование свежим воздухом, разумно проводимое закаливание организма, физические упражнения, занятия спортом. Опытом доказано, что все эти меры делают детей физически крепкими, здоровыми, устойчивыми по отношению к инфекциям, а другим вредным влияниям, в том числе и по отношению к ревматизму. Необходимо оберегать детей от заболеваний ангиной, гриппом, после которых, как показывают наблюдения, нередко развивается ревматизм. Дети, часто болеющие ангинами и катаррами верхних дыхательных путей, должны находиться под систематическим врачебным наблюдением. Лечение хронических катарров зева и носоглотки также является одной из мер, предупреждающих заболевания ревматизмом.

Но если ребенок заболел ревматизмом, надо предупредить тяжелое течение болезни. Первая и самая важная предупредительная мера — это покой и строго постельное содержание больного при широком доступе свежего воздуха. Комнату необходимо тщательно проветривать. Пища должна быть разнообразной, легкой и питательной, с достаточным содержанием витамина С, т. е. аскорбиновой кислоты. Лекарственное лечение назначает и проводит врач. В домашней обстановке выполнить все эти требования не всегда бывает возможно. Поэтому ребенка в острой стадии болезни лучше положить в больницу: там ему обеспечат надлежащий уход и лечение. Сколько времени больной должен оставаться в больнице, в частности, как долго ему придется соблюдать строгий режим, зависит главным образом от характера и степени поражения сердца. Во всяком случае, падение температуры до нормы и исчез-

новение острых воспалительных явлений, например, в суставах, не могут служить показателями для отмены постельного режима. В среднем ребенок при острой стадии ревматизма должен находиться в постели около 1,5-2 месяцев.

Переход от строго-постельного содержания к режиму здорового ребенка должен производиться постепенно и с большой осторожностью. Преждевременное разрешение больному вставать с постели может ухудшить состояние сердца и даже вызвать новый приступ болезни. С другой стороны, после того, как исчезли все острые явления, и болезнь перешла в так называемый междуприступный период, нецелесообразны слишком большие ограничения в режиме, например, запрещение ходить в школу, заниматься легкими видами физкультуры и спорта. Необходимо только считаться с особенностями данного ребенка и следить за тем, как его сердце и сосудистая система отзываются на всякое новое увеличение физической нагрузки.

ТҮЙІН

С.Т. ТУЛЕГЕНОВА

Балалар қалалық емханасы, Тараз қ.

**БАЛАЛАР РЕВМАТИЗМЫ ЖӘНЕ ОНЫҢ
ПРОФИЛАКТИКАСЫ**

Қазіргі уақытта дәлелденген, балалар және жас өспірімдер ересектерге қарағанда жиі ауырады. Ересектің ревматизм ауруы балалық шақта басталған ревматизмның жалғасы болып табылады. Ревматизм көп мүшелердің зақымдалуына ортақ ауру сияқты қаралады. Бірақ жиі жүрек және қан тамырларына зиян келеді.

SUMMARY

S.T. TULEGENOVA

City Children's Hospital, Taraz

**CHILDREN'S RHEUMATISM AND ITS
PREVENTION**

Now it is proved that the children and young people get sick more often than adults. Rheumatism in adults often is a continuation or a consequence of the disease, which began in childhood. Rheumatic fever is regarded as a common disease affecting many organs. However, more and more often it affects the heart and blood vessels.

УДК 616.8-009.29-053.2

С.И. БОЛОТЬКО

Поликлиника № 1, г. Павлодар

ТИКИ У ДЕТЕЙ**Аннотация**

В статье описаны случаи возникновения тиков у детей, причины возникновения, диагностика и лечение.

Ключевые слова: тики у детей, клиническая диагностика тиков.

Одним из самых частых психоневрологических расстройств детского возраста являются тикозные гиперкинезы, представляющие собой внезапные, непроизвольные, быстрые, неритмичные, стереотипные, клонические, насильственные, отрывистые, повторяющиеся подергивания, охватывающие различные мышечные группы, чаще мышцы лица, реже шеи. Согласно различным популяционным исследованиям распространенность тиков составляет 0,1 – 1% в общей популяции и 5 – 25% среди детей младшего школьного возраста. Лишь около 20% больных с тиками обращаются за медицинской помощью. У мальчиков тики наблюдаются в 3 раза чаще, чем у девочек. Тики могут носить локальный, множественный или генерализованный характер. В 90 % случаев тики начинаются в возрасте от 3 до 15 лет. Наиболее часто они появляются в 6–8 лет и могут учащаться в пубертатном периоде. Наиболее частыми тикозными гиперкинезами являются моргание и поднятие бровей. В 10-м пересмотре международной классификации болезней (МКБ-10) выделены основные виды тиков:

1. F95.0 — транзиторные тики — сохраняются не более 12 месяцев.

2. F95.1 — хронические моторные (двигательные) или вокальные (голосовые) тики — длятся более 12 месяцев.

3. F95.2 — синдром Жили де ля Туретта — комбинирование множественных моторных тиков и одного или более вокальных тиков.

Клиническая диагностика тиков основана на характерном течении болезни и картине тика. Поскольку тик часто может не проявляться во время врачебного осмотра, первостепенное значение имеет анамнез. Основными задачами лечения тиков у детей являются улучшение социальной адаптации и уменьшение гиперкинезов.

Провоцирующими факторами являются: стрессовые ситуации, инфекция, респираторно-вирусная, стрептококковая, черепно-мозговые

травмы, умственные перегрузки, длительные занятия на персональном компьютере.

1. Различают: первичные (наследственные) аутосомно-доминантный тип наследования, промежуточный с феноменами аддитивности; вторичные, симптоматические, лекарственные (амфетамин, вальпроаты); криптогенные (без установленной этиологии или спорадические).

2. Топико-клиническое проявление тиков: локальный — в одной мышечной группе (лицевые); распространенный — более двух мышечных групп; генерализованный в сочетании с вокальными тиками — синдром Туретта F95.2; инфантильная доброкачественная форма синдрома Туретта.

3. По тяжести течения (подсчет исследователем за 20 минут наблюдения): единичные < 10, серийные > 10 < 30, статусные > 30.

4. По течению: транзиторные — полная обратимость гиперкинезов, наблюдение за больным в течение 3 лет; ремитирующие: снижение до единичных или полный регресс тиков на недели и месяцы; стационарные; прогрессирующие нарастание симптомов, ремиссии отсутствуют, резистентность к препаратам.

5. По стадии: дебют (3–7 лет); экспрессия симптомов (8–12 лет), наиболее часто обострения заболевания в виде статусных моторно-вокальных гиперкинезов; резидуальная (13–15 лет).

Клинические закономерности тикозных гиперкинезов у детей:

1. Стадийность развития.

2. Возрастная зависимость — у 50% больных регресс симптомов после 14 лет.

Наиболее информативными методами обследования являются:

- электроэнцефалография

- компьютерная обработка биоритмов мозга

- Электромиография

- Нейровизуализация

- компьютерная и магнитно-резонансная томография.

Основными задачами лечения являются обеспечение больному социальной адаптации, комплексной медикаментозной терапии.

При своевременном начале лечения тиков, как правило, прогноз благоприятный. По мере регресса гиперкинезов нормализуются вегетативные расстройства, которые являются отражением тяжести заболевания и не требуют дополнительных препаратов.

Использование протоколов лечения позволяет избежать побочных эффектов со стороны когнитивной сферы, сердечного ритма и показателей иммунитета.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Бондаренко Е.С., Юрьева Э.А., Зыков В.П. Лазеротерапия синдрома Туретта.-М.// Журн. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.- 1997.- №12.- С.12.

2 Зыков В.П. Тики детского возраста. — М. //Монография.- 2002.- 188 с.

3 Зыков В.П., Бегашева О.И. Когнитивные нарушения у больных тиковыми расстройствами и их коррек-

ция энцефалом. — М. // Журн. Неврологии и психиатрии им. Корсакова С.С.-2003.- №11.- 86 с.

4 Зыков В.П., Бегашева О.И, М.// Журн. Неврологии и психиатрии им. Корсакова. С.С. - (Приложение «Нейродиагностика»).-2003.-№5.- С. 56.

5 Зыков В.П. Клиническая систематизация тиков у детей. Журн. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 2003. -№43-46.-С.16.

ТҮЙІН

С.И. БОЛОТКО

№ 1 Емханасы, Павлодар қ.

БАЛАЛАРДАҒЫ ЖҮЙКЕ ТАРТУҒЫ

Шипаның негізгі мақсаттарымен қамсыздандыру әлеуметтік бейімделудің, кешенді медикаменттің терапиясының ауруына болып табылады.

SUMMARY

S.I. BOLOTKO

Polyclinic № 1, Pavlodar

CHILDREN'S TICKS

The main objectives of treatment are to ensure patient social adjustment, integrated medical therapy.

УДК 616.89-008.47-008.481:159.922.762:615.214

А.Е. РАМАЗАНОВА

Городская поликлиника № 4, г. Павлодар

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТАНАКАН ПРИ ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Аннотация

Препарат Танакан высокоэффективен в комплексном лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности и успешно используется в детской практике.

Ключевые слова: гиперактивность, синдром дефицита внимания.

Цель

Оценка эффективности применения препарата Танакан у пациентов в дошкольном и младшем школьном возрасте.

Материалы и методы

В течение года наблюдались и лечились 10 детей с вышеизложенными диагнозами, в возрасте от 2 до 5 лет — 6 детей и от 6 до 9 лет — 4 детей. Критериями для постановки диагноза синдром дефицита внимания и гиперактивности, является - наличие у ребёнка дефицита внимания и / или гиперактивность, появление симптомов до 7 лет, симптомы сохраняются более 6 месяцев, симптомы наблюдаются дома и в школе, приводят к нарушению обучения и социальной дезадаптации, симптомы не являются проявлением других заболеваний. Пациенты получали курсы препарата в возрастной дозировке, массе тела. Постепенное наращивание дозы в течение 7 — 12 дней, приём в максимальной дозе в течение

15- 40 дней и постепенное снижение дозы в течение 7- 8 дней до отмены. Курс лечения составляет от 1 до 4 месяцев.

Результаты

В динамике лечение дало положительный результат - повысилась успеваемость в школе, дети стали более адаптированными в коллективе, улучшилось отношение со сверстниками, в семье. Родители отмечали, что им стало легче в обуче-

нии школьной программы со своими детьми, появилась усидчивость, нормализовался сон (в дневное и ночное время). Побочного действия при лечении Танаканом, ни в одном из случаев не отмечалось. Препарат совместим с другими лекарственными средствами, безопасен при длительном применении.

Выводы: Таким образом, Танакан высокоэффективен в комплексном лечении синдрома дефицита внимания и гиперактивности и успешно используется в детской практике.

ТҮЙІН

А.Е. РАМАЗАНОВА

№ 4 Қалалық емхана, Павлодар қ.

ЗЕЙІН ЖӘНЕ АСА БЕЛСЕНДІЛІК

**ТАПШЫЛЫҒЫНЫҢ СИНДРОМЫН ЕМДЕУ
КЕЗІНДЕ ТАНАКАН ДӘРІСІН ҚОЛДАНУ**

Зейін және аса белсенділік тапшылығының синдромын кешенді емдеуде Танакан өте тиімді және балалар тәжірибиесінде жаксы қолданылады.

SUMMARY

A.E. RAMAZANOVA

City hospital № 4, Pavlodar

**TANAKAN DRUG USE IN TREATMENT
OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY
DISORDER**

Tanakan is highly effective in treatment of attention deficit hyperactivity disorder and has been successfully used in pediatric practice.

*Инфекция ауыруларының, ВИЧ/СПИД, туберкулездің,
маскүнемдік және нашақорлықтың алдын алу —
Профилактика инфекционных заболеваний, ВИЧ/СПИДа,
туберкулеза, алкоголизма и наркомании*

УДК 613.81:316.624:351.761.1

Ж.Е. ТОГАЙБЕКОВА¹, Ф.С. БАЙЗАХОВА²

Центр формирования здорового образа жизни ЮКО, г. Шымкент ¹

Молодежный центр здоровья «Әлем», г. Шымкент ²

«АЛКОГОЛИЗМ» — ЭТО СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА

Аннотация

В настоящее время профилактика потребления алкоголя молодежно-подростковой среде приобретает приоритетное значение. В этой связи необходим комплексный межотраслевой подход, в том числе на региональном уровне. Одной из основных задач, стоящих на уровне региона, является обеспечение неукоснительного исполнения законодательных и других нормативных положений в отношении регулирования производства, реализации и потребления алкоголя и полного запрета немедицинского потребления наркотических средств.

Ключевые слова: алкоголь, снижение пьяной преступности, активный отдых.

В современном понимании биологическое и медицинское значение термина «Алкоголизм» неотделимо от его социального содержания. Однако не следует ставить знак равенства между пьянством (неумеренным потреблением спиртных напитков), как формой антиобщественного поведения, и алкоголизмом, как болезнью. Пьянство порождает алкоголизм, но не является болезнью. Алкоголизм характеризуется определёнными признаками, которые отличают его от так называемого «привычного», или «бытового», пьянства. Алкоголизм, хроническое самоотравление алкоголем чаще всего в виде водки, влекущее за собой хронический катар желудочно-кишечного канала, глубокие поражения печени и др. желез, перерождение сосудов и в особенности мозга, что вызывает поражение центральной и периферической нервной системы (неврит - воспаление нервных стволов), шаткую походку, ослабление психической деятельности и понижение нравственного чувства, душевные заболевания.

По данным ВОЗ, в целом по Европейскому региону, к которому относится и Казахстан, отмечается наиболее высокий в мире уровень нездоровья и преждевременной смертности вследствие потребления алкоголя.

За последнее время в Казахстане наблюдается тенденция снижения пьяной преступности, но в то же время каждое 10-е преступление совершается в состоянии алкогольного опьянения [1, 2].

Алкоголизм и пьянство зачастую ведут к различного рода негативным последствиям. К примеру, только за последние три года в стране произошло 55962 пожаров, при этом погибло 1138 человек в состоянии алкогольного опьянения.

За последние шесть лет в республике произошло 4833 дорожно-транспортных происшествий в «пьяном» состоянии, в которых 977 человек погибло и 7027 получило ранения.

В органах внутренних дел на профилактическом учете состоит около 126000 лиц, злоупотребляющих спиртными напитками, и 32000 наркоманов. Цифры устрашающие.

Учитывая высокую медицинскую и социальную важность проблемы потребления алкоголя и наркотиков, в рамках реализации социального заказа из средств целевых текущих трансфертов республиканского бюджета, направленных на пропаганду здорового образа жизни на 2012 год проведено данное исследование.

Цель проекта: Осуществление мониторинга факторов риска среди различных групп населения ЮКО (изучение проблем алкоголя и наркомании среди лиц 15-24 лет жителей ЮКО).

В проведенном нами исследовании приняли участие 1000 молодых людей Южно-Казахстанской области. Возраст - от 15 до 24 лет, 500 респондентов были мужского пола, и 500 — женского пола.

На вопрос что помогает человеку расслабиться в максимальной степени 76,4% респондентов

отметили вариант ответа «встречи с друзьями», 57,6% респондентов отметили вариант ответа «семья»; походы, занятия спортом выбрали 40,1% опрошенных молодых людей. Расслабляются с помощью компьютерных игр 14,8% респондентов. Далее следуют алкоголь – 6,5%, наркотики – 1,5%, вариант «другое» – 0,2%.

При сравнении с результатами исследования проведенного в 2011 году можно отметить рост такого варианта ответа, как походы, занятия спортом. Если в 2011 этот вариант ответа отметили 32,4% опрошенных респондентов, то в данном исследовании эта цифра выросла до 40,1%, тем самым оказавшись на третьем месте после ответов «встречи с друзьями» (76,4%) и «семья» (57,6%), сместив компьютерные игры на четвертое место (14,8%) [3, 4].

С возрастом в качестве средства для расслабления увеличивалась доля респондентов практикующих активный отдых (походы) и занятия спортом.

Для варианта ответа «алкоголь» были получены следующие результаты: 15-17 лет – 2,02%; 18-20 лет – 6,02%; 21-22 года – 7%; 23-24 года – 15,5%. Результаты исследования показали, что в возрастной группе 23-24 года в качестве средства для расслабления несколько большая доля респондентов по сравнению с другими возрастными группами использует алкоголь.

Алкоголь, как средство расслабления, выбирают 2,60% школьников, 1,20% студентов ССУЗ, 3,90% выпускников ССУЗ, 1,30% студентов ВУЗ и 2,0% выпускников ВУЗ. Сравнивая результаты данного исследования с исследованием 2011 года отметим, что в целом, количество респондентов, считающих алкоголь лучшим средством для расслабления снизилось более чем в два раза.

Из числа респондентов, потребляющих алкоголь, 27,5% указали, что впервые попробовали спиртной напиток в возрасте до 15 лет, 29,3% – в возрасте 15-17 лет, 33,1% – в возрасте 18-20 лет. 6,55% респондентов впервые попробовали алкоголь в возрасте 21-22 лет. 3,5% 23-24 летнем возрасте.

Среди всех алкогольных напитков, предпочитают пиво – 52,78%, вино – 34,72% респондентов, водку – 8,33%.

Основной причиной, почему респондент начал потреблять алкоголь – были друзья и любопытство: 44,4% (50,2% мужского и 30,6% женского пола) впервые попробовали алкоголь с друзьями за компанию, и 39,7% из любопытства. Семейные проблемы явились причиной начала потребления алкоголя у 8,3% респондентов. Заметим, что большой разницы с аналогично проведенным в 2011 году исследованием не наблюдается. Как и в прошлом году с большим отрывом лидерами явились варианты ответов «за компанию» и «из любопытства» [5, 6].

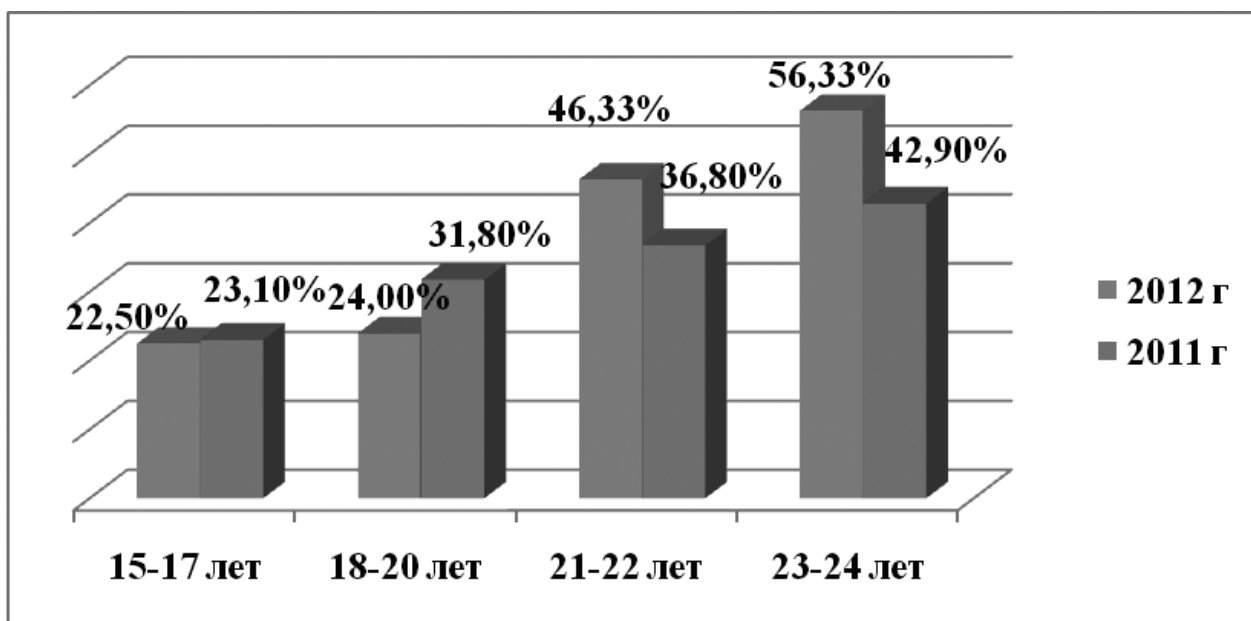


Рисунок 1- Респонденты, использующие активный отдых и спорт для расслабления в зависимости от возраста сравнение с 2011 г.

Было установлено, что наибольшее количество молодых людей, употребляющих алкоголь, проживает с людьми, не приходящими им родственниками, возможно, это студенты, живущие в общежитии, либо лица, снимающие жилье. На втором месте идут респонденты, проживающие отдельно, меньше всего потребляют алкогольные напитки, респонденты, проживающие с родителями. Здесь хотелось бы отметить большое влияние родителей на молодых людей.

Анализ показал, что потребляют алкоголь, в основном лица амбициозные, ставящие на первый план материальное благополучие и карьеру, а также респонденты, предпочитающие развлечения, всему остальному. Не употребляющие алкоголь в основном лица, заботящиеся о семье и о здоровье.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Галкин Р.А., Мальцев В.Н. Профилактика в формировании региональной модели здравоохранения // проблемы социальной гигиены и история медицины. - 2000. - № 6. - С.40-44.

2 Галкин Р.А., Гект И.А. К вопросу о реформировании здравоохранения// Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1998. - №1.-С.28-31.

3 Бихари-Аксельссон С. Выработка приоритетов в сфере здравоохранения. Проект Тасис.-М., 2000. - 17 с.

4 Ермолаев А. выборочный метод в социологии. - М., 2000.-26 с.

5 А. Аканов реформы здравоохранения стран Азии с переходной экономикой.-Алматы, 1996.-124 с.

6 Мировая статистика здравоохранения. ВОЗ, 2009.- С.85,89,91.

ТҮЙІН

Ж.Е. ТОҒАЙБЕКОВА¹, Ф.С. БАЙЗАХОВА²

ОҚО Салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы, Шымкент қ.¹

Жастар денсаулық орталығы «Әлем», Шымкент қ.²

«МАСКҮНЕМДІК» - ӘЛЕУМЕТТІК МӘСЕЛЕ

Қазіргі кезде жасөспірімдер мен жастар арасында ішімдік ішудің алдын алу негізді басымды бағыттардың бірі. Бұл үшін кешенді сала-аралық бағытта аймақтық деңгейде жұмыстарды жандандыру қажет. Негізгі аймақтық деңгейде тұрған міндеттердің бірі болып, өндірісті реттеуде заңды тұрғыда және нормативтік жағдайларды ескере отырып, ішімдік қолдану мен медициналық емес есірткілік заттарды қолданысқа таратуды болдырмау.

SUMMARY

ZH. E. TOGAYBEKOVA¹, F.S. BAYZHANOVA²

Center for problems of healthy lifestyle development of SKR, Shymkent¹

Youth health center «Alem», Shymkent²

«ALCOHOLISM» - A SOCIAL PROBLEM

Presently, prevention of alcohol consumption is a priority issue. Complex intersectoral approach is essential, including at regional level. One of main goals facing at the region level is providing of absolute execution of legislative and other normative documents in regard to alcohol production, realization and consumption and complete prohibition of consumption of narcotic substances.

УДК 616.995.1-078

К.И. КУШЕНОВАГородская Многопрофильная Больница АО «Талап», Объединенная лаборатория,
г. Уральск**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ГЕЛЬМИНТОЗОВ****Аннотация**

Высокий процент диагностики гельминтозов свидетельствует о необходимости улучшения организации проведения лабораторных исследований при диспансеризации и профилактических осмотрах в ЛПУ города детей и взрослых с целью выявления глистных инвазий.

Ключевые слова: гельминтоз, паразиты, антигены.

В настоящее время вследствие ряда социально-экономических причин заболеваемость населения глистными инвазиями возрастает. Наиболее часто подвержены заражению гельминтами дети, и педиатру нередко приходится дифференцировать глистные инвазии с целым рядом других заболеваний.

Цель исследования — оценить в многопрофильной больнице соответствие диагностики глистной инвазии стандартам лабораторной медицины и определить процент выявления наиболее часто встречающихся гельминтозов.

Работа выполнена в клинико-диагностической лаборатории АО «Талап», при обследовании детей и взрослых. Диагностику гельминтозов проводили следующими методами: определением в сыворотке крови иммуноглобулинов различных классов к антигенам паразитов (наборы реагентов для иммуноферментных анализов ЗАО «Вектор-Бест»), микроскопии кала или соскоба. Для забора и фильтрации кала используется одноразовые концентраторы пробирки Parasер. Одноразовые концентраторы Parasер для кишечных паразитов предназначены для концентрирования кишечных паразитов методом центрифугирования и фильтрации через специализированный фильтр. Концентраторы представляют собой пластиковые пробирки, состоящие из нескольких компонентов: пробирка для пробы, в которую заливается буферный раствор, сюда же помещается образец пробы, фильтр — емкость для сбора отфильтрованного материала.

После помещения материала для анализа в пробирку, последняя герметично закрывается и помещается в центрифугу фильтром вверх. Далее происходит центрифугирование, в ходе которого имеющиеся в пробе паразиты проходят через фильтр и скапливаются в нижнем отсеке про-

бирки. Благодаря тому, что сетка в пробирке расположена вертикально, происходит горизонтальная фильтрация пробы, а также за счет того, что размер ячейки сетки фильтра специально подобран по размеру, грубые частицы непереваренной пищи и клетчатка оседают в смесительной камере, а жидкая часть с выделившимися в нее паразитам, яйцами паразитов под давлением фильтруется и центрифугируется в конической пробирке. В нижний отдел пробирки попадает минимум твердых компонентов и максимум имеющих паразитов и яиц.

Частота выявления маркеров глистных инвазий составляла: иммуноглобулины А, М, G к антигенам лямблий — 18,4%, иммуноглобулины G к антигенам токсокар 2,7%, иммуноглобулины G и M к антигенам описторхисов 13,5%, специфические циркулирующие иммунокомплексы, содержащие антигены описторхисов — 7,8%, иммуноглобулины G к антигенам *Ascarislumbricoides* — 13,9%. Методом микроскопии выявлены острицы — 1,8%, яйца описторхисов — 0,04%, цисты — 0,3%.

ТҮЙІН**Қ.И. КӨШЕНОВА**«Талап» АҚ Қалалық көпбейімді ауруханасының
біріккен зертханасы, Орал қ.**ГЕЛЬМИНТОЗДЫҢ КЛИНИКО-ЗЕРТХАНАЛЫҚ
ДИАГНОСТИКАСЫ**

Қазіргі уақытта халықтың құрт инвазиялармен ауруы әлеуметтік-экономикалық себептерден өсуде. Ең жиі гельминтозбен балалар зарарлануда, сондықтан педиатрларға құрт инвазияларын бір қатар аурулармен салыстыруға тұра келеді.

Зерттеу мақсаты — құрт инвазияларын лабораториялық медицина стандарттарына сәйкестігін көпбейімді ауруханада бағалау және жие кездесетін гельминтоздарды анықтау.

SUMMARY

K.I. KUSHENOVA

City (Local) Multidisciplinary Hospital JSC «Talap»,
United Laboratory, Uralsk

**CLINICAL AND LABORATORY DIAGNOSIS
OF HELMINTHIASIS**

Presently because of row of socio-economic reasons

morbidity of population intestinal worm invazies increases. Children are most often subject to the infection helminths, and a paediatrician quite often has to differentiate intestinal worm to the invasion with a number of other diseases.

Research aim - to estimate in a multi-field hospital accordance of diagnostics to the intestinal worm invasion to the standards of laboratory medicine and to define the percent of exposure of most often meeting helminthisms.

УДК 616-002.5-073.75:615.371

Е.Я. АЛПАТОВ¹, Г.А. КАРИБАЕВАГородская поликлиника № 11, г. Алматы, к.м.н.¹**ТУБЕРКУЛЁЗ ИЗЛЕЧИМ****Аннотация**

Туберкулёз — это тяжёлое, опасное инфекционное заболевание. В структуре смертности от инфекционных и паразитарных заболеваний доля умерших от туберкулёза составляет до 85%. Одно из направлений профилактики туберкулёза это вакцинация. Второе важнейшее направление профилактики туберкулёза это флюорография. Флюорография это основной и пока единственный достоверный способ выявления начальных форм заболевания у взрослых и подростков. Ежегодные флюорографические обследования помогают диагностировать инфекцию своевременно, когда она ещё полностью излечима.

Ключевые слова: туберкулёз, инфекционное заболевание, химиопрофилактика.

Туберкулез — опасное инфекционное заболевание. Еще 50-60 лет назад заболевшие туберкулёзом люди были обречены, потому что туберкулёз тогда диагностировался поздно, медицина не имела лекарств, останавливающих развитие болезни, было мало больниц и санаториев для больных туберкулёзом, борьба с туберкулёзом не велась в таком массовом государственном масштабе, в каком она ведётся в настоящее время.

Пока имеются больные туберкулёзом люди, пока имеются больные туберкулёзом домашние животные, пока имеются больные туберкулёзом птицы и звери в природе существует резервуар туберкулёзной инфекции. Рано или поздно туберкулёзом заражается почти всё взрослое население (до 80-90%), но человек обладает природной естественной сопротивляемостью к туберкулезу, благодаря чему заражение туберкулёзом ещё не означает само заболевание.

В схватке микро- (микобактерии туберкулёза) и макроорганизма (человек, животное) в абсолютном большинстве побеждает макроорганизм. Но 15-20 человек на каждые 10 000 населения всё же заболевают туберкулёзом. Несмотря на постоянный прогресс в области медицины, за последние сто лет туберкулёз унёс жизни 200 миллионов людей. Сегодня до двух миллиардов человек — почти треть населения Земли — заражены туберкулёзом, возбудителем которого является один из видов бактерий — туберкулёзная палочка Коха. Более того, каждую секунду туберкулёзом заражается один человек.

Казахстан является одним из самых неблагоприятных регионов по туберкулёзу среди стран СНГ. В 2-2.5 раза основные эпидемиологические показатели — заболеваемость, болезненность, смертность — превышали средние данные по СССР ещё в 1970-1990 гг. А начиная с 1991 года

эти показатели стали хуже, так на учёте в противотуберкулёзных учреждениях стоит около 100 000 больных активным туберкулёзом. Наши показатели «перехлестнули» все общепринятые нормы (по классификации Международного противотуберкулёзного союза благоприятной считается ситуация, когда заболеваемость составляет 10 случаев на 100 тысяч населения, а у нас она выше 91 случая). 85% взрослого населения инфицировано палочкой Коха.

Чем же вызвано возвращение и наступление туберкулёза? Одна из причин заключается в том, что в последние 15-20 лет во многих странах профилактике туберкулёза уделялось очень мало внимания, а то и вовсе не уделялось. Поэтому, нередко больные туберкулёзом не могли во время пройти обследование и получить соответствующее лечение. А это, в свою очередь, приводило к большому числу смертей и распространению заболевания. Ещё одна причина возвращения туберкулёза — это растущее число бедных и голодающих людей, живущих в перенаселённых регионах и в антисанитарных условиях. У таких людей иммунная система нередко бывает ослаблена настолько, что она не в состоянии справиться с инфекцией.

Что же способствует ослаблению сопротивляемости человека туберкулёзной инфекции?

Это чаще всего другие не туберкулёзные заболевания: грипп, бронхит, воспаление лёгких, диабет, язвенная болезнь, психические расстройства и многие другие. Уменьшение сопротивляемости к туберкулёзу наступает так же во время нарушения режима труда и отдыха: переутомление, недосыпание и т.д. Особое место к предрасположению заболеванием туберкулёза занимают вредные привычки. Все перечисленные факторы являются поводом к активизации уже имеющейся в организме, но дремлющей туберкулёзной инфекции.

У молодых людей и детей наиболее частой причиной возникновения болезни является первичное или повторное заражение туберкулёзом непосредственно от больного. Поэтому каждый больной должен знать и постоянно помнить, какую опасность он представляет для своих близких. Среди заболевших детей свыше 40% имели или имеют кратковременный или длительный контакт с больным туберкулёзом. Этот процент резко уменьшается там, где больной строго соблюдает правила личной гигиены — имеет отдельную посуду, постель, правильно ведёт себя при кашле, качественно проводит дезинфекцию, а главное, своевременно лечится. Как бы больной туберкулёзом ни охранял свою семью от заражения, какая-то доля риска повышенной возможности заболевания остаётся. Поэтому люди, окружающие больного, должны чаще проверяться на туберкулёз.

Ежегодно проходить флюорографию, а при заболевании другими инфекциями, по рекомендации лечащего врача, делать флюорографию повторно для раннего выявления болезни! Всем контактным больным туберкулёзом назначаются сезонные курсы предупредительного лечения (химиопрофилактика). Химиопрофилактика является эффективной, т.е. действительно предупреждает новые случаи заболевания, только в том случае, если назначенные врачом лекарства принимаются регулярно — ежедневно или с интервалом 1-2 дня.

Долг каждого больного туберкулёзом - предупредить заболевание у членов своей семьи и у людей, близко контактирующих с ним.

Туберкулёз не излечивается за неделю, не излечивается легко. Возбудители туберкулёза зачастую изменяют свои свойства, приспосабливаются к антибактериальным препаратам и долго сохраняют своё болезнетворное действие. Всякое нарушение в лечении влечёт за собой прогрессирование болезни, которое выражается в распространении локального процесса, интоксикации организма, разрушении ткани поражённого органа и, в конце концов, приводит к таким необратимым процессам в тканях и органах человека, когда излечение становится практически невозможным. Человек становится инвалидом.

Чтобы этого не случилось, заболевший туберкулёзом человек должен лечиться своевременно, лечиться долго и непрерывно до полного выздоровления. Больной должен знать, что выздоровление зависит целиком и полностью от дисциплинированности самого себя.

На всех этапах контроль за лечением осуществ-

ляется врачом, контроль за приёмом препаратов возложен на средний медперсонал, но основная ответственность за непрерывный приём препаратов наравне с медперсоналом лежит и на самом больном.

И ещё одна обязанность возлагается на больного туберкулёзом после клинического излечения. Он должен знать, что раз возникнув, туберкулёз редко излечивается без остаточных изменений в поражённом органе. Эти остаточные изменения, не влияя на функцию ранее поражённых органов, на здоровье и работоспособность человека, таят в себе опасность новой вспышки заболевания. Поэтому клинически излеченный от туберкулёза человек ещё два-три года наблюдается в противотуберкулёзном диспансере. В это время он обязан выполнять все предписания врача. В дальнейшем, хотя человек и считается практически здоровым, он должен проводить все мероприятия, направленные на закаливание, на повышение сопротивляемости организма.

Долг каждого больного перед собой, перед семьёй, перед государством стойко излечиваться от туберкулёза.

Для выявления скрыто развивающихся форм туберкулёза лёгких есть только один метод — осмотр с помощью обычного рентгеновского аппарата — флюорографа. Поэтому не избегайте профилактических осмотров, которые проводятся ежегодно.

ТҮЙІН

Е.Я. АЛПАТОВ¹, Г.А. КӘРІБАЕВА

Калалық емхана № 11, Алматы, м.ғ.к.¹

ТУБЕРКУЛЕЗДЕН АЙЫҒУҒА БОЛАДЫ

Туберкулез - это ауыр, қауіпті инфекциялы ауру. Өлім-жітім құрылымында инфекциялық және паразиттік ауруға шалдыққан өлікке туберкулездің 85% келеді. Бірден-бір туберкулездің алдын алуы бағыты - вакцинация. Туберкулездің алдын алудың екінші ең маңызды бағыты - флюорография. Флюорография ересектер мен жасөспірімдер арасындағы алғашқы ауру белгілерін көрсететін негізгі және әзірше бірден-бір анық әдіс. Жыл сайынғы флюорографиялық тексеру туберкулезді дер кезінде анықтап, диагноз қоюға көмектеседі.

SUMMARY

E.YA. ALPATOV¹, G.A. KARIBAIEVA

City clinic № 11, Almaty, c.m.s.¹

TUBERCULOSIS IS CURABLE

Tuberculosis is a serious infectious disease. In the structure of mortality from infectious and parasitic intestinal diseases death from tuberculosis accounts for up to 85%. TB can be prevented by vaccination. The second key area of tuberculosis prevention is chest x-ray, the only reliable way to detect early forms of disease in adults and adolescents. Annual fluorography examination helps to diagnose the infection in a timely manner when it is completely curable.

ПРЕСС-РЕЛИЗ

2 апреля 2013 года, в Казахстанском Пресс-клубе г. Алматы состоялась пресс-конференция по итогам проведения республиканского месячника профилактики туберкулеза и Всемирного дня борьбы с туберкулезом.

В работе пресс-конференции участвовали: **Жамиля Баттакова** - директор Национального центра проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, **Тлеухан Абилдаев** - директор Национального Центра проблем туберкулеза МЗ РК, **Шалгинбай Жандосов** — директор Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга МЗ РК, Доктор **Гомбогарам Цогт** — советник по туберкулезу Проекта USAID «Качественное здравоохранение» и **Гульсара Сулейменова** — директор Городского центра формирования здорового образа жизни Управления здравоохранения г. Алматы.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения, туберкулез (ТБ) является второй по значимости причиной смерти в мире от какого-либо одного инфекционного агента, уступая лишь ВИЧ/СПИДу. Однако, число людей, ежегодно болеющих туберкулезом, постепенно уменьшается. Это означает, что мир продвигается к достижению намеченной на 2015 год Цели тысячелетия в области развития по обращению вспять тенденции распространения ТБ.

Заболеваемость и смертность от туберкулеза в Казахстане на протяжении длительного времени также является актуальной и трудноразрешимой проблемой, имеющей государственную значимость. Туберкулез все еще остается ведущей причиной смерти среди взрослых, особенно среди популяций высокого риска: мигрантов, социально-незащищенных групп населения, осужденных.

Одним из приоритетных ключевых направлений социальной политики Республики Казахстан является борьба с туберкулезом. Это подчеркивается в ежегодном Послании Президента Республики Казахстан, лидера наций Н. А. Назарбаева народу Казахстана.

Успехи в борьбе с этой инфекцией в значительной степени определяются совместной работой и тесным взаимодействием органов и организаций здравоохранения, в первую очередь противотуберкулезной, санитарно-эпидемиологической службами, медицинскими организациями общей лечебной сети и службой здорового образа жизни.

В результате успешного выполнения комплекса мероприятий по профилактике туберкулеза в республике с 2003 года наметилась стабильная

тенденция снижения основных индикаторов эффективности проводимых мероприятий. Такими индикаторами являются показатели заболеваемости и смертности, которые по итогам 2012 года были ниже целевых показателей, определенных государственной программой развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан».

Заболеваемость населения туберкулезом в 2012 году по сравнению с 2011 годом в целом по республике снизилась на 5,8% с 86,6 до 82,7 на 100 тыс. населения.

Показатель смертности от туберкулеза снизился на 2,5% и составил 7,2 против 8,4 в 2011г. на 100 тыс. населения.

Несмотря на определенные успехи во фтизиатрии, в республике удерживаются высокие уровни заболеваемости, выявления «заразных» форм туберкулеза при профилактических осмотрах и заболеваемости контактных лиц, особенно подростков.

Проведение данной пресс-конференции посвящено завершению республиканского месячника профилактики туберкулеза среди населения с 23 февраля по 23 марта и Всемирного дня борьбы с туберкулезом — 24 марта под девизом: **«Остановите туберкулез, пока я жив!»**.

Цель Всемирного дня и месячника: Повышение информированности населения о туберкулезе и необходимости своевременного обращения за медицинской помощью; пропаганда здорового образа жизни среди населения, особенно среди подростков и молодежи, привлечение общественности к проблеме туберкулеза.

Основная информационно-образовательная работа Службы здорового образа жизни проводилась при поддержке Национального центра проблем туберкулеза, Службы санэпиднадзора, международных организаций USAID, PSI с учетом эпидемиологической обстановки по республике и была направлена на женщин детородного возраста, родителей, имеющих детей грудного возраста по вопросам: своевременного флюорографического обследования женщин детородного возраста, полного охвата новорожденных вакцинацией БЦЖ в родильном доме в первые 4 дня жизни, а также на молодежь, их родителей и медицинских работников женских консультаций,

детских поликлиник, противотуберкулезных диспансеров.

В рамках месячника и Всемирного дня борьбы с туберкулезом в г. Алматы под руководством НЦПТ, при поддержке Национального центра проблем формирования здорового образа жизни (НЦПФЗОЖ), USAID, PSI были проведены научно-практическая конференция и промо-акция на площади Дворца республики, пресс-кафе для журналистов СМИ, страновой тренинг по разработке информационных материалов по туберкулезу для специалистов противотуберкулезных диспансеров и областных центров формирования здорового образа жизни. С целью стимулирования освещения в СМИ проблем туберкулеза, организованы и проведены конкурс среди журналистов на лучшую статью, опубликованную в период месячника в республиканских печатных изданиях, конкурс среди врачей ПМСП г. Алматы по выявлению больных туберкулеза среди населения и учащихся общеобразовательных школ на лучшие знания признаков туберкулеза и мер по его предупреждению.

По данным заинтересованных ведомств, в целях выполнении приказа № 404 от 17.06.2011г. «О мерах совершенствования мероприятий по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан», в рамках широкомасштабных республиканских акций в 2013 году проведена совместная информационная работа с охватом – 2936562 человека.

Проведены лекции - 15916, трансляция видеороликов – 13551, выступлений на ТВ – 115, на радио - 659, опубликовано в печатных изданиях - 249 статьи, пресс-конференций – 32, круглых столов – 424, дней открытых дверей в 11563 лечебных организациях с охватом 98643 человек, конкурсов 191, проанкетировано на знание туберкулеза 19029 человек.

Для информационной поддержки проводимых в регионах кампаний, специалистами службы НЦПФЗОЖ, по принципу единой Национальной политики, был разработан информационно-образовательный материал (плакат, буклет, листовка), выпущен и роздан общим тиражом 663755 экземпляров, задействовано 13 НПО.

Партнерами по освещению основных мероприятий в 2013 году на телеканалах являются представители ТК «Хабар», «КТК», «31 канал», «Мир», «СТВ», «СтанTV», «Асыл Арна» и их региональные службы, печатные издания - газета «Мегаполис», «Айкын», «Литер», «Экспресс К», журнал «Академия здоровья.kz».

Всего информационно-коммуникационной кампанией по профилактике туберкулеза в 2013 году было проведено 123740 мероприятий с охватом 2936562 казахстанцев, в том числе детей – 595137, подростков – 493983, женщин детородного возраста – 284057, родителей – 321142, молодежи – 209383, медицинских работников – 40706, педагогов – 66095 и др.

*Пресс-служба
Национального центра проблем
формирования здорового образа жизни МЗ РК
тел. 8(727) 2916118*

ПРЕСС-РЕЛИЗ

8 апреля 2013 года состоялась пресс-конференция на тему:
«В безопасности твоей крови — спасение многих», посвященная Всемирному дню здоровья.

Всемирный день здоровья отмечается 7 апреля в ознаменование годовщины основания ВОЗ в 1948 году. Каждый год для Всемирного дня здоровья выбирается тема, отражающая какую-либо приоритетную проблему общественного здравоохранения в мире. Высокое артериальное давление — тема Всемирного дня здоровья 2013 г., особое внимание в рамках которого уделяется снижению уровней потребления соли.

Участники пресс-конференции: **Татьяна Слажнева** — заместитель директора Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, **Гульнара Джунусбекова** — заместитель директора Научно-исследовательского института кардиологии и внутренних болезней, **Айман Байзолданова** — главный кардиолог Управления здравоохранения г. Алматы, директор городского ревматологического центра, **Дамиля Нугманова** — президент Ассоциации семейных врачей Казахстана.

Конечной целью Всемирного дня здоровья 2013 года является уменьшение числа инфарктов и инсультов. Кампания имеет следующие конкретные цели: повысить осведомленность в отношении причин и последствий высокого кровяного давления; предоставлять информацию в отношении профилактики высокого кровяного давления и связанных с ним осложнений; настоятельно рекомендовать взрослым людям проверять кровяное давление и следовать советам специалистов здравоохранения; содействовать самоконтролю для профилактики высокого кровяного давления; обеспечить, чтобы измерение кровяного давления было доступно по стоимости для всех людей; и побуждать национальные и местные органы управления к созданию окружающей среды, благоприятной для здоровых форм поведения.

В рамках Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» 2011-2015 гг. и под эгидой Министерства здравоохранения РК был создан «Медицинский информационный справочный материал» для повышения осведомленности населения по получению медицинских услуг.

Данный материал растиражирован и будет передан каждому гражданину Республики Казахстан. Медицинский информационный справочный материал включает восемь основных вопросов: регистрация в интернет-режиме по оказанию медицинской помощи (запись на прием к врачу, вызов врача на дом); скрининг (как и где проходить?); бесплатное лекарственное обеспечение; 10 правил самостоятельного приема лекарственных средств; разрешение конфликтных ситуаций по оказанию медицинской помощи; госпитализация по свободному выбору стацио-

нара при плановой госпитализации; необходимая документация для лечения за рубежом; получение государственной лицензии в интернет — режиме.

Гипертония — известная также как высокое кровяное давление — повышает риск развития инфаркта, инсульта и почечной недостаточности. Неконтролируемая гипертония может также приводить к слепоте, аритмии и сердечной недостаточности. Риск развития этих осложнений возрастает при наличии других сердечно-сосудистых факторов риска, таких как диабет. У каждого третьего взрослого человека в мире развивается гипертония. Доля людей с гипертонией с возрастом возрастает — от одного человека из десяти в возрасте от 20 до 40 лет до пяти из десяти в возрасте от 50 до 60 лет.

По данным доклада «Мировая статистика здравоохранения 2012 г.» (16 май 2012 г.), каждый третий взрослый человек в мире имеет повышенное кровяное давление — состояние, являющееся причиной около половины всех случаев смерти от инсульта и болезней сердца. Каждый десятый взрослый человек страдает диабетом.

Гипертонию не случайно называют «тихим убийцей», так как заболевание часто протекает почти бессимптомно. Установлено, что 50% людей, имеющих повышенное артериальное давление, не знают о своем заболевании. Симптомы гипертонии часто сопровождаются головной болью, на которую не обращают внимания или совпадают с признаками обычного переутомления. Гипертония опасна серьезными, опасными для жизни осложнениями (мозговой инсульт, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность), приводит к снижению памяти, ухудшению зрения и может сказаться на функции почек, вплоть до почечной недостаточности.

Все чаще артериальная гипертония поражает людей молодого возраста. Существенное влияние на рост заболеваемости артериальной гипертонией оказывают такие факторы риска, как курение, злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, неправильное питание, малоподвижный образ жизни, стрессы.

Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, оптимальным является давление в пределах 120/80 мм рт.ст. Регулярное повышение артериального давления до 140/90 мм рт.ст. и выше является тревожным симптомом, с которым необходимо обратиться к врачу.

В Казахстане Всемирный день борьбы с артериальной гипертонией отмечается с 2008 года по инициативе Национального центра проблем формирования здорового образа жизни. В последние годы в респуб-

лике отмечается неуклонный рост уровня заболеваемости артериальной гипертонией. Так, по данным Агентства РК по статистике в 2011 году было зарегистрировано 1035,0 случаев гипертонии на 100 тысяч населения, в 2010 году 913,8 случаев на 100 тысяч населения.

Гипертония относится к заболеваниям, успешное лечение которых во многом зависит не только от врача и лекарственных препаратов, но и от собственного отношения к своему здоровью. Для предотвращения заболевания каждый человек должен регулярно контролировать уровень артериального давления, вести здоровый образ жизни, сбалансировать питание (есть больше овощей и фруктов, меньше жирного и соленного), снизить потребление соли (менее чем 5 г в день), отказаться от вредного употребления табака и алкоголя, поддерживать нормальный вес тела и контроль стресса. Важным в профилактике артериальной гипертонии является регулярное прохождение скрининговых профилактических осмотров, в объем которых входит оценка факторов риска, обязательное измерение артериального давления и проведение лабораторных исследований.

Снижение уровней потребления соли является одним из самых простых путей сокращения распространенности высокого артериального давления и, следовательно, риска инсульта, болезней сердца и почек. Снижение уровней потребления соли до менее 5 г в день (что соответствует примерно одной ложке) сокращает риск инсульта на 23% и общие уровни

сердечно-сосудистых заболеваний на 17%. Снижение уровней потребления соли — это один из наиболее затратно-эффективных способов сокращения экономического бремени высокого артериального давления. Сокращение потребления соли, которую мы добавляем в пищу на столе, вызывает самую меньшую обеспокоенность. Основная доля потребления приходится на соль, которая добавляется при производстве таких продуктов, как хлеб или мясные изделия. Имеются двенадцать продуктов, на которые следует обращать особое внимание из-за возможного высокого содержания соли, — это хлеб, мясные продукты, сыр, готовые блюда, супы, хлопья к завтраку, рыбные продукты, чипсы, острые снеки, блюда, приготовленные на заказ, ресторанные блюда, соусы, приправы и специи, продукты из картофеля.

7 апреля по всей стране прошла акция «Узнай свое давление», где каждый желающий мог измерить свое артериальное давление в медицинских организациях и местах массового пребывания людей (торговые центры, ЦОНЫ, банки, бизнес-центры, аэропорты, вокзалы и др.), получить буклеты по профилактике артериальной гипертонии и пройти консультацию специалистов в случае обнаружения повышенного давления.

Всемирный день здоровья — хороший повод прямо сейчас позаботиться о своём здоровье. Сделайте первый шаг сегодня — возьми артериальное давление под контроль.



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

ВСЕМИРНЫЙ ДЕНЬ ЗДОРОВЬЯ 2013

«В БЕЗОПАСНОСТИ ТВОЕЙ КРОВИ -
СПАСЕНИЕ ЖИЗНИ МНОГИХ»



АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНΙΑ

Это важно знать!

- **ЗНАТЬ СВОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ.**
Высокое кровяное давление приводит к внезапному инсульту или инфаркту.
- **ЗНАТЬ УРОВЕНЬ ЛИПИДОВ В КРОВИ.**
Повышенный уровень холестерина в крови приводит к избыточной массе тела и развитию атеросклероза.
- **ЗНАТЬ УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ.**
Повышенное содержание глюкозы в крови (диабет) повышает риск развития инфарктов и инсультов.



**ИЗМЕРЯЙТЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ!
ГИПЕРТонию можно предотвратить и лечить!**



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ ТУБЕРКУЛЕЗА

**ОСТАНОВИТЕ ТУБЕРКУЛЕЗ,
ПОКА Я ЖИВ!**



**ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ –
ЗАЛОГ ЗДОРОВЬЯ ЕЕ РЕБЕНКА И СЕМЬИ**