



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ  
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

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

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

**№1**

Алматы, 2014



**Пресс-конференция, посвящённая Всемирному дню здоровья, с подведением итогов марафона «7 шагов к здоровью» (г. Алматы, 7 апреля 2014 г.).**

**На фото (слева направо):** Зейнеп Базылбекова – НЦ акушерства, гинекологии и перинатологии, Ильяс Мухамеджан – НЦ урологии им. Б.У. Джарбусынова, Жамиля Баттакова – Национальный Центр ПФЗОЖ МЗ РК, Гульнара Джунусбекова – НЦ кардиологии и внутренних болезней, Риза Боранбаева – НЦ педиатрии и детской хирургии, Зульфия Байсакова – Союз кризисных центров.

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

## МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№1. 2014 г. (УДК 614.2.574)

Подписной индекс 75978

### Учредитель:

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни 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  
НЦПФЗОЖ.

Адрес редакции:

г. Алматы, ул. Кунаева, 86

тел: 2911083, внутр. 126

www.hls.kz

Заказ №53. Тираж 500 экз.

### Главный редактор:

Профессор Баттакова Ж.Е.

### Зам. главного редактора:

Д.м.н. Токмурзиева Г.Ж.

### Ответственный редактор:

Профессор Хайдарова Т.С.

### Технический редактор:

Ешманов Е.У.

### Технический секретарь:

Карайганова К.А.

### Редакционная коллегия:

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

Breda J. (Копенгаген), T.L. Hunt (Нью-Йорк),

Schluger N. (Нью-Йорк), Касымжанова Ж.К.,

Айтмурзаева Г.Т.(Бишкек),

Муталова З.Д. (Ташкент),

Ахметов В.И., Алчинбаев М.К.,

Арзыкулов Ж.А., Абилдаев Т.Ш.,

Кульжанов М.К., Омарова М.Н.,

Беркимбаев С.Ф., Калматаева Ж.А.

### Научный совет:

Мукашева С.Б., Слажнева Т.И.,

Палтушева Т.П., Адаева А.А.,

Акимбаева А.А., Утембаева Н.Т.,

Сайдамарова Т.К., Длимбетова Д.О.

### Редакционный совет:

Сулейменова Г.Р. (Алматы)

Тогайбекова Ж.Е. (Шымкент)

Шахабаев М.С. (Петропавловск)

Баймаханов Т.Б. (Павлодар)

Джайлханова А.А. (Актау)

Садвакасова А.К. (Костанай)

Кайдарова Д.К. (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)

Хамитов Т.Н. (Караганда)

## МАЗМҰНЫ

### ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДА САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУ ЖҮЙЕСІН ЖЕТІЛДІРУДІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРУШЫЛЫҚ МӘСЕЛЕЛЕРІ

**Ж.Е. Баттақова, Г.Ж. Токмұрзиева, Т.П. Палтушева** Алматы қаласы мен Алматы облысының түрлі қоғамдық орталарында енжар темекі шегудің таралуы.....11

**Ж.Е. Баттақова, Т.С. Хайдарова** Халықтың өмір сүру салты көрсеткіштерінің салыстырмалы анализі мен мониторингі және Қазақстан Республикасының халқы арасында жұқпалы емес аурулардың даму қаупі факторларының таралуы.....19

**Н.А. Сүлейманова** Симуляциялық оқыту – профилактикалық медицинаның инновациялық бағыты.....26

**Н.Т. Өтембаева** Темекі өнімдерінің қораптарындағы темекі шегудің зияндылығы туралы графикалық ескертулер темекі шегуге қарсы күресудің тиімді шараларының бірі.....28

**Қ.Т. Мырзахметов, Ж.А. Қалмақова** Қызылорда облысы тұрғындарының темекіге және ішімдікке тәуелділік мәселесіне байланысты әлеуметтік зерттеудің нәтижелері.....34

### КЕҢ ТАРАЛҒАН ЖҰҚПАЛЫ ЕМЕС АУРУЛАРДЫҢ БІРІНШІЛІК ЖӘНЕ ЕКІНШІЛІК АЛДЫН АЛУ. МСАҚ ДЕҢГЕЙІНДЕ САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫН ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ МЕН ЗАМАНАУИ ИННОВАЦИЯЛЫҚ МОДЕЛДЕРІ

**Т.С. Хайдарова** Темекі шегумен байланысты еркектердің репродуктивті жүйесі ауруларының алдын алу.....40

**Т.Қ. Сайдамарова** Қазақстан Республикасындағы скринингтік тексерулердің нәтижелері және мінез- құлық қауіп факторларының анықталуы.....45

**А. Бекбаева, А. Ботымбаева, К. Кенжебек, А. Көлдейбаев, Ж. Өтебаева** Жалпы дәрігерлік тәжірибедегі артериялық гипертензия. Алдын алу мен емдеудің әр түрлі түрінің қағидаттары.....48

**М. Құрманов, Е. Наконечникова** Универсалды психо-диагностикалық «Ақ-Сұңқар» кешенінің көмегімен жастарды психологиялық тестілеудің нәтижелері.....52

**Л.В. Лим, М.Н. Шәріпова, С.Н. Нұртазаева, А.Т. Нұрханова, З.А. Қайырбекова** Балаларды профилактикалық тексеру – дені сау қоғам дамуының негізі.....54

**А.Ш. Балтаева** Жұқпалы емес аурулардың алдын алу.....58

**Г.Р. Сүлейменова, Г. Дүйсенбаева** Алматы қаласы тұрғындарының мәдениетін бағалау және мониторинг жүргізу.....61

<b>К.К. Ибрагимова, Д. Қасымқызы, Н.К. Сапахов, Ф.Н. Темірбекова, А.С. Хасетова</b> Жасөспірімдердегі бронх демікпесі ағымының ерекшеліктері және алдын алу.....	64
<b>Ж.А. Жанібекова, А.А. Иманбаева, М.А. Исаева, У.А. Саулебекова, С.А. Өтігенов</b> Бронх демікпесінің алдын алу және емдеу.....	68
<b>С.А. Назарова, Ж.А. Қалмақова</b> Тұрғындардың скрининг туралы хабардарлығын әлеуметтік зерттеу нәтижелері.....	70

### **ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ**

<b>Н.С. Ахильбеков, Г.Х. Нұрұтдинова, Л.В. Бюрабекова, Д.Р. Жұлсаитова</b> Қазақстан Республикасының санитарлық авиация қызметінің 2013 жылғы іс-әрекетінің қорытындылары.....	75
<b>Ж.А. Қалмақова</b> Ракетаның жиынтықтаушы бөлшектерінің апаттық және штаттық құлауының жергілікті тұрғын денсаулығына әсері.....	79
<b>А.Б. Мансұрова</b> Үздіксіз кәсіби дамытумен қамтамасыз етудің ыңғайын табу.....	84

### **МЕДИЦИНА ҒЫЛЫМЫНЫҢ ЖАҢАЛЫҚТАРЫ**

Европалық балалардың семіздігін қадағалау бастамасы бойынша ДДСҰ-ның 7-ші кездесуі, Афина, Греция, 27-28 наурыз 2014ж.....	89
<b>Труди МА Винховен және т.б.</b> ДДСҰ-ның Европалық балалардың семіздігін қадағалау бастамасы: дене массасының индексі және 2007/2008 және 2009/2010 оқу жылдары арасындағы 6-9 жастағы балалардың артық салмақ деңгейі.....	91
<b>Труди МА Винховен және т.б.</b> ДДСҰ-ның Европалық балалардың семіздігін қадағалау бастамасы: бастауыш мектептеріндегі дененің артық салмағы деңгейі мәнмәтініндегі мектепте тамақтану ортасы.....	92
<b>Л. Лиснер және т.б.</b> Балалардың арасындағы артық салмақ пен семіздіктің әлеуметтік-экономикалық айырмашылықтары: ДДСҰ-ның Европалық балалардың семіздігін қадағалау бастамасына қатысатын бес елдің арасындағы айырмашылық.....	93
<b>К. Борнхорст және т.б.</b> ДДСҰ-ның Европалық балалардың семіздігін қадағалауы 2008: ұйқының ұзақтығы, теледидар қарау уақыты және азық-түлік пайдалану жиілігі арасындағы байланысы.....	94

### **АНА МЕН БАЛАНЫ ҚОРҒАУ**

<b>Т.Т. Тажіханова, Э.Е. Мұхаметова, А.М. Мұсанова</b> Плацентаның жатырға жабысып өсуінің жоғары қаупі бар жүкті әйелдерді қарауды оңтайландыру.....	95
<b>А.Р. Аимбетова, Н.М. Мамедалиева, М.З. Исраилова</b> Жетілмеген жүктіліктің алғашқы триместрі қаупі тобындағы әйелдерде А ингибині мен А активінінің өндірілуі.....	96

**Н.М. Мамедалиева, Т.А. Патсаев** Преэклампсияны болжамдауда эндотелий дисфункциясы маркерлерінің мәні.....104

### **ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРДЫҢ, АИВ/ЖИТС, ТУБЕРКУЛЕЗ, МАСКҮНЕМДІК ПЕН НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ АЛДЫН АЛУ**

**А.Х. Асанова, М. Абдынасыр, А.Н. Жарқынғаева, И.Н. Кідірәлиева, А. Назарбаева** Жалпы дәрігерлік тәжірибе кезіндегі жасөспірімдер туберкулезінің рентгенологиялық диагностикасы.....110

**А. Бекмағанбетова** Туберкулездің алдын алу.....113

**Н.А. Өтегенова, Г.Ж. Еленбаева** Цитомегаловирусты инфекция.....115

**М. Асқаров, Т.Т. Тажиханова, Т.П. Заховайко** Жүктілер арасында туберкулездің алдыналу.....118

**Б.М. Испулова** Антибиотикпен емдеу кезінде ішек микрофлорасын түзету.....121

### **КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ЭКСПЕРИМЕНТТІК МЕДИЦИНА**

**У.К. Домбаева, А.М. Қосбергенова, Ф.М. Момбекова, А.О. Оразбаева, М.М. Усенбаев** Эритроциттердің тұну жылдамдығы кезінде лабораториялық диагностикадағы диагностикалық алгоритмдік модул.....124

**М. Абетова, М. Жұмаділов, Ж. Ережепов, Г. Нұртазаева, А. Имадиев** Лейкоцитоз кезінде лабораториялық диагностикада диагностикалық іздеу алгоритмі.....126

### **ТӘЖІРИБЕЛІК ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ**

**Г.Б. Айетова, Ж.Н. Ережеп, М. Нұрболат, Б.М. Орақбаева, А.Б. Түлегенова, А.М. Шыңғысбаева** Қарт адамдардағы артериялық гипертонияны емдеу.....129

**Г. Абілді, И. Ашірбаева, А. Қанатбекқызы, Д. Садықова, Ж. Тұрысмағанбетова** Вегенер гранулематозының морфологиялық аспектілері (әдебиетке шолу).....131

**Т. Абішева, М. Досжан, Б. Бахитжанұлы, Е. Рай, Н. Сүлейменов** Жедел және созылмалы бронхит.....134

**К.У. Көпжасарова, Ж. Даниярбекқызы, Н.С. Серікбаев, О.П. Ұзғанбаев, Б.М. Сапар** Жалпы дәрігерлік тәжірибе жұмысында диастолалық шу кезіндегі диагностикалық алгоритмдік тәсілдеме.....137

**Ж.К. Мұстафаева** Колоноскопия мен эндоскопиялық полипэктомияға әзірлік кезінде Фортранс препаратын қолдану.....139

<b>М.Б. Жайлханова, А.А. Кәрімбаева, Н.А. Кәрімбаева, У.А. Сырлыбаева, А.Б. Шайлаева</b> Өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен ауыратын науқастарды емдеудің тиімділігін бағалау.....	141
---	-----

## СОДЕРЖАНИЕ

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

<b>Ж.Е. Баттакова, Г.Ж. Токмурзиева, Т.П. Палтушева</b> Распространенность пассивного курения в различных общественных местах г. Алматы и Алматинской области.....	11
<b>Ж.Е. Баттакова, Т.С. Хайдарова</b> Мониторинг и сравнительный анализ показателей образа жизни населения и распространенности факторов риска развития неинфекционных заболеваний среди населения РК.....	19
<b>Н.А. Сулейманова</b> Симуляционное обучение - инновационное направление профилактической медицины.....	26
<b>Н.Т. Утембаева</b> Графические предупреждения о вреде курения на пачках табачных изделий - эффективное мероприятие в борьбе против табака.....	28
<b>К.Т. Мырзахметов, Ж.А. Калмакова</b> Результаты социологического исследования по проблемам алкоголизма и табакокурения населения кызылординской области.....	34

### ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. СОВРЕМЕННЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ И ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА УРОВНЕ ПМСП

<b>Т.С. Хайдарова</b> Профилактика заболеваний репродуктивной системы мужчин, связанных с табакокурением.....	40
<b>Т.К. Сайдамарова</b> Результаты скрининговых осмотров и выявление поведенческих факторов риска в Республике Казахстане.....	45
<b>А. Бекбаева, А. Ботымбаева, К. Кенжебек, А. Колдейбаев, Ж. Утебаева</b> Артериальная гипертензия в общеврачебной практике. Принципы различных видов профилактики и лечения.....	48
<b>М. Курманов, Е. Наконечникова</b> Результаты психологического тестирования молодежи с помощью универсального психо-диагностического комплекса «Ак-Сункар».....	52
<b>Л.В. Лим, М.Н. Шарипова, С.Н. Нургазаева, А.Т. Нурханова, З.А. Каирбекова</b> Профилактические осмотры детей - основа здорового развития общества.....	54
<b>А.Ш. Балтаева</b> Профилактика неинфекционных заболеваний.....	58

<b>Г.Р. Сулейменова, Г. Дуйсенбаева</b> Мониторинг и оценка культуры питания жителей г. Алматы .....	61
<b>К.К. Ибрагимова, Д. Касымкызы, Н.К. Сапахов, Ф.Н. Темирбекова, А.С. Хасетова</b> Особенности течения и профилактика бронхиальной астмы у подростков.....	64
<b>Ж.А. Жанибекова, А.А. Иманбаева, М.А. Исаева, У.А. Саулебекова, С.А. Утигенов</b> Профилактика и лечение бронхиальной астмы.....	68
<b>С.А. Назарова, Ж.А. Калмакова</b> Результаты социологического исследования информированности населения о скрининге.....	70

## ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

<b>Н.С. Ахильбеков, Г.Х. Нурутдинова, Л.В. Бюрабекова, Д.Р. Джулсаитова</b> Итоги деятельности службы санитарной авиации Республики Казахстан в 2013 году.....	75
<b>Ж.А. Калмакова</b> Влияние аварийного и штатного падения комплектующих частей ракет на состояние здоровья населения.....	79
<b>А.Б. Мансурова</b> Подходы к обеспечению непрерывного профессионального развития .....	84

## НОВОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

7 Встреча ВОЗ по Инициативе Наблюдения за Европейским Детским Ожирением, Афины, Греция, 27-28 Марта 2014 г.....	89
<b>Труди МА Винховен и др.</b> Инициатива наблюдения ВОЗ за европейским детским ожирением: индекс массы тела и уровень избыточного веса 6-9-летних детей среди учебного года 2007/2008 и 2009/2010.....	91
<b>Труди МА Винховен и др.</b> Инициатива наблюдения ВОЗ за европейским детским ожирением: среда школьного питания в контексте уровня избыточного веса в начальных школах.....	92
<b>Л. Лиснер и др.</b> Социально-экономические различия в избыточном весе и ожирении среди детей: различие среди пяти стран, участвующих в инициативе наблюдения ВОЗ за европейским детским ожирением.....	93
<b>К. Борнхорст и др.</b> Наблюдение ВОЗ за европейским детским ожирением 2008: связь между продолжительностью сна, временем просмотра ТВ и частотой потребления продуктов питания.....	94

## ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

- Т.Т. Тажиханова, Э.Е. Мухаметова, А.М. Мусанова** Оптимизация ведения беременных с высоким риском приращения плаценты.....95
- А.Р. Аимбетова, Н.М. Мамедалиева, М.З. Исраилова** Выработка ингибина А и активина А у женщин группы риска с неразвивающейся беременностью первого триместра .....98
- Н.М. Мамедалиева, Т.А. Патсаев** Значение маркеров дисфункции эндотелия в прогнозировании преэклампсии.....104

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

- А.Х. Асанова, М. Абдынасыр, А.Н. Жаркинтаева, И.Н. Кидралиева, А. Назарбаева** Рентгенологическая диагностика туберкулеза у подростков в общей врачебной практике.....110
- А. Бекмаганбетова** Профилактика туберкулеза.....113
- Н.А. Утегенова, Г.Ж. Еленбаева** Цитомегаловирусная инфекция.....115
- М. Аскарров, Т.Т. Тажиханова, Т.П. Заховайко** Профилактика туберкулеза среди беременных.....118
- Б.М. Испулова** Коррекция кишечной микрофлоры при антибиотикотерапии.....121

## КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

- У.К. Домбаева, А.М. Косбергенова, Ф.М. Момбекова, А.О. Оразбаева, М.М. Усенбаев** Диагностический алгоритмический модуль в лабораторной диагностике при повышении СОЭ.....124
- М. Абетова, М. Джумадилов, Ж. Ережепов, Г. Нургазаева, А. Имадиев** Алгоритм диагностического поиска в лабораторной диагностике при лейкоцитозе.....126

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- Г.Б. Айетова, Ж.Н. Ережеп, М. Нурболат, Б.М. Оракбаева, А.Б. Тулегенова, А.М. Шынгысбаева** Лечение артериальной гипертонии у пожилых .....129
- Г. Абильда, И. Аширбаева, А. Канатбеккызы, Д. Садыкова, Ж. Турысмаганбетова** Морфологические аспекты Гранулематоза Вегенера (обзор литературы).....131
- Т. Абишева, М. Досжан, Б. Бахитжанулы, Е. Рай, Н. Сулейменов** Острый и хронический бронхит .....134
- К.У. Копжасарова, Ж. Даниярбеккызы, Н.С. Серикбаев, О.П. Узганбаев, Б.М. Сапар** Диагностический алгоритмический подход при диастолических шумах в работе врачей общей практики.....137

<b>Ж.К. Мустафаева</b> Применение препарата Фортранс в подготовке к колоноскопии и эндоскопической полипэктомии.....	139
<b>М.Б. Жайлханова, А.А. Каримбаева, Н.А. Каримбаева, У.А. Сырлыбаева, А.Б. Шайлаева</b> Оценка эффективности лечения больных с хронической обструктивной болезнью легких .....	141

## CONTENTS

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

<b>Zh.E. Battakova, G.Zh. Tokmurzieva, T.P. Paltusheva</b> The prevalence of passive smoking in various public places in Almaty and Almaty region.....	11
<b>Zh.E. Battakova, T.S. Khaidarova</b> Monitoring and comparative analysis of population's lifestyle indexes and prevalence of risk factors for non-communicable diseases among the population of the Republic of Kazakhstan.....	19
<b>N.A. Suleimanova</b> Simulation training - an innovative direction of preventive medicine.....	26
<b>N.T. Utembaeva</b> Graphic warnings on tobacco packages - effective action in the fight against tobacco .....	28
<b>K.T. Myrzakhmetov, Zh.A. Kalmakova</b> Results of sociological research on alcoholism and smoking of population in Kyzylorda region.....	34

### PRIMARY AND SECONDARY PREVENTION OF THE MOST COMMON NONCOMMUNICABLE DISEASES. MODERN INNOVATIVE MODELS AND TECHNOLOGIES FOR DEVELOPING HEALTHY LIFESTYLES IN PHC

<b>T.S. Khaidarova</b> Prevention of tobacco-related diseases of the reproductive system of males .....	40
<b>T.K. Saidamarova</b> The results of screening revision and identification of behavioral risk factors in the Republic of Kazakhstan.....	45
<b>A. Bekbaeva, A. Botymbaeva, K. Kenzhebek, A. Koldeibaev, Zh. Utebaeva</b> Hypertension in general practice. The principles of various prevention and treatment.....	48
<b>M. Kurmanov, E. Nakonechnikova</b> Results of psychological testing of young people by dint of the universal psycho-diagnostic complex «Ak-Sunkar».....	52
<b>L.V. Lim, M.N. Sharipova, S.N. Nurtazaeva, A.T. Nurkhanova, Z.A. Kairbekova</b> Preventive revisions of children - foundation of a healthy development of society.....	54
<b>A.Sh. Baltaeva</b> Prevention of non-communicable diseases.....	58

<b>G.R. Suleimenova, G. Duisenbaeva</b> Monitoring and evaluation of food culture of residents of the Almaty city.....	61
<b>K.K. Ibragimova, D. Kasymkyzy, N.K. Sapakhov, F.N. Temirbekova, A.S. Hasetova</b> Features of process and prevention of bronchial asthma in adolescents.....	64
<b>Zh.A. Zhanibekova, A.A. Imanbaeva, M.A. Isaeva, U.A. Saulebekova, S.A. Utigenov</b> Prevention and treatment of bronchial asthma.....	68
<b>S.A. Nazarova, Zh.A. Kalmakova</b> Results of sociological research of informing the public about screening.....	70

## PUBLIC HEALTH

<b>N.S. Akhilbekov, G.H. Nurutdinova, L.V. Byurabekova, D.R. Djulsaitova</b> Results of activity of the air ambulance service of the Republic of Kazakhstan in 2013 year.....	75
<b>Zh.A. Kalmakova</b> Influence of emergency and staff falling of the rockets' component parts on the health population condition.....	79
<b>A.B. Mansurova</b> Approaches to ensure continuous professional development.....	84

## MEDICAL SCIENCE NEWS

7 Meeting on the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative, Athens, Greece, 27-28 March 2014.....	89
<b>Trudy MA Wijnhoven, Joop MA van Raaij, et al.</b> WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: body mass index and level of overweight among 6-9-year-old children from school year 2007/2008 to school year 2009/2010.....	91
<b>Trudy MA Wijnhoven, Joop MA van Raaij, et al.</b> WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative: school nutrition environment in relation to level of overweight at the same primary schools.....	92
<b>L. Lissner, Trudy MA Wijnhoven, et al.</b> The socioeconomic gradient in childhood overweight and obesity: diversity across five countries participating in the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative.....	93
<b>C. Bornhorst, Trudy MA Wijnhoven, et al.</b> WHO European Childhood Obesity Surveillance 2008: associations between sleep duration, screen time and food consumption frequencies.....	94

## MATERNAL AND CHILDHOOD PROTECTION

<b>T.T. Tazhikhanova, E.E. Mukhametova, A.M. Musanova</b> Optimization of pregnant women with a high risk of placenta accrete.....	95
<b>A.R. Aimbetova, N.M. Mamedalieva, M.Z. Israilova</b> Development of inhibin A and activin A in women at risk of developing pregnancy with first-trimester.....	98

**N.M. Mamedalieva, T.A. Patsaev** Value of markers of endothelial dysfunction in predicting pre-ec  
lampsia.....104

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

**A.H. Asanova, M. Abdynasyr, A.N. Zharkintaeva, I.N. Kidralieva, A. Nazarbaeva** Radiological  
diagnosis of tuberculosis in adolescents in general practice.....110

**A. Bekmaganbetova** Prevention of tuberculosis.....113

**N.A. Utegenova, G.Zh. Elenbaeva** Cytomegalovirus infection.....115

**M. Askarov, T.T. Tazhikhanova, T.P. Zakhovaiko** Prevention of tuberculosis among pregnant ...  
.....118

**B.M. Ispulova** Correction of intestinal microflora in antibiotic therapy.....121

**CLINICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE**

**U.K. Dombaeva, A.M. Kosbergenova, F.M. Mombekova, A.O. Orazbaeva, M.M. Usenbaev**  
Diagnostic algorithmic module in laboratory diagnosis with increasing ESR.....124

**M. Abetova, M. Djumadilov, Zh. Erezhepov, G. Nurtazaeva A. Imadiev** Diagnostic search  
algorithm in laboratory diagnosis with leukocytosis.....126

**PRACTICAL HEALTHCARE**

**G.B. Aietova, Zh.N. Erezhep, M. Nurbolat, B.M. Orakbaeva, A.B. Tulegenova,  
A.M. Shyngysbaeva** Treatment of hypertension in the elderly.....129

**G. Abilda, I. Ashirbaeva, A. Kanatbekkyzy, D. Sadykova, Zh. Turysmaganbetova** Morphological  
aspects of Wegener's Granulomatosis (literature review).....131

**T. Abisheva, M. Doszhan, B. Bakhytzhanyly, E. Rai, N. Suleimenov** Acute and chronic bronchitis  
.....134

**K.U. Kopzhasarova, Zh. Daniyarbekkyzy, N.S. Serikbaev, O.P. Uzganbaev, B.M. Sapar**  
Diagnostic algorithmic approach with diastolic noise in the work of general practitioners.....137

**Zh.K. Mustafaeva** Use of the drug Fortrans in preparation for colonoscopy and endoscopic polyp-  
ectomy.....139

**M.B. Zhailkhanova, A.A. Karimbaeva, N.A. Karimbaeva, U.A. Syrlybaeva, A.B. Shailaeva**  
Evaluating the effectiveness of treatment of patients with chronic obstructive pulmonary disease ...  
.....141

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

---

УДК 613.84-052-036(574-25+574.51)

**Ж.Е. БАТТАКОВА, Г.Ж. ТОКМУРЗИЕВА, Т.П. ПАЛТУШЕВА**

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

**РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ  
ПАССИВНОГО КУРЕНИЯ В РАЗЛИЧНЫХ ОБЩЕСТВЕННЫХ МЕСТАХ  
г. АЛМАТЫ И АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Аннотация**

В статье дана характеристика выборке респондентов, изложены данные о распространенности пассивного курения в жилых помещениях и различных общественных местах, а также отношения населения к пассивному курению.

**Ключевые слова:** пассивное курение, распространенность, домохозяйства, респонденты.

**Актуальность.** Всем известно, что курение табака вредит здоровью, но далеко не все осознают, что пассивное курение приносит такой же, как и активное курение, вред здоровью. Пассивный курильщик, это человек находящийся в помещении с активным курильщиком или курильщиками и вдыхающий вместе с окружающим воздухом содержащиеся в нём продукты курения табака. Т.е. вдыхание чужого сигаретного дыма называется пассивным или непреднамеренным курением [1].

Как это ни парадоксально, в окружающий курильщика воздух попадает токсических компонентов во много раз больше, чем в организм самого курильщика. Именно это обстоятельство обуславливает особую опасность пассивного или «принудительного» курения для окружающих.

При этом люди, вдыхающие дым, страдают даже больше, чем сам курильщик, проще говоря - пассивное курение вреднее активного. Связано это в первую очередь с тем, что при курении в организм курильщика дым попадает частично фильтрованным, причем происходит это порционно. Пассивный же курильщик постоянно и в полном объеме

вдыхает вредные вещества, содержащиеся в табачном дыме [2].

Так, по данным исследований пассивный курильщик, находящийся в помещении с активными курильщиками в течение одного часа, получает порцию табачного дыма, которая равносильна выкуриванию половины сигареты. Установлено, что 35-40% сигаретного табака в сигаретах с фильтрами сгорает во время затяжек курящего, а остальная часть (60-65%) – сгорает во время тления между затяжками. Именно эти (60-65%) проценты активный курильщик и делит с присутствующим или присутствующими, пассивными курильщиками [2].

Пассивное курение формирует ту же патологию, что и активное, поэтому пассивные курильщики имеют, в равной степени, риск заболеть такими же болезнями, как и активные курильщики и это, в первую очередь, болезни органов дыхания, болезни сердечно-сосудистой системы, рак легких [3].

Еще недавно никотин считали самым токсическим веществом табачного дыма, но в результате более точных исследований установлено, что по токсичности радиоактивные

изотопы табачного дыма превышают никотин. Человек, выкуривающий пачку сигарет в день, получает дозу радиации в 3.5 раза большую, чем биологически допустимая. Те же 20 сигарет (пачка) в день дают такую же дозу радиации, как 200 рентгеновских снимков. Радиоактивные изотопы имеют коварное свойство накапливаться в организме, в связи с чем радиоактивный фон организма курящего в 30 раз выше, чем у некурящего.

При вдыхании табачного дыма радиоактивные частицы оседают глубоко в легких, разносятся током крови по организму, оседая в тканях печени, поджелудочной железы, лимфатических узлах, костном мозге и т.д. [4].

Защитные меры, принимаемые организмом для восстановления гомеостаза, позволяют лишь частично удалить радиоактивные вещества, как и некоторые другие, но курение сигарет «одна за одной» или пребывание в накуренном помещении - пассивное курение - сводят эти усилия к нулю.

За последние 25 лет в США было опубликовано более 50 исследований по вопросу о пассивном курении как факторе риска рака легких среди некурящих. Результатом, большинства проведенных исследований, был вывод о повышенном риске появления рака легких, особенно у людей, постоянно пребывающих среди курильщиков [4].

По данным тех же исследований выявлено, что пассивное курение приводит к 200 тысячам смертей в год только на рабочих местах (это примерно 14% всех профессиональных заболеваний в мире). Особенно страдают работники сферы развлечений, у которых пассивное курение является причиной рака легких в 2,8% случаев.

В связи с изложенным, исследование распространенности пассивного курения, как и исследование распространенности табакокурения среди населения нашей страны, является весьма актуальным.

Целью проведенного исследования было

определение уровня распространенности пассивного курения среди населения г. Алматы и Алматинской области, а также отношение населения проживающего на упомянутых территориях к пассивному курению. Материал и методы. Целевую выборочную группу составили мужчины и женщины в возрасте от 15 лет и старше, проживающие в г.Алматы и Алматинской области, считающие их основным местом проживания. Формирование выборочной совокупности было основано на отборе домашних хозяйств на территории г.Алматы и Алматинской области. Из исследования были исключены: общежития, школы-интернаты, детские дома и дома престарелых, дачи и летние садовые домики, спортивные и туристические базы, мотели и санатории, дома отдыха, больницы, пансионаты, гостиницы, и другие строения, предназначенные для отдыха, а также сезонного и временного проживания. В основе формирования выборочной совокупности была использована 4-х этапная стратифицированная кластерная методика выборки домашних хозяйств, где источником являлся статистический регистр жилищного фонда. На первом этапе были выбраны территориальные сегменты. На втором этапе выполнена систематическая выборка счетных участков из территориальных сегментов. На третьем этапе были отобраны домашние хозяйства из каждого выбранного счетного участка. На последнем этапе для участия в индивидуальном опросе методом случайной выборки были отобраны по одному респонденту из каждого, отвечающего требованиям, домашнего хозяйства. Было отобрано по 60 домохозяйств, которые были рандомизированы для получения приблизительно равного количества городского и сельского населения женского и мужского пола [5].

Инструментом исследования, была использована адаптированная к национальным, региональным особенностям стандартная международная анкета ВОЗ по Глобальному

опросу об употреблении табака среди взрослого населения [6].

Характеристика выборки. Как было упомянуто выше, всего было исследовано 120 домохозяйств, из которых - 60 домохозяйств г. Алматы и 60 домохозяйств Алматинской области. Анализ полученных, в результате опроса, данных показал, что по г. Алматы и Алматинской области респонденты были в равном количестве по полу и возрасту. По национальной принадлежности, подавляющее число респондентов были представлены лицами казахской национальности 86,2% по

г. Алматы и 83,3% по Алматинской области, вторыми по численности были русские 13,8% и 10,0% соответственно, очень небольшую часть представили лица другой национальности (3,4%) – это киргизы, азербайджанцы. Семейное положение респондентов г. Алматы в 64,3% случаев представлены состоящими в браке, и 35,7% не состоящими в браке, по Алматинской области их соотношение примерно одинаковое 56,7% и 43,3% соответственно. Анализ уровня образования респондентов г. Алматы и Алматинской области представлен на рисунке 1.



Рисунок 1 – Уровень образования (в %-тах)

Как видно из рисунка 1, в г. Алматы, подавляющее большинство респондентов имели высшее, незаконченное высшее и послевузовское образование (71,4%), на втором месте респонденты, не имеющие формального образования (14,3%), на третьем месте респонденты с начальным (7,1%) и средним (7,1%) образованием. В Алматинской области практически все респонденты (100%) имели официальное образование, в т.ч. высшее, незаконченное высшее и послевузов с концами по г. Алматы выявлен у 9,1% респондентов и у 3,7% респондентов Алматинской области.

ское образование - 62,3%, среднее и среднее-специальное - 37,7%.

По уровню занятости, практически все респонденты г. Алматы и Алматинской области были заняты работой или учебой. На вопрос о доходах семьи (рисунок 2), подавляющее большинство респондентов, 86,4% по г. Алматы и 92,6% по Алматинской области, ответили, что доход на момент опроса позволяет жить комфортно, хватает на полноценное питание, и покупку необходимых вещей. Доход, который не позволяет сводить концы.



Рисунок 2 – Уровень доходов домохозяйств (в %-тах)

### Распространенность пассивного курения в различных общественных местах.

В Казахстане запрещено курение на рабочих местах, в городском и пригородном общественном транспорте, закрытых спортивных и рабочих сооружениях, организациях здравоохранения и культуры, на территориях и помещениях учебных заведений, в помещениях занимаемых органами государственной власти, за исключением специально отведенных для курения табака, мест (Статья 159 «Профилактика и ограничение табакокурения, алкоголизма» Кодекса о здоровье народа и системе здравоохранения). Тем не менее, в исследовании домохозяйств, были включены вопросы, касающиеся пассивного курения, в т.ч. отношения населения к пассивному курению и подверженность респондентов пассивному курению. Анализ подверженности пассивному курению проведен в разрезе мест проживания, работы, отдыха и развлечений.

Анализ данных среди взрослых подвергавшихся пассивному курению в домашних условиях показал, что у большинства респондентов г.Алматы (72,7%) курение дома запрещено, причем запрещено курение во всех комнатах. Пассивному курению в домашних условиях подвержены 27,3% респондентов г. Алматы, ответивших, что курение в доме допускается.

В Алматинской области 54,2% респондентов ответили, что курение дома во всех комнатах запрещено, 20,8% респондентов сообщили, что курение дома разрешается, но с некоторыми ограничениями и в 12,5% случаев курение в доме разрешено, при этом в 70,0% случаев курят дома ежедневно и в 30% случаев курят ежемесячно.

Удельный вес респондентов работающих, на период опроса, в закрытых помещениях по г.Алматы составил 45,5%, по Алматинской области -82,4%, на открытом воздухе работали 18,2% респондентов г.Алматы и 17,6% - в Алматинской области. В г.Алматы 36,4% респондентов сообщили, что сочетают работу в закрытом помещении и на воздухе. Анализ данных по пассивному курению по месту работы показал, что в г.Алматы в 50,0% и по Алматинской области в 57,1% случаев в организациях разрешается курение в специально отведенных местах. Запрещено курение по всему помещению в 40,0% случаев по г.Алматы и в 42,9% случаев по Алматинской области. В 10,0% организаций г.Алматы по курению нет никаких специальных распоряжений, выбор курить или не курить свободный.

На вопрос, в течение 30 прошедших дней курил ли кто-нибудь в помещении, где вы работаете? Ответы респондентов распредели-

лись следующим образом: «Да, курил» ответили 40,0% респондентов г.Алматы и 14,3% по Алматинской области. Во всех остальных случаях, в течение 30 прошедших дней, в помещениях, где работают респонденты, никто не курил.

Распространенность пассивного курения по месту работы наблюдается как по г.Алматы (40,0%), так и Алматинской области (14,3%). При этом, распространённость пассивного курения по месту работы у респондентов г.Алматы в 2,8 раза больше, чем у респондентов Алматинской области.

В течение прошедших, до опроса, 30 дней, государственные организации посещали 64,7% респондентов г.Алматы и 54,5% респондентов Алматинской области. При посещении государственных организаций в присутствии опрошенных респондентов курили в 53,3% случаев в государственных организациях г.Алматы и в 14,3% - в государственных организациях Алматинской области.

В помещениях занимаемых государственными организациями как в г. Алматы так и Алматинской области - курят, при этом в государственных организациях г. Алматы курят в 3,7 раза больше, чем в Алматинской области.

Негосударственные предприятия по месту жительства, за 30 прошедших дней до опроса, посещали 62,5% респондентов г.Алматы и 41,7% респондентов Алматинской области. При посещении негосударственных предприятий, в здании, где располагалось частное предприятие, в присутствии респондентов курили в г.Алматы в 28,6% случаев, в Алматинской области в 20,0% случаев.

Анализ данных распространности пассивного курения в колледжах и университетах показал, что за прошедшие, до опроса, 30 дней, колледжи или университеты, посещали 5,9% респондентов г. Алматы и 39,10% респондентов Алматинской области. В зданиях этих учебных заведений, в присутствии

респондентов курили в 8,3% случаев в г. Алматы и в 25,0% случаев в Алматинской области.

Как видно из полученных данных, законодательство о запрете курения в колледжах и университетах не выполняется как в г. Алматы, так и Алматинской области, при этом законодательство о запрете курения нарушается в учебных заведениях Алматинской области в 3 раза чаще, чем в этих же организациях г.Алматы.

Анализ данных опроса среди школьников показал, что в течение последних 30 дней до опроса, школы посетили 11,1% респондентов г.Алматы и 44,0% - Алматинской области, которые ответили, что в их присутствии в помещении школ курили, в 28,8% случаев в г.Алматы и в 16,7% случаев в Алматинской области.

Анализ распространности пассивного курения в организациях здравоохранения выявил, что в течение 30 прошедших дней до опроса, организации здравоохранения посещали 30,0% респондентов г.Алматы и 41,7% - Алматинской области. В присутствии респондентов, в помещении организаций здравоохранения, курили в 18,8% случаев по г. Алматы и в 25,0% - по Алматинской области (рисунок 3).

В организациях здравоохранения как г. Алматы, так и Алматинской области, где должна быть обеспечена 100% защита от пассивного курения, не выполняется полностью законодательство о запрете курения, и воздействию табачного дыма подвергаются как работники организаций, так и пациенты.

В ресторанах и столовых за 30 прошедших дней до опроса, побывали 44,4% респондентов г. Алматы и 69,2% Алматинской области. В присутствии респондентов курили в ресторанах и столовых г. Алматы в 35,3% случаев и в 22,2% случаев в Алматинской области.

Результаты опроса позволяют сделать вывод, что законодательство о запрете курения не

соблюдается в каждом третьем ресторане и столовой в г.Алматы и в каждом четвертом - в Алматинской области. При этом нарушение законодательства о запрете курения в ресторанах и столовых г.Алматы выявлено в 1,6 раза чаще, чем в ресторанах и столовых Алматинской области.

Анализ распространенности пассивного курения в барах и ночных клубах показал, что ночные клубы и бары за 30 прошедших до опроса дней посетили 25,0% респондентов г.Алматы и 42,3% респондентов Алматинской области. В присутствии респондентов в барах и ночных клубах курили в 46,7% случаев в г.Алматы и 66,7% случаев в Алматинской области (рисунок 3). Бары и ночные клубы являются местом, где курение является одним из составляющих времяпровождения молодежи, и соответственно в них законодательство о запрете курения не выполняется от 1,5 до 2-х раз чаще, чем во всех других вышеупомянутых общественных государственных и частных организациях.

Аналогичные результаты выявлены при анализе распространенности пассивного курения в кафе и кафетериях. Так, кафе и кафетерии, за прошедшие 30 дней до опроса, посетили 36,8% респондентов г. Алматы и

72,4% респондентов Алматинской области. В присутствии респондентов курили в г. Алматы в 22,2% случаев, и в Алматинской области в 31,8% случаев. Законодательство о запрете курения придерживаются не во всех кафе и кафетериях как г.Алматы, так и Алматинской области, при этом в кафе и кафетериях Алматинской области запрет о курении нарушается в 1,4 раза чаще, чем в г. Алматы. Распространенность пассивного курения в общественном транспорте представлена следующим образом. Услугами общественного транспорта в течение 30 прошедших дней до опроса пользовались 26,3% респондентов г.Алматы и 81,5% респондентов Алматинской области. По данным опроса в общественном транспорте курили в присутствии респондентов в 21,4% случаев в г.Алматы и в 45,5% случаев в Алматинской области (рисунок 3). И в этом случае законодательство о запрете курения, как в городском, так и пригородном общественном транспорте не выполняется полностью как в г.Алматы, так и в Алматинской области. В Алматинской области не выполняется законодательство о запрете курения в общественном транспорте в 2 раза чаще, чем в г. Алматы.

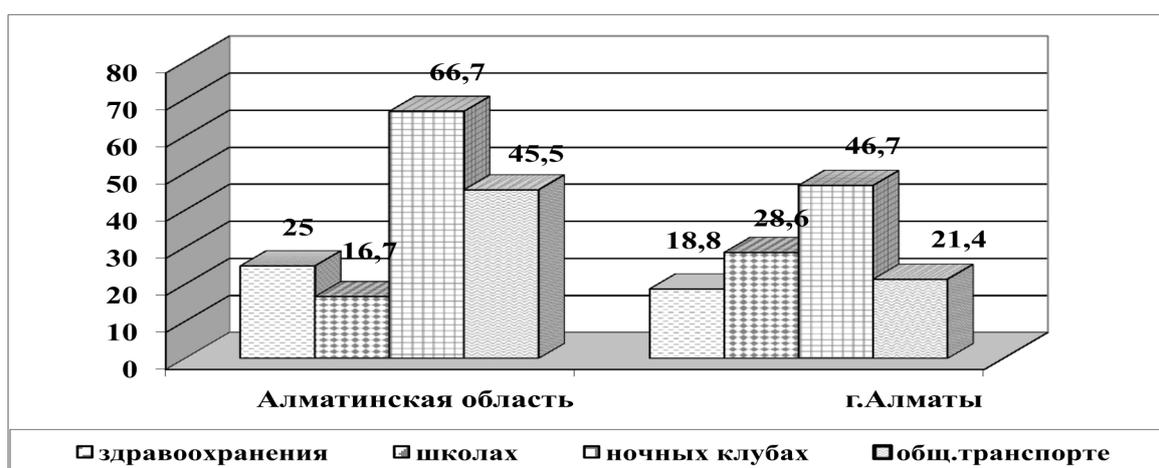


Рисунок 3 - Распространенность пассивного курения в помещениях организаций здравоохранения, школах, барах и ночных клубах, общественном транспорте

По данным результатов опроса выявлено, что большинство респондентов г.Алматы и Алматинской области информированы о вреде курения, в том числе и о вреде пассивного курения. Так, вдыхание табачного дыма вызывает серьезные заболевания у некурящих, считают 63,2% респондентов г.Алматы и 89,7% респондентов Алматинской области. Соответственно считают, что курение не оказывает вредного влияния на организм некурящих 26,3% респондентов г.Алматы и 6,9% респондентов Алматинской области. Статистический анализ данных подтвердил, что респонденты Алматинской области достоверно больше информированы о вредном воздействии табачного дыма на организм некурящих, чем респонденты г.Алматы ( $p < 0,001$ ).

Обсуждение. Опрос взрослого населения о потреблении табака продемонстрировал, что почти 50,0% работников г.Алматы и 14,3% Алматинской области подвергаются воздействию табачного дыма на рабочем месте в закрытых помещениях. Более 46,7% взрослого населения г.Алматы и более 66,7% 21,4% взрослого населения г.Алматы и 45,5% -Алматинской области подвергались пассивному курению в общественном транспорте. В колледжах и университетах пассивному курению подвергались 8,3% респондентов г. Алматы и 25,0% Алматинской области.

Среди мест, где должна быть 100% защита от пассивного курения – это организации здравоохранения и школы, выявлено, что в 18,8% случаев в г.Алматы и 25,0% Алматинской области, респонденты подвергались пассивному курению, при посещении организаций здравоохранения, и в 28,0% случаев в г.Алматы и 16,7% Алматинской области пассивному курению подвергались при посещении школ.

27,3% респондентов г.Алматы и 33,3% Алматинской области подвергаются пассивному курению в домашних условиях. И если учесть, что в среднем в каждом посещенном домохозяйстве г.Алматы проживает по 2 че-

-ловека, а в Алматинской области по 3-4 и более, то число лиц подвергающихся пассивному курению увеличивается от 2-х до 4-х 21,4% взрослого населения г.Алматы и 45,5% -Алматинской области подвергались пассивному курению в общественном транспорте. В колледжах и университетах пассивному курению подвергались 8,3% респондентов г. Алматы и 25,0% Алматинской области.

Среди мест, где должна быть 100% защита от пассивного курения – это организации здравоохранения и школы, выявлено, что в 18,8% случаев в г.Алматы и 25,0% Алматинской области, респонденты подвергались пассивному курению, при посещении организаций здравоохранения, и в 28,0% случаев в г.Алматы и 16,7% Алматинской области пассивному курению подвергались при посещении школ.

27,3% респондентов г.Алматы и 33,3% Алматинской области подвергаются пассивному курению в домашних условиях. И если учесть, что в среднем в каждом посещенном домохозяйстве г.Алматы проживает по 2 человека, а в Алматинской области по 3-4 и более, то число лиц подвергающихся пассивному курению увеличивается от 2-х до 4-х и более раз, при этом в числе пассивных курильщиков находятся дети разных возрастов.

**Заключение.** Таким образом, пассивное курение достаточно широко распространено как в местах общественного пользования, так и домашних условиях, что является свидетельством того, что курильщики и некурящие не придают особого значения пассивному курению. В связи с этим необходимо усилить меры по защите населения от воздействия табачного дыма исполнением законодательства по борьбе с курением и создания полностью свободных от курения общественных мест.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Обзор за май 2004 г. Международная организация «Табак и Здоровье» (ASH, Велико-

британия). Ссылка в Интернете: <http://www.ash.org.uk/html/passive/html/passive.html>.

2. Черных Н.В. Пассивное курение и его влияние на организм. - Воронежская Государственная медицинская академия им. Н.Н.Бурденко, Воронеж (РФ), 2009. – 116 с.

3. Respiratory health effects of passive smoking: Lung cancer and other disorders// The report of the US Environmental Protection Agency. - 1993. - 169 p.

4. Involuntary Smoking // IARC, 2002. - 87 p.

5. Баттакова Ж.Е., Токмурзиева Г.Ж., Хайдарова Т.С., Палтушева Т.П. «Курение табака. Отказ от курения. Пассивное курение» // Отчет по НТПНЦПФЗОЖ. Алматы, 2013. - С.81-106.

6. Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака // Страновой отчет. Российская Федерация, 2009. – 170 с.

### Түйін

Зерттеудің нәтижелері Алматы қаласы мен Алматы облысының ересек тұрғындары арасында енжар темекі шегудің едәуір кең таралғандығын көрсетті. Енжар темекі шегуге тіпті темекі шегуден 100 % қорғалуы тиіс денсаулық сақтау ұйымы мен жалпы білім беретін мектеп орындары сияқты қоғамдық орталардың ересек

тұрғындары ұшырайтындығы анықталды. Алматы қаласы мен Алматы облысының әрбір төртінші тұрғыны үй жағдайында да енжар темекі шегуге шалдығады. Алматы қаласының үй қожалықтарында кем дегенде 2 адам, Алматы облысында 3-тен 4-ке дейін және одан да көп адам тұратындығын ескеретін болсақ енжарлы темекі шегудің масштабы 2-ден 4 –ке дейін және одан да көбірек жоғарылауы мүмкін және енжарлы темекі шегушілердің қатарына әртүрлі жас топтарындағы балаларда кіреді. Осыған байланысты «Темекі шегуге қарсы күрес және қоғамдық орындарда темекі шегуге тыйым салу туралы» заңының жүзеге асырылуына байланысты халықты темекі түтінінен қорғау шараларын күшейту керек.

### Summary

As a result of conducted research was found that passive smoking is quite common among the adult population in Almaty and Almaty region. Revealed that passive smoking is exposed adult population, even in public places where there should be provided 100% protection, and that the organization of health care and public schools. Every fourth in Almaty and one in three residents of Almaty region

УДК 614.2:616.1/8:304.3:303.1/8(574)

**Ж.Е. БАТТАКОВА, Т.С. ХАЙДАРОВА**

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

**МОНИТОРИНГ И СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОБРАЗА ЖИЗНИ  
НАСЕЛЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ  
НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РК****Аннотация**

В статье приводится сравнительный анализ мониторинга поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний среди населения Казахстана. Анализ показателей мониторинга проведен на основе данных 5 широкомасштабных национальных социологических исследований среди населения по всем регионам Казахстана.

**Ключевые слова:** мониторинг, поведенческие факторы риска, образ жизни.

**Актуальность.** В Казахстане наблюдается высокая заболеваемость и смертность населения от неинфекционных заболеваний, в возникновении которых основную роль играют поведенческие факторы риска, такие как курение, гиподинамия, нерациональное питание, потребление алкоголя, подверженность стрессам.

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК проводит мониторинг образа жизни населения с 1998 по 2012 гг. (первое национальное исследование поведенческих факторов риска заболеваний). Проведение мониторинга и последующий анализ факторов риска являются основой для принятия конкретных профилактических мероприятий и коррекции образа жизни населения [1-5]. Всего проведено 5 широкомасштабных исследований образа жизни населения одновременно по всем областям и городам Алматы и Астана: первое национальное исследование в 1998 г., второе – в 2001 г., третье – в 2004 г., четвертое – в 2007 г., пятое – в 2012 г. [6].

**Методы исследования.** Методология исследования основана на получении достоверных данных, инструмент опроса – анкета – по многим вопросам соответствует

международным опросникам, что позволяет проводить сравнение по показателям образа жизни между национальными исследованиями, а также с аналогичными показателями других стран. Выборка проводилась методом случайного отбора, достоверность данных обусловлена большим числом наблюдений (в каждом исследовании объем выборки составляет 24 000 респондентов, доля ответов составляет более 90%). Объектами исследования были граждане РК в возрасте от 11 лет и старше, население было разделено на 8 возрастных групп, стратификация проводилась по полу, возрасту и месту жительства (городские и сельские жители).

Результаты исследования. Ниже приводятся данные по сравнительному анализу основных показателей образа жизни населения за 14 лет по результатам проведенных широкомасштабных национальных исследований в динамике с 1998 по 2012 гг., приведены показатели распространенности табакокурения, потребления алкоголя, физической активности. При сравнении табакокурения наблюдается небольшое снижение – с 28,0% (1998 г.) до 26,5% в 2012 г. Распространенность потребления алкоголя снизилась значительно – с 55,0% (1998 г.) до 29,5% в 2012 г. Для харак-

теристики физической активности в графике приводится показатель – доля лиц регулярно занимающихся подвижными видами спорта, следует отметить, что данный показатель возрос с 15,3% (1998 г.) до 38,3% в 2012 г.

Таким образом, за 14-летний период мониторинга поведенческих факторов риска можно отметить, что население ведет более

здоровый образ жизни, так как повысилась физическая активность, снизились табакокурение и распространенность потребления алкоголя, что естественно отразилось на увеличении средней продолжительности жизни населения (на 3,22 года), как это показано на рисунке.

### Основные факторы риска образа жизни и попыток его изменения, 1-5 национальные исследования, 1998-2012 гг.

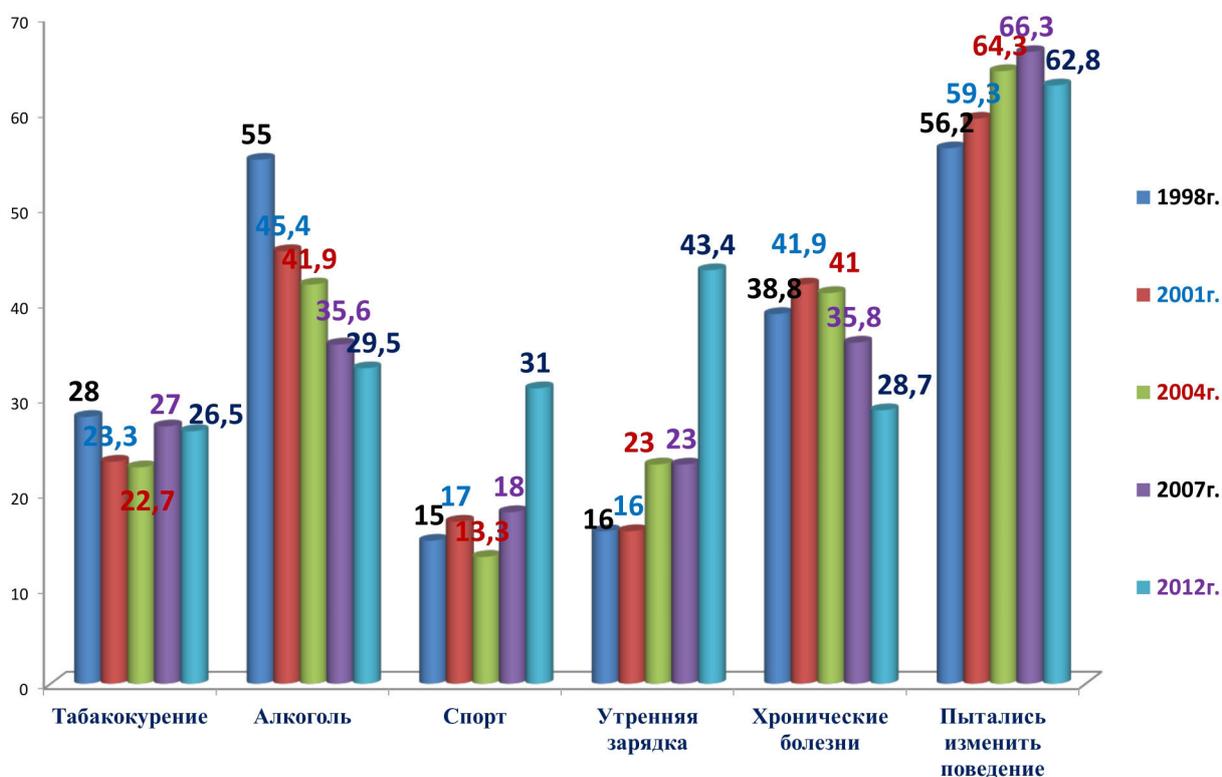


Рисунок 1 - Показатели образа жизни населения Республики Казахстан в динамике (1998-2012 гг.).

Из данных представленных на рисунке 2 видно, что наблюдается небольшой рост курения в целом по РК на 3,8% в сравнении с 3 национальным исследованием, проведенным в 2004 г. (22,7%), а в 2012 г. – 26,5% курящих. Наибольший процент курящих наблюдается в центральном регионе – 30,3%, рост в сравнении с 3 национальным исследо-

ванием (22,7%) составляет 7,9%. В северном регионе доля курящих составила 28,6%, рост на 2,9%. В западном регионе – 22,7%, рост на 2,1%. В южном регионе отмечается рост на 2,8%, доля курящих составила 26,4% против 23,6% в 2004 г. Наблюдается снижение всего на 0,6% в восточном регионе - 28,7%.

Распространенность курения среди городских детей 6,3% (9,8% мальчики и 2,6% девочки), по сельскому региону - 7,1% (9,4% мальчики и 4,9% девочки). Таким образом, распространенность курения среди детей низкая, ниже, чем при 4-ом Националь-

ном исследовании (за 2007 г. курение - дети 9,0%). В городской местности мальчики курят больше девочек в 3,8 раза, а в сельской местности мальчики курят в 2 раза больше, чем девочки.

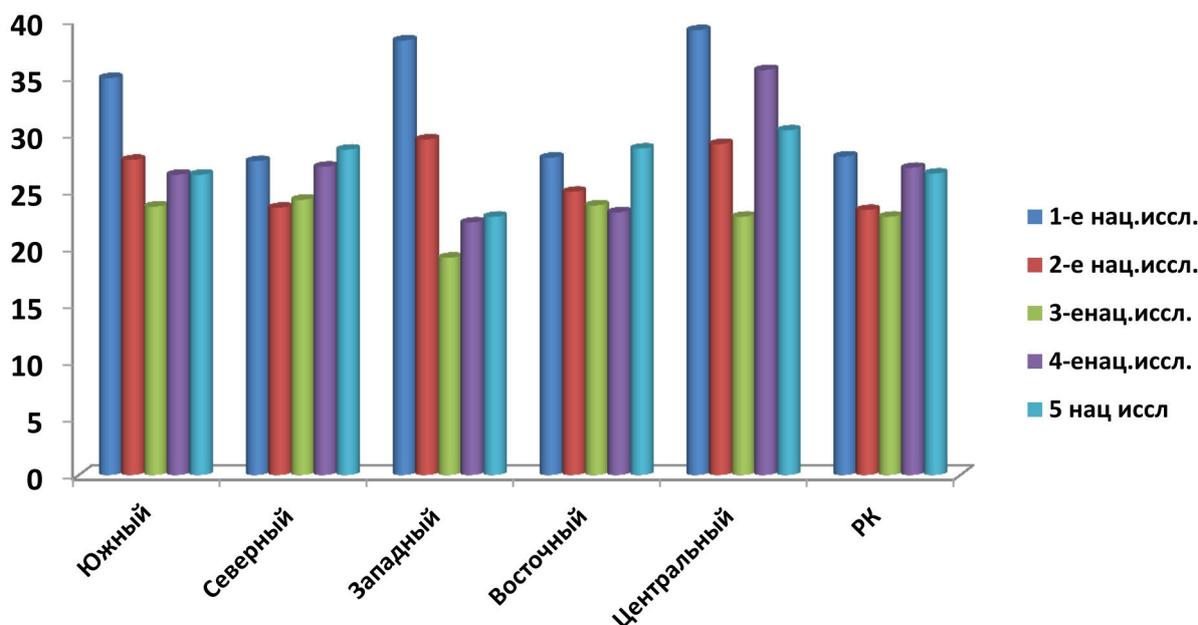


Рисунок 2 - Сравнительные данные по табакокурению 1-5 Национальных исследований по РК и 5 регионам

Таким образом, как показывают данные одномоментных социологических исследований, население РК, несмотря на положительные изменения в образе жизни, продолжают вести нездоровый образ жизни,

среднестатистический человек в РК имеет несколько поведенческих факторов риска, что обуславливают высокую заболеваемость и преждевременную смертность от НИЗ.

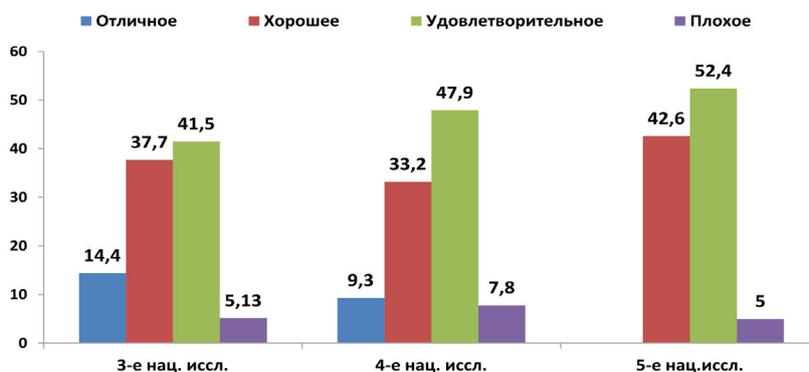


Рисунок 3 - Мониторинг и сравнительный анализ самооценки здоровья респондентами (сравнение результатов 3, 4 и 5 национальных исследований, взрослое население)

Самооценка здоровья как «удовлетворительное» и «хорошее» в 2012 г. (5 национальное исследование) имеет тенденцию к росту на 11,0% и 5,0% соответственно. Несмотря

на хорошую самооценку своего здоровья более 71,2% городских и 71,4% сельских опрошенных указали на наличие хронических заболеваний (2012 г.).

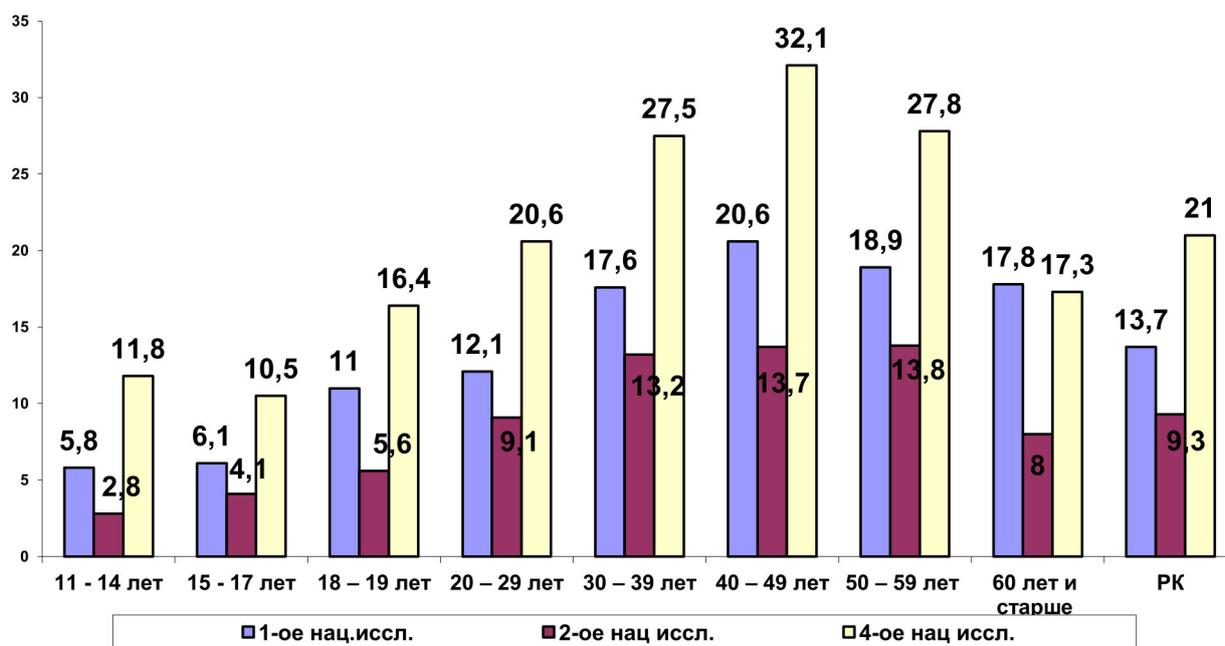


Рисунок 4 - Сравнительный анализ данных социологического опроса 1-4 Национальных исследований по подверженности стрессовым ситуациям (дети и взрослые)

При анализе данных на рисунке 6 можно констатировать возрастание стрессовых ситуаций в целом по РК в сравнении с 1 национальным исследованием на 7,3% и в сравнении со 2-м - возрастание на 9,3%. При анализе по возрастным контингентам отмечается возрастание влияния стрессов на опрошенных по всем 8 исследованным группам, возрастание от 4,4% до 18,4%. Наиболее подвержены стрессам, как показывают результаты 4 нац.исследования, лица в возрасте 40-49 лет (32,1%). Далее идут респонденты, подверженные стрессу, в возрасте

50-59 лет (27,8%), на 3 месте граждане 30-39 лет (27,5%), на 4 месте молодые граждане в возрасте 20-29 лет (20,6%), на 5 месте лица старше 60 лет (17,3%), затем следуют юноши и девушки 18-19 лет (16,4%). Наименее подвержены стрессам дети 11-17 лет (10,5%-11,8%).

Таким образом, анализ данных показывает на возрастание фактора стрессовых ситуаций по всем возрастным контингентам, что отрицательно сказывается на состоянии здоровья населения.

### Анализ распространенности поведенческих факторов риска среди детей по данным 5 национального исследования (2012 г).

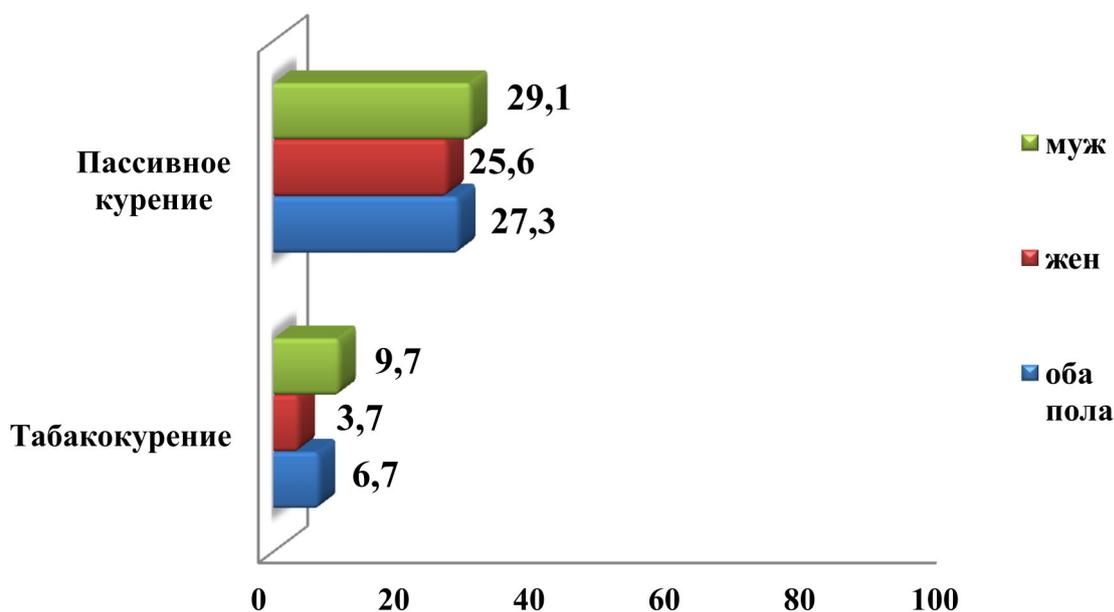


Рисунок 5 - Распространенность табакокурения среди детей и подростков РК, 2012 (%)

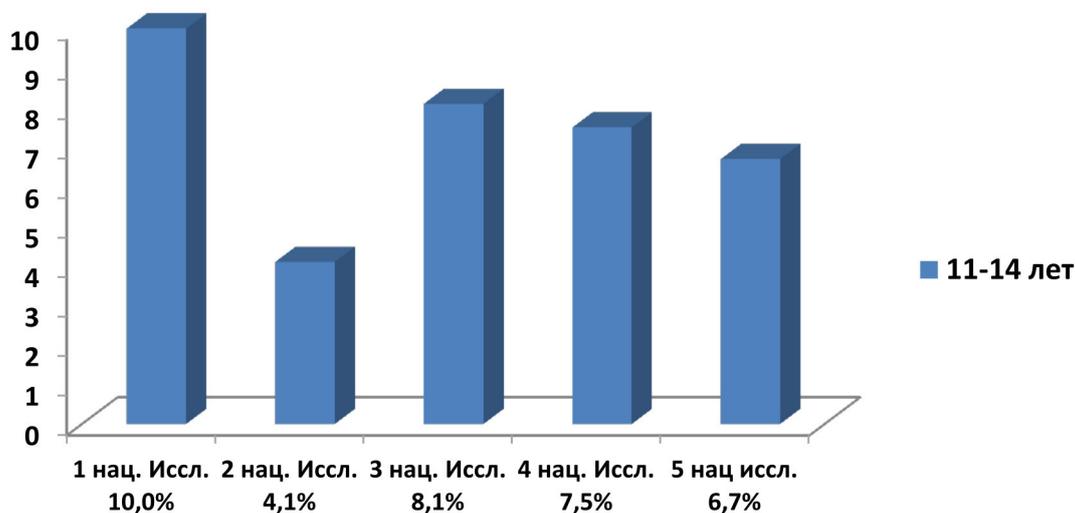


Рисунок 6 - Сравнительный анализ распространенности потребления алкоголя среди детей (1998-2012 гг., результаты 1-5 национальных исследований)

В целом, по данным 4 и 5 национального исследования по РК отмечается снижение употребления алкоголя на 6,3% в сравнении с 3-м национальным исследованием (2004 г.) среди детей 11-14 лет. Таким образом, наблюдается снижение употребления алкоголя в разрезе регионов РК и возрастных контин-

гентов.

Физическая активность и занятия спортом детей. По результатам 5 национального исследования (2012 г.) наблюдается значительный рост физической активности (30,6% детей занимаются физической культурой).

Вывод. По данным на рисунке 7 видна положительная тенденция регулярно занимающихся спортом. В целом, по РК отмечается рост на 3,3% по сравнению с 1-м национальным исследованием (1998 г.), рост на 2,5% в сравнении со 2 национальным исследовани-

ем (2001 г.), рост на 5,3% по сравнению с 3 национальным исследованием (2004 г.). Наибольший рост в группах 15-17 лет (на 13,1% в сравнении с 3 национальным исследованием и рост на 12,2% у 11-14 летних).

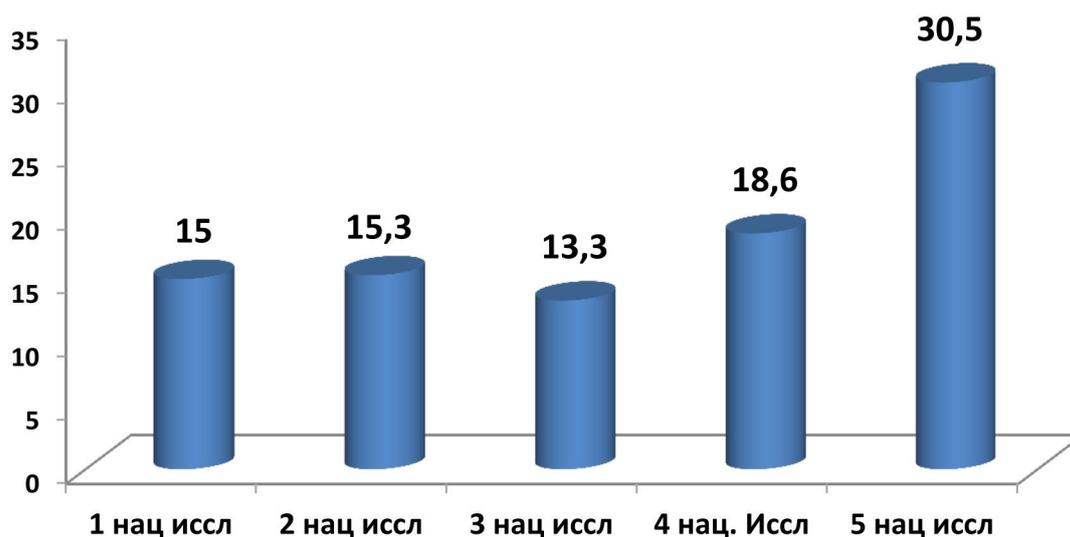


Рисунок 7 - Сравнительный анализ результатов

1-5 национальных исследований по занятиям подвижными видами спорта (1998-2012 гг.)

Доля лиц, ответивших, что регулярно занимаются спортом в 1998 г. (1 нац. исследование) составило 15,0%; в 2001 г. – 15,3%; в 2004 г. – 13,3%; в 2007 г. – 18,6%, в 2012 г. – 30,5%. Наблюдается рост числа занимающихся спортом в 2 раза в 2012 г. по сравнению с 1 нац.исследованием в 1998 г. По сравнению с 4 нац.исследованием доля, занимающихся спортом выросла на 12,0%.

**Заключение.** По результатам сравнительного анализа данных широкомасштабных социологических исследований в Национальном центре проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК можно отметить по многим показателям образа жизни положительную динамику: по снижению потребления алкогольными напитками, по повышению физической активности граждан, особенно среди детей, по стабилизации табакокурения среди взрослых и снижение среди детей.

Так, распространенность табакокурения составляет 27%-26,5% (соответственно в 2007 и 2012 гг.) среди взрослого населения - 42,0%, среди детей - 6,7%. Потребление алкоголя (2012 г.) составляет 35,6%, доля лиц с избыточной массой тела – 31,2%, с ожирением – 9,8%, недостаточное потребление фруктов и овощей – 87,7%, с низкой физической активностью – 78%. Снизилось курение и потребление алкоголя среди детей, повысилась физическая активность и доля детей, регулярно занимающихся подвижными видами спорта.

**Выводы и краткие результаты данных исследований:**

1. Нет отрицательной динамики табакокурения с 1998 по 2012 гг. - 28,0% в 1998 г., снижение в 2001 г. до 23,3%, и некоторое увеличение до 26,5% в 2012 г.;

2. Снижение потребления алкоголя с 55,0% в 1998 г. до 29,5% среди взрослого на-

селения - 42,0%;

3. Снижение злоупотребления крепкими спиртными напитками с 18,0% в 2007 г. до 5,0% в 2012 г.;

4. Увеличение физической активности в виде занятий спортом с 16,0% в 2004 г. до 31,0% в 2012 г.;

5. Увеличилась доля лиц, делающих физическую зарядку утром на 20,4% за 5 лет с 23,0% в 2007 г. до 43,4% в 2012 г.;

6. Улучшение самооценки здоровья населения с 41,5% «как удовлетворительное» до 52,4% «как удовлетворительное» в 2012 г.;

7. Увеличение самооценки здоровья «как хорошее» с 37,7% в 2004 г. до 42,6% в 2012 г.;

8. Увеличение доли лиц, пытавшихся изменить свои привычки и вести ЗОЖ – возросла с 56,2% в 1998 г. до 66,3% в 2007 г., и до 62,8% в 2012 г.;

9. Снижение потребления алкоголя среди детей с 10 лет и подростков с 9,6% в 2007 г. до 6,4% в 2012 г.;

10. Снижение доли лиц с хроническими заболеваниями с 38,8% в 1998 г. до 28,7% в 2012 г.;

11. Возрастание доли лиц, которые пытались изменить свои привычки и вести ЗОЖ - с 56,2% в 1998 г. до 62,8% в 2012 г.;

12. Произошло снижение на 10,1% за 15 лет доли лиц с хроническими заболеваниями с 38,8% в 1998 г. до 28,7% в 2012 г.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Здоровье-2020: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия // Европейский региональный комитет. Шестьдесят вторая сессия, Мальта. - 10–13 сентября 2012.

2. Разработка измеримых показателей и установление целевых ориентиров в отношении благополучия: инициатива Европейско

го регионального бюро ВОЗ // Второе совещание экспертной группы, Париж, Франция. - 25–26 июня, 2012.

3. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 // Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2002. - С. 33-35.

4. Курс на оздоровление. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями // Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген, 2006. - 60 с.

5. Резолюция Генеральной Ассамблеи ООН по профилактике НИЗ и борьбе с ними. - сентябрь 2011 г.

6. Хайдарова Т.С, Акимбаева А.А. Актуальные вопросы мониторинга формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. - 2008. - С. 23-25.

## Түйін

1997 жылдан 2012 жылға дейінгі кезеңде Қазақстанда жүргізілген 1-5 халықаралық әлеуметтік зерттеуге сәйкес балалар мен ересек тұрғындар арасындағы өмір сүру салты көрсеткіштерінің салыстырмалы анализі халықтың өмір сүру салты жақсарғанын және инфекциялық емес аурулардың даму себебі болып табылатын мінез-құлық қауіп факторларының төмендегендігін көрсетеді.

## Summary

Comparative analysis of lifestyles among adults and children, held in Kazakhstan from 1997 to 2012 in accordance with the national case studies 1-5, indicates an improvement in lifestyles and reducing behavioral risk factors that are driving the development of non-communicable diseases.

---

---

УДК 613.2/8:374.72:371.69

**Н.А. СУЛЕЙМАНОВА**

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

## **СИМУЛЯЦИОННОЕ ОБУЧЕНИЕ – ИННОВАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

### **Аннотация**

Симуляционное обучение - наиболее эффективный метод приобретения практических здоровьесберегающих навыков, дополняющих традиционное обучение в формате - лекций, семинаров и др. с целью демонстрации и выработки навыков для симуляции сценариев ситуаций связанных с поведенческими факторами риска (табакокурение, алкоголизм, нерациональное питание и др.).

**Ключевые слова:** здоровье, тренинг, модели, муляжи, интерактивные навыки, здоровьесберегающие технологии.

**Актуальность.** Появление новых технологий, ускорение темпа жизни, нарастающий объем информации, внедрение инновационных методик - все это ставит перед современной системой медицинского образования задачи по разработке и использованию качественно новых подходов в создании здоровьесберегающих технологий, позволяющих повысить эффективность проводимых профилактических мероприятий. Актуальность применения новых симуляционных технологий обучения обусловлена эффективностью, возможностью моделирования различных сценариев, задач направленных на профилактику социально - значимых заболеваний и поведенческих факторов риска, выработки мотивации к соблюдению принципов здорового образа жизни.

Мировой опыт развития методологии информационной деятельности в здравоохранении, целью которой является влияние на процесс изменения поведения в отношении здоровья, позволил выработать концепцию, позволяющую более эффективно проводить работу по профилактическому консультированию, которая заключается в следующем: моделировании эффективных

информационных и мотивационных факторов путём внедрения инновационных образовательных технологий, примером которых является создание симуляционных центров.

Для Казахстана актуальной проблемой являются хронические неинфекционные заболевания. Это социально-значимые заболевания. В их развитии важную роль играют социальные условия, модели поведения и такие факторы, как курение, нерациональное питание, потребление алкоголя, низкая физическая активность и т.д., т.е. те факторы, которые подвержены влиянию окружающей человека среды обитания. Детерминанты заболеваний, связанных с образом жизни, хотя и зависят от социального окружения, но, в основном, связаны с поведением человека и значит, они могут быть изменены, а риск развития заболевания – значительно снижен.

Именно симуляционная форма профилактической деятельности в настоящее время является наиболее эффективной и оправданной моделью образовательной деятельности. Одна из главных задач симуляционного обучения является повышение эффективности профилактической деятельности специалистов ПМСП, педагогов школ, средних и выс-

ших учебных заведений в работе с населением, особенно с молодежью и подростками в вопросах медико-санитарной грамотности. У людей, обладающих прочными навыками в области медико-санитарной грамотности, лучше здоровье и благополучие, чем у тех, подобные навыки которых, находятся на более низком уровне, как правило, практикующих более рискованное поведение и менее здоровых. Основными направлениями деятельности учебно-тренингового центра являются проведение тренингов, семинаров, консультирование и выездные программы.

В последние годы все чаще медицинские специалисты обращают внимание на то, что все достижения современной медицины могут остаться нереализованными на практике, если между врачом и пациентом не будет сформировано партнерских отношений и истинного сотрудничества. Только сам пациент выбирает, что и как ему предпринимать: изменить ли свое питание в сторону оздоровления, повысить ли физическую активность, отказаться ли от вредных для здоровья привычек и пр.

Одним из путей формирования партнерства врача и пациента является обучение пациентов, в частности, в малых группах в так называемых «Школах здоровья», где для повышения эффективности выработки мотивации к соблюдению принципов здорового образа жизни необходимо применение моделей и муляжей симуляционного направления. Цель Школ здоровья – повышение мотивации и соблюдение выполнения пациентами врачебных рекомендаций, формирование партнерских отношений с врачом в лечении, реабилитации и профилактике заболеваний, их взаимовыгодное сотрудничество.

В рамках государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., в 2013 г. в НЦПФЗОЖ МЗ РК создан симуляционный

центр по технологии инновационного обучающего центра Health Edco. Центр оснащен современными тренажерами, муляжами, анатомическими моделями, интерактивными играми по профилактике наркомании, табакокурения, злоупотребления алкоголя, социально-значимых заболеваний (сердечно-сосудистых и онкологических), охране репродуктивного здоровья, внедрению принципов рационального питания и физической активности, всего более 50 разновидностей муляжей и тренажеров.

Симуляционный центр обеспечивает трансферт передовых инновационных технологий в практическом здравоохранении по вопросам профилактики поведенческих факторов риска, хронических неинфекционных заболеваний по технологии инновационного обучающего центра «Health Edco» по 7 направлениям:

1. Профилактика табакокурения;
2. Профилактика алкоголизма;
3. Профилактика наркомании;
4. Пропаганда рационального питания;
5. Охрана репродуктивного здоровья;
6. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний;
7. Профилактика онкологических заболеваний.

**Заключение.** Для повышения эффективности внедрения симуляционных технологий в 2014 г. предусмотрено расширение сети симуляционных центров в центрах формирования здорового образа жизни страны, что позволит повысить профессионализм специалистов ПМСП и педагогов в области инновационных здоровьесберегающих технологий, уровень информированности обучаемого контингента, создать в ходе тренинга ситуации, максимально приближенные к реальности и требующие от участников принятия непростых ответственных решений в пользу здорового образа жизни.

**Түйін**

Мақалада инновациялық технологияның танымалдылығына бағытталған, яғни халықтың денсаулығын нығайтудың заманауи моделі ретінде симуляциялық оқытудың мәліметтері келтіріледі.

**Summary**

The article provides information aimed at promoting innovative technologies, in particular, a simulation training as a modern model of a health promotion.

УДК 613.84-084:316.776.33:6159.136.1

**Н.Т. УТЕМБАЕВА**

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

**ГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ВРЕДЕ КУРЕНИЯ  
НА ПАЧКАХ ТАБАЧНЫХ ИЗДЕЛИЙ - ЭФФЕКТИВНОЕ МЕРОПРИЯТИЕ  
В БОРЬБЕ ПРОТИВ ТАБАКА**

**Аннотация**

В обзорной статье проанализированы приказы, постановления, отчеты ВОЗ, обзорные и экспериментальные статьи в которых были изучены отношения и взгляды населения в мире на графические предупреждения о вреде курения на здоровье на пачках сигарет. Исследования убедительно показывают, что графические предупреждения о вреде курения на здоровье на пачках сигарет являются эффективным мероприятием в борьбе против табака.

**Ключевые слова:** графические предупреждения о вреде курения, размер, текстовые надписи.

Курение является одним из значимых факторов риска развития сердечно-сосудистых, хронических респираторных и онкологических заболеваний, а также различных форм рака (трахеи, бронхов и легких, рака шейки матки) [11, 13, 17, 18, 20-22, 25, 26, 28, 30-32, 36, 37, 39, 40]. С курением связаны 80% случаев смерти от рака легких, трахеи и бронхов, хронических респираторных заболеваний, 25% случаев смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в мире [11, 18, 22, 25, 26, 28, 30-32, 39, 40].

В Казахстане Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК проводит мероприятия по профилактике и снижению табакокурения (месячники, пресс-конференции, конференции, семина-

ры, совещания по профилактике табакокурения), научно-практические конференции, распространяются информационно-образовательные материалы (ИОМ) в виде буклетов, плакатов, аудио и видеороликов, проводятся национальные социологические исследования по изучению распространенности табакокурения [1-3].

Внедрение и использование эффективных мероприятий в борьбе против табака в области здравоохранения позволят снизить потребление табака среди курящего населения [1, 7-16, 23-27, 29, 33-38, 41-44].

Предупреждения о вреде курения на здоровье на пачках сигарет являются одним из стратегических направлений и уникальных инициатив в борьбе против табака [7-16, 19,

23-26, 29, 33-36, 38, 43]. Графические предупреждения разработаны в виде картинки с текстовым сообщением о вреде курения на здоровье. Графические предупреждения о вреде курения эффективны в повышении знаний населения о вреде курения, помогая им отказаться от курения, а размер и эмоциональное воздействие картинки также играют важную роль в борьбе против табака [7-16, 19, 23-26, 29, 33-36, 38, 43].

В Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе против табака в статье 11 описано, что графические предупреждения должны занимать 50% передней и задней стороны на пачках сигарет или более, и не менее 30%. Они могут быть выполнены в виде рисунков и пиктограмм [7, 8, 10, 12, 13, 16, 19, 24-26, 34-36, 43].

Предупреждения в виде сообщений и графических предупреждений в некоторых странах действуют с 2000 г. [7-10, 15, 19]. Позже с 2006 г. в были внедрены графические предупреждения о вреде курения на здоровье на пачках сигарет [24]. Графические предупреждения действуют в США, Канаде, Великобритании, Австралии, Мексике, Уругвае, Малайзии, Иордании, Бразилии, Египте, Таиланде, Иране, Сингапуре, Венесуэле, Панаме, Новой Зеландии, Турции, Франции и в других странах с низким и средним уровнем дохода как эффективное стратегическое мероприятие в борьбе против табака [7, 10, 12-16, 19, 23-26, 29, 33, 34]. Графические предупреждения за счет картинок более эффективны в борьбе против табака, вызывают страх и стимулируют бросить курить по сравнению с текстовыми надписями [7-16, 19, 23-26, 29, 33-36, 38]. В Канаде действуют 16 графических предупреждений, в странах Европейского Союза (ЕС) – 42. Каждый год графические предупреждения меняются и дополняются [8, 12, 14, 16, 35].

В США с 1984 г. начали действовать предупреждения о вреде курения на пачках сигарет «Курение - причина рака легкого,

болезней сердца, и может осложнить беременность», «Бросить курить значительно снижает серьезные риски для вашего здоровья», «Курение беременной женщины может привести к отклонениям развития (травмам) плода, преждевременным родам и низкому весу при рождении». Эти предупреждения о вреде курения широко использовались в табачной промышленности в США [13-16, 19, 29]. С 2010 г. FDA предложила внедрить 36 графических предупреждений. В настоящее время 45 стран в мире по примеру США внедрили графические предупреждения [14, 29].

В странах ЕС с 2009 г. только 3 страны из 27 внедрили графические предупреждения (Бельгия и Румыния с 2006 г., Великобритания с 2008 г.), позже остальные страны ЕС внедрили графические предупреждения. Графические предупреждения в странах ЕС разработаны на 14 разных тем (шокирующие, вызывающие страх изображения с текстовыми надписями), и утверждены Директивой ЕС 2003/641/ЕС. Эти предупреждения по размеру больше, и занимают 43% передней и 53% задней стороны на пачках сигарет. Ранее разработанные предупреждения и утвержденные Директивой ЕС 2001/37/ЕС были меньше и занимали 30% передней и 40% задней стороны на пачках сигарет [19, 25, 35, 38].

Размеры графических предупреждений различны в разных странах. Например, в США, Канаде, Сингапуре и Уругвае графические предупреждения занимают 50% передней и 50% задней стороны пачек сигарет, в Бразилии – 100% задней стороны, в Мексике – 50% задней стороны, в Австралии – 30% передней и 90% задней стороны, в странах ЕС – 43% передней и 53% задней стороны, в Китае – 30% передней и 30% задней стороны [8, 12-16, 19, 24, 25, 33, 34-36].

Исследования убедительно показывают, что графические предупреждения в виде рисунков в большей степени влияют на курильщиков, чем текстовые надписи [7-16, 19,

23-26, 29, 33-36, 38]. При опросе 3937 голландских курильщиков было выявлено, что 14% стали меньше приобретать сигареты из-за новых предупреждений о вреде курения на пачках сигарет, 17,9% сообщили, что предупреждения о вреде курения увеличили мотивацию бросить курить и 10,3% стали курить меньше [38]. В Великобритании из 1401 подростков 51% часто замечали предупреждения, 22% очень часто внимательно читали предупреждения, 86% осознавали риски курения для здоровья [25]. В Катаре положительно смотрят на графические предупреждения о вреде курения на здоровье на пачках сигарет, и считают, что графические предупреждения вызывают страх и содействуют изменению поведения 52,6% курильщиков и 59,7% никогда не куривших, и поддерживают, чтобы в Катаре ввели графические предупреждения о вреде курения на здоровье на пачках сигарет 60,6% курильщиков и 83,4% никогда не куривших [7]. В Тайване курильщики отказывались бросить курить от 30,2% до 42,5% [10].

Население США считает, что графические предупреждения о вреде курения на пачках сигарет эффективны в борьбе против табака [13-16, 19]. На курильщиков с высшим и средним уровнем образования в Мексике в профилактике курения эффективно оказывают графические предупреждения курение причина многих заболеваний – «Эмфизема», «Гангрена», «Преждевременные роды», «Рак легкого», «Инфаркт миокарда», «Табачная зависимость» [33]. В Китае три четверти участников (74,4%) заявили, что на пачках сигарет должна быть информация о здоровье и 80,7% отметили, что предупреждения о вреде курения должны быть с картинками [12]. В Греции из 574 подростков 12-18 лет 96,1% заметили, что в профилактике курения эффективно оказывают графические предупреждения «Курение - причина рака легких», далее «Курение вызывает медленную и болезненную смерть» – 95,5%, «Курение

во время беременности вредит вашему ребенку» – 93,3%, «Защитите детей: не заставляйте их дышать вашим табачным дымом» – 91,1%, «Курение закупоривает артерии и вызывает инфаркт и инсульт» – 88,7%, «Курение вызывает преждевременное старение кожи» – 79,2%, «Курение может уменьшить прилив крови и вызвать импотенцию» – 72,1%. [35]. В Австралии при опросе 3047 респондентов - из них 571 курильщик (2005 г.), 2969 (609 курильщиков) – 2006 г., 2401 (478 курильщиков) – 2007 г., 2824 (553 курильщиков) – 2008 г. наблюдался рост курильщиков реагирующих на предупреждения о вреде курения на здоровье на пачках сигарет. Наиболее сильное влияние на мысль бросить курить оказывают на курильщиков графические предупреждения «Курение - причина рака легких» (48%), далее «Курение - причина сосудистых заболеваний» (40%), «Курение - причина рака рта и горла» (32%), «Курение - причина болезней сердца» и «Курение вредит нерожденному ребенку» (31%), «Курение – ведущая причина смерти» (10%), «Табачный дым токсичен» (4%) [24].

Графические предупреждения «Курение - причина сердечно-сосудистых заболеваний», «Курение - причина рака рта и горла» уникальны тем, что они содержат новые изображения и сообщения. В графических предупреждениях описаны разрушительные последствия курения для здоровья, и у населения повышается осведомленность о рисках курения здоровью, появляются мысли бросить курить, а у тех кто не курит - не будет желания начать курить [15, 16, 24].

Эффективным методом, предпринимаемым в Казахстане по снижению табакокурения является нанесение 12-ти графических изображений (пиктограмм) на пачки сигарет, реализацией которого занималась рабочая группа, созданная на основании Приказа МЗ РК от 30.12.2011 г. №933 «О создании рабочей группы по разработке технических требований к графическим изображениям о

вреде курения». В постановлении от 22 ноября 2011 г. №1367 «Предупреждение о вреде курения, размещаемое в местах, осуществляющих продажу табачных изделий» описаны требования к текстам надписей, занимаемой площади, размеру шрифта, направлению и цвету [4].

В Казахстане с целью предотвращения начала курения и снижения табакокурения среди курильщиков необходимо изучать воздействие предупреждений о вреде курения на здоровье на пачках сигарет на мысли и желание курильщиков бросить курить.

Таким образом, стратегическими задачами НЦПФЗОЖ являются повышение информированности населения о разрушительных последствиях употребления табака для здоровья населения; повышение уровня знаний и ответственности медицинских работников по вопросам профилактики табакокурения и оказания помощи лицам, принявшим решение бросить курить; увеличение числа лиц, принявших решение бросить курить; мотивация населения вести здоровый образ жизни; разработка мероприятий по снижению заболеваний, связанные с табакокурением и увеличение продолжительности жизни казахстанцев.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аканов А.А., Тулебаев К.А., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Сейдуманов С.Т. Политика формирования здорового образа жизни в Республике Казахстан: становление и развитие. – Алматы, 2010. – с.296.
2. Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Егорычев В.Е. Система контроля качества и критерии оценки результативности профилактики факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике: Методические рекомендации / Егорычев В.Е. – Алматы, 2012. – 19 с.
3. Егорычев В.Е. Преподавание транс-теоретической модели изменения поведения на базе Национального центра проблем формирования здорового образа жизни // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – №3. – 2013. – с. 32-35.
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 22 ноября 2011 года № 1367. «Предупреждение о вреде курения, размещаемого в местах, осуществляющих продажу табачных изделий».
5. Приказ МЗ РК №146 от 05.03.2012 г. «Об утверждении Положения об организации Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь». – 14 с.
6. Приказ МЗ РК №89 от 17.02.2012 г. «О совершенствовании профилактических услуг в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь». – 4 с.
7. Awaisu A., Hagi A., et al. Pictorial Health Warnings on Cigarette Packages in Qatar: Preimplementation Awareness and Perceptions of Ever-Smokers Versus Never-Smokers // Nicotine & Tobacco Research. – 2013. – 15 (10). – P.1765–1772.
8. Azagba S., Sharaf M.F. The Effect of Graphic Cigarette Warning Labels on Smoking Behavior: Evidence from the Canadian Experience // Nicotine & Tobacco Research. – 2013. – 15 (3). – P.708-717.
9. Callery W.E., Hammond D., et al. The Appeal of Smokeless Tobacco Products Among Young Canadian Smokers: The Impact of Pictorial Health Warnings and Relative Risk Messages // Nicotine & Tobacco Research. – 2011. – 13 (5). – P. 373-383.
10. Chang F., Chung C., et al. The impact of graphic cigarette warning labels and smoke-free law on health awareness and thoughts of quitting in Taiwan // Health education research. – 2011. – 26 (2). – P.179-191.
11. Dube S.R., Arzazola R.A., et al. Pro-Tobacco Influences and Susceptibility to

Smoking Cigarettes Among Middle and High School Students-United States, 2011 // *Journal of Adolescent Health*. – 2013. – 52. – P.45-51.

12. Fong G.T., Hammond D., et al. Perceptions of tobacco health warnings in China compared with picture and text-only health warnings from other countries: an experimental study // *Tobacco Control*. – 2010. – 19(2). – P.69-77.

13. Hammond D. Health warning messages on tobacco products: a review // *Tobacco Control*. – 2011. – 20. – P.327-337.

14. Hammond D., Reid J.L., et al. Pictorial Health Warnings on Cigarette Packs in the United States: An Experimental Evaluation of the Proposed FDA Warnings // *Nicotine&Tobacco Research*. – 2013. – 15 (1). – P. 93-102.

15. Hegarty M.O., Pederson L.L., et al. Young Adults' Perceptions of Cigarette Warning Labels in the United States and Canada // *Preventing chronic disease public health research, practice, and policy*. – 2007. – 4 (2). – P.1-9.VOLUME

16. Hitchman S.C., Driezen P., et al. Changes in Effectiveness of Cigarette Health Warnings Over Time in Canada and The United States, 2002–2011 // *Nicotine&Tobacco Research*. – 2013. – 9. – P.1-8.

17. Jin A., Koh W.-P., Chow K.Y., et al. Smoking and Risk of Kidney Failure in the Singapore Chinese Health Study // *PLoS ONE*. – 2013. – 8(5). – P.1-7.

18. Kapeu A.S., Luostarinen T., Jellum E., et al. Is Smoking an Independent Risk Factor for Invasive Cervical Cancer. A Nested Case-Control Study Within Nordic Biobanks // *American Journal of Epidemiology*. – 2009. – 169 (4). – P.480–488.

19. Kees J., Burton S., et al. Tests of Graphic Visuals and Cigarette Package Warning Combinations: Implications for the Framework Convention on Tobacco Control // *Journal of Public Policy&Marketing*. – 2006. – 25(2). – P. 212-223.

20. Lawrence P.F., Lund O.I., et al.

Substitution of smokeless tobacco for cigarettes in Buerger's disease does not prevent limb loss // *J Vasc.Surg*. – 2008. – 48. – P.210-212.

21. Leszniewski J., Pufal E., Wolski Z. Credibility of a smoking questionnaire based on urine cotinine level for patients with bladder cancer – a preliminary report // *Central European Journal of Urology*. – 2011. – 64(4). – P.229-231.

22. Matteis S.D., Consonni D., Pesatori A.C., et al. Are Women Who Smoke at Higher Risk for Lung Cancer Than Men Who Smoke? // *American Journal of Epidemiology*. – 2013. – 177(7). – P.601-612.

23. Maynard O.M., Attwood A., et al. Avoidance of cigarette pack health warnings among regular cigarette smokers // *Drug and Alcohol Dependence*. – 2014. – 136. – P.170-174.

24. Miller C.L., Quester P.G., et al. Smokers' recall of Australian graphic cigarette packet warnings&awareness of associated health effects, 2005-2008 // *BMC Public Health*. – 2011. – 11:238. – P.1-11.

25. Moodie C., MacKintosh A.M., et al. Adolescents' response to text-only tobacco health warnings: results from the 2008 UK Youth Tobacco Policy Survey // *European Journal of Public Health*. – 2009. – 20 (4). – P. 463-469.

26. Nakkash R., Khalil J. Health warning labelling practices on narghile (shisha, hookah) waterpipe tobacco products and related accessories // *Tobacco Control*. – 2010. – 19. – P.235-239.

27. Nazar G.P, Lee J.T., Glantz S.A., et al. Association between being employed in a smoke-free workplace and living in a smoke-free home: Evidence from 15 low and middle income countries // *Preventive Medicine*. – 2014. – 59. – P.47-53.

28. Powell H.A., Iyen-Omofoman B., Hubbard R.B., et al. The Association Between Smoking Quantity and Lung Cancer in Men and Women // *CHEST*. – 2013. – 143(1). – P.123-129.

29. Romer D., Peters E., et al. Desire versus Efficacy in Smokers' Paradoxical Reactions to Pictorial Health Warnings for Cigarettes // PLOS ONE. – 2013. – 8 (1). – P.1-11.

30. Sandhu R.K., Jimenez M.C., Chiuve S.E., et al. Smoking, Smoking Cessation, and Risk of Sudden Cardiac Death in Women // Circulation Arrhythmia and Electrophysiology. – 2012. – 5. – P.1091-1097.

31. Shiels M.S., Pfeiffer R.M., Hildesheim A., Engels E.A., et al. Circulating Inflammation Markers and Prospective Risk of Lung Cancer // J Natl Cancer Inst. – 2013. – P.1-10.

32. Stepanov I., Hecht S.S., Ramakrishnan S. and Gupta P.C. Tobacco-specific nitrosamines in smokeless tobacco products marketed in India // Int. J. Cancer. – 2005. – 116. – P.16-19.

33. Thrasher J.F., Arillo-Santillan E., et al. Can pictorial warning labels on cigarette packages address smoking-related health disparities? Field experiments in Mexico to assess pictorial warning label content // Cancer Causes Control. – 2012. – 23. – P. 69-80.

34. Thrasher J.F., Villalobos V., et al. Assessing the impact of cigarette package health warning labels: a cross-country comparison in Brazil, Uruguay and Mexico // Salud Publica Mex. – 2010. – 52 (2). – P.206-215.

35. Vardavas C. I., Connolly G., et al. Adolescents perceived effectiveness of the proposed European graphic tobacco warning labels // European Journal of Public Health. – 2009. – Vol.19 (2). – P.212-217.

36. Volchan E., David I.A., et al. Implicit Motivational Impact of Pictorial Health Warning on Cigarette Packs // PLoS ONE. – 2013. – 8(8). – P.1-6.

37. Wiener R.C. Association of smokeless tobacco use and smoking in adolescents in the United States: An analysis of data from the Youth Risk Behavior Surveillance System survey// The Journal of the American Dental Association. – 2013. – 144(8). – P.930-938.

38. Willemsen M.C. The new EU cigarette health warnings benefit smokers who want to

quit the habit: results from the Dutch Continuous Survey of Smoking Habits // European Journal of Public Health. – 2005. – 15(4). – P.389-392.

39. Wolk R., Shamsuzzaman A.S.M., et al. Hemodynamic and Autonomic Effects of Smokeless Tobacco in Healthy Young Men // J Am Coll Cardiol. – 2005. – 45 (6). – P.910-914.

40. Wong K-Y., Seow A., Koh W-P., et al. Smoking cessation and lung cancer risk in an Asian population: Findings from the Singapore Chinese Health Study // British Journal of Cancer. – 2010. – 103. – P. 1093-1096.

41. World Health Organization (WHO). WHO Report on the Global Tobacco Epidemic. MPOWER package. – 2008. – Geneva. – 330 p.

42. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic. Implementing smoke-free environments. – 2009. – Geneva. – 137 p.

43. World Health Organization (WHO). WHO report on the global tobacco epidemic. Warning about the dangers of tobacco. – 2011. – Geneva. – 152 p.

44. World Health Organization (WHO). WHO Report on the global tobacco epidemic. Enforcing bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship. – 2013. – Geneva. – 202 p.

### Түйін

Мақалада темекі қораптарындағы темекі шегудің зияны туралы ескертулерді зерттеу ғылыми жұмыстарға әдеби шолу жүргізілген. Темекі шегудің зияны туралы сурет түрінде графикалық ескертулер темекі шегетін және шекпейтін адамдарға үлкен дәрежеде әсер етеді. Темекі қораптарында темекі шегудің зияны туралы графикалық ескертулер тұрғындардың темекі шегу денсаулыққа қауіпті туралы білімдерін арттырып, темекі шегуді тоқтатуға көмектеседі, суреттің мөлшері мен эмоционалды әсері темекі шегуге қарсы күресте маңызды рөл атқарады.

### Summary

The article provides an overview of research on the scientific work on the study of warnings about the dangers of smoking to health on cigarette packages. Studies strongly suggest that graphic health warnings in the form of

pictures in greater influence on smokers and never smokers than text labels. Graphic health warnings on cigarette packages are effective in increasing public awareness about the dangers of smoking to health, helping them to quit smoking, and the size and the emotional impact of images play an important role in the fight against tobacco.

ӘОЖ 613.81+613.84:316.776:303.425.6 (574.54)

### Қ.Т. МЫРЗАХМЕТОВ, Ж.А. ҚАЛМАҚОВА

Қызылорда облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы,  
Қорқыт Ата атындағы Қызылорда мемлекеттік университеті, Қызылорда қ-сы

## ҚЫЗЫЛОРДА ОБЛЫСЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ТЕМЕКІГЕ ЖӘНЕ ІШІМДІККЕ ТӘУЕЛДІЛІК МӘСЕЛЕСІНЕ БАЙЛАНЫСТЫ ӘЛЕУМЕТТІК ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ

### Түсініктеме

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша темекі шегу денсаулықтың нашарлығының және мезгілінен бұрын қайтыс болудың басты себебі болып табылады. Темекі шегу жүрек-қан тамырлары, респираторлық, кейбір обыр түрлері тәрізді аурулардың өршуіне әкелетін ең елеулі қауіп-қатер факторы болып саналады. Өкпе рагінің барлық 90% жағдайы, созылмалы бронхит пен өкпе эмфиземасының 75% жағдайы, жүректің ишемиялық ауруларының 25% жағдайы темекі шегуге байланысты болып отыр. Темекі түтіні темекі шегушінің өзіне де, оны қоршаған адамдарға да бірдей зиянды. Түтіннің темекі шегушіге зияны аздау екендігі - парадокс, бірақ факт, өйткені түтін оның өкпелеріне, негізінен, сүзгіден өтіп барып түседі.

**Түйінді сөздер:** Скрининг, темекі шегу, сауалнама, алкоголь ішімдіктері, респондент.

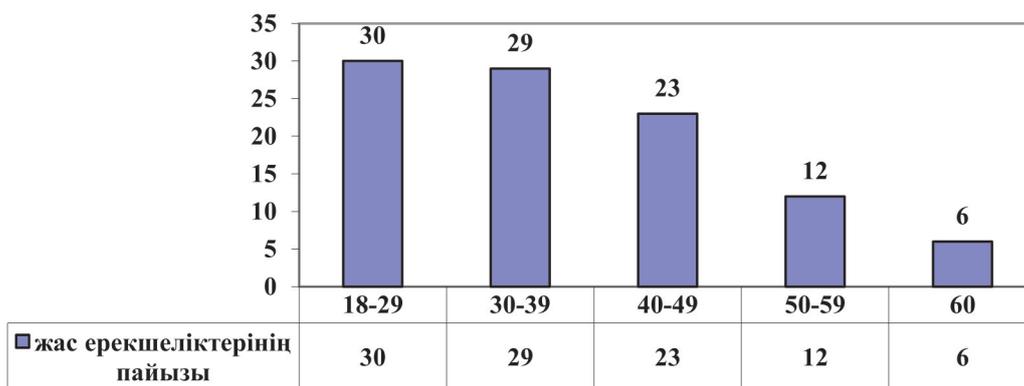
**Зерттеу мақсаты.** Қызылорда облысы тұрғындарының темекіге, ішімдікке тәуелділік мәселесіне байланысты көзқарастарын анықтау.

**Зерттеу әдістері.** Алдыға қойған мақсатты айқындау үшін әлеуметтік сауалнама жүргізу арқылы Қызылорда қаласының қоғам дамуына үлес қоса алатын, қоғамдық құрылымның әртүрлі саласын қамтитын 18 жастағы және одан үлкен 1500 аймақ тұрғындары зерттелінді.

Сауалнамалық сұрау «face to face» әдісі бойынша жүргізілді. Сауалнама қойылған мәселеге байланысты ашық және жабық-

сұрақтармен қамтылған. Ашық түрде қойылған сұрақтарға респондент өз пікірін ерікті түрде жазып білдірсе, жабық сұрақтарға респондент маманның дайындаған жауаптарына сүйене отырып өз пікірін таңдай алды.

**Зерттеу нәтижесі.** Диаграммадан көріп тұрғандай жас ерекшеліктері бойынша респонденттердің 30% 18-29 жас аралығындағылар, 29% - 30-39 жас аралығындағылар, 23% - 40-49 жас аралығындағылар, 12% - 50-59 жас аралығындағылар, 6% - 60 жас және одан үлкен жас аралығындағылар құрады (сурет 1).



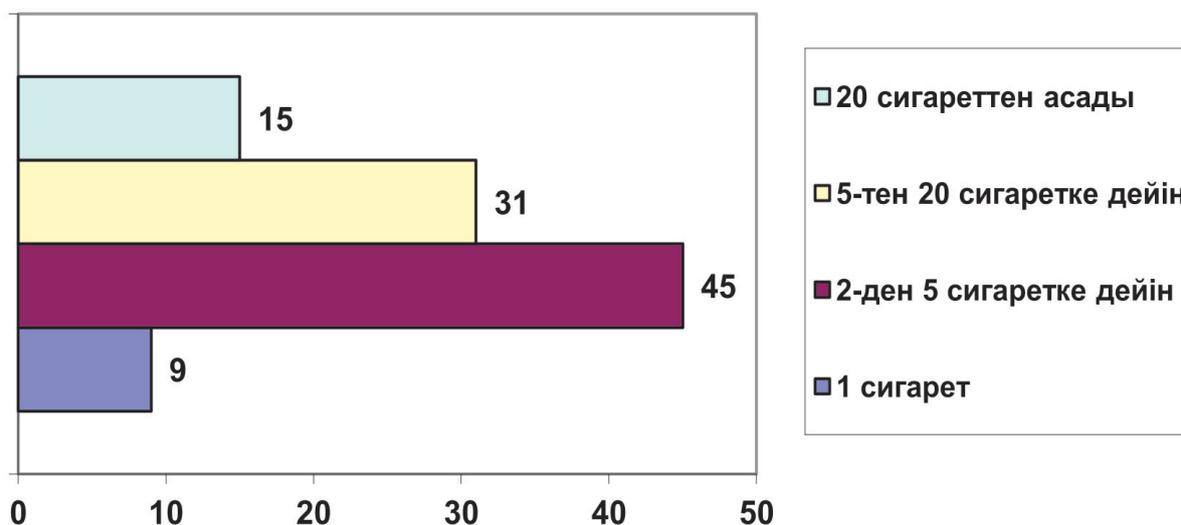
Сурет 1 – Респонденттердің жас ерекшеліктері бойынша бөлінуі

Сауалнама барысында облыс тұрғындарына қойылған «Соңғы 30 күннің ішінде Сіздің қасыңызда (мысалы, үйде немесе жұмыста) біреулер темекі шектіме?» деген сауалға респонденттердің 54% «Иә» деп жауап берсе, 46%-ы «Жоқ» деп жауап бергендігі анықталды.

Қазіргі кезде Сіз темекі шегесіз бе (мысалы, сигарет, трубка, шайнайтын темекі, иіскейтін темекі, насыбай)?» деген сауалға респонденттердің 48% «Иә» деп жауап берсе, 52%-ы «Жоқ» деп жауап бергендігі анықталды.

Зерттеу бойынша респонденттердің тек 14 % темекі шегуді тастауға ниеттеніп көргенін анықтасақ, 51%-ы темекі шегуді тастауға ешқашан ниет білдірмегенін байқадық.

Респонденттерге қойылған «Сіз күніне қанша сигарет шегесіз?» деген сауалға респонденттердің 15%-ы «20 сигареттен асады» деп жауап берсе, 31%-ы «5-тен 20 сигаретке дейін», 45%-ы «2-ден 5 сигаретке дейін», 9% «1 сигарет» деп жауап бергендігі анықталды (сурет 2).

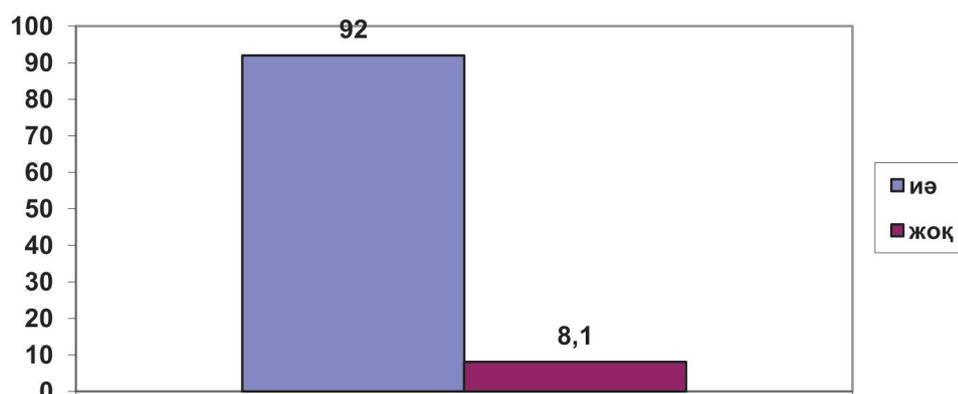


Сурет 2 – Респонденттердің бір күнде шегетін сигарет саны

Қазіргі кезде Сіз шекпейтін темекі өнімдерін қолданасыз ба (шайнайтын темекі, иіскейтін темекі, насыбай)? деген сауалға респонденттердің 92,5% – мүлдем шекпеймін, 1,4%- күн сайын, 6% - күнде

емес деп жауап берген.

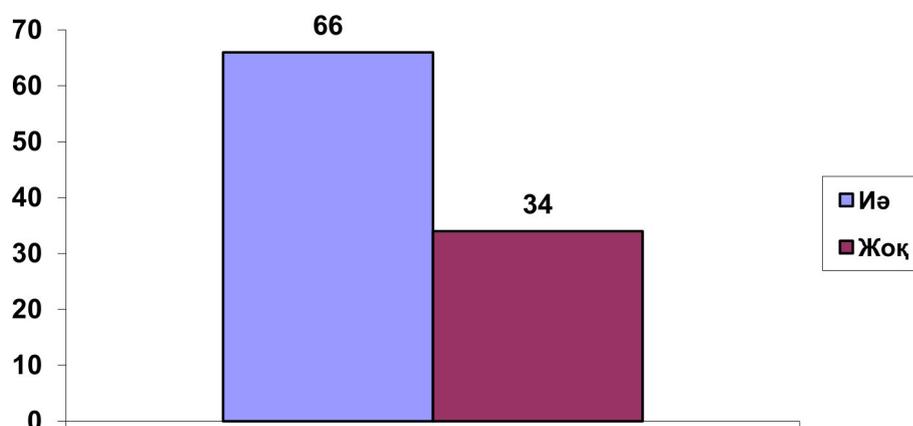
Зерттеу бойынша респонденттердің 92% қорқор (кальян) тартатыны және 8,1% қорқор пайдаланбайтыны анықталды (сурет 3).



Сурет 3 – Респонденттердің қорқор тарту көрсеткіші

Соңғы 12 айдың ішінде Сізге медицина қызметкерлері темекіні тастау туралы кеңес берді ме? деген сауалға респонденттердің

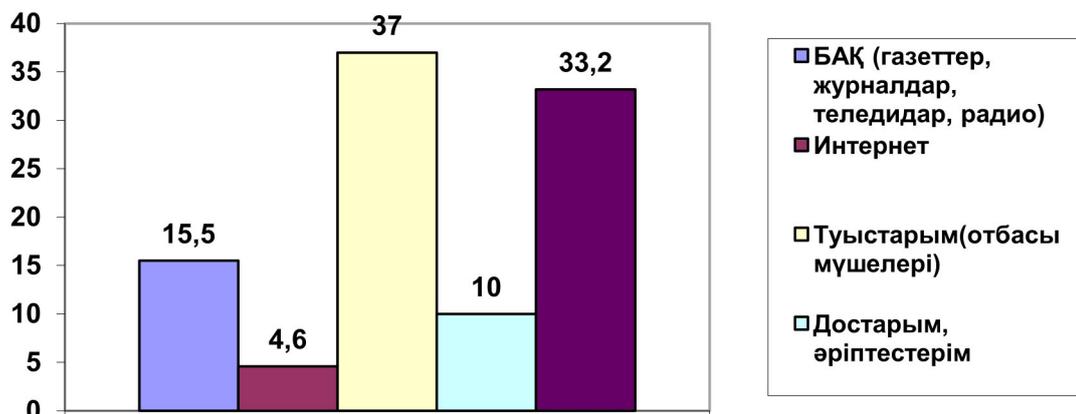
66%– Иә, 34% –Жоқ деп жауап берген (сурет 4).



Сурет 4 - Медицина қызметкерлері темекіні тастау туралы кеңес беру көрсеткіші

Соңғы 12 айдың ішінде Сіз қандай ақпарат көздерінен темекіні тастау туралы кеңес алдыңыз? деген сауалға респонденттердің 15,5%-бұқаралық ақпарат құралдары (газет,

журнал, теледидар, радио), 4,6%ғаламтор, 37%-туыстарым (отбасы мүшелері), 10%-достарым, әріптестерім, 33,2%- басқалары деп жауап берген (сурет 5).

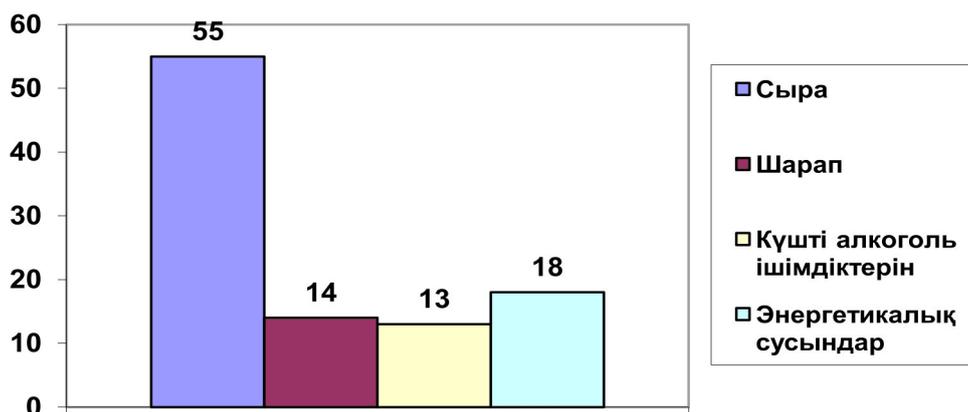


Сурет 5 – Респонденттердің темекіні тастау туралы кеңес алуының ақпарат көздері

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі бойынша 2012 жылы жан басына шаққанда Ресейде әр адамға 13,9 литр арақтан келген. Ресей арақ тұтыну жағынан тізімнің басында тұр. Екінші ел – Беларусь. Онда бір адам жылына 11,3 литр арақ ішетін болып шықты. Үшінші және төртінші орындарда – Украина (7,7 литр) мен Польша (7 литр). Бесінші орында – Қазақстанда жыл сайын жан басына шаққанда 5,9 литр арақ ішіледі. Осыған орай, Қызылорда облысы бойынша арақ тұтыну

жағдайын зерттедік. Нәтижесінде, алкоголь ішімдіктерін тұтынатын респонденттердің үлесі 26,6% болса, тұтынбайтындар 73,4% құрады.

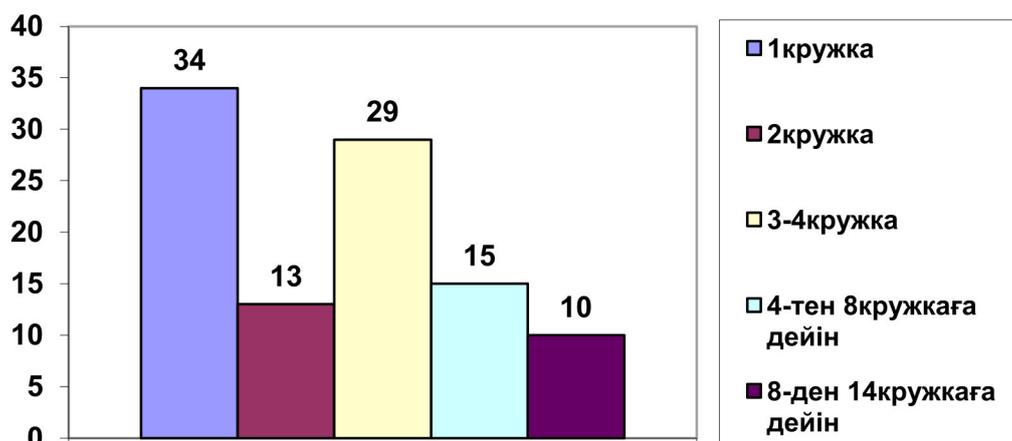
Сіз алкоголь ішімдіктерінің қандай түрлерін жиі ішесіз? деген сауалға 826 респондент жауап берген, ал 674 респондент жауап берген жоқ. Жиі ішілетін алкоголь ішімдіктерінің 55% сыра, 14% шарап, 13% күшті алкоголь ішімдіктері, 18% энергетикалық сусындар екені анықталды (сурет 6).



Сурет 6 - Жиі ішілетін алкоголь ішімдіктерінің түрлері

Егер сыра болса онда, аптасына қолданатын мөлшерін көрсетіңіз (1 кружка=0,5 литр) деген сауалға респонденттердің

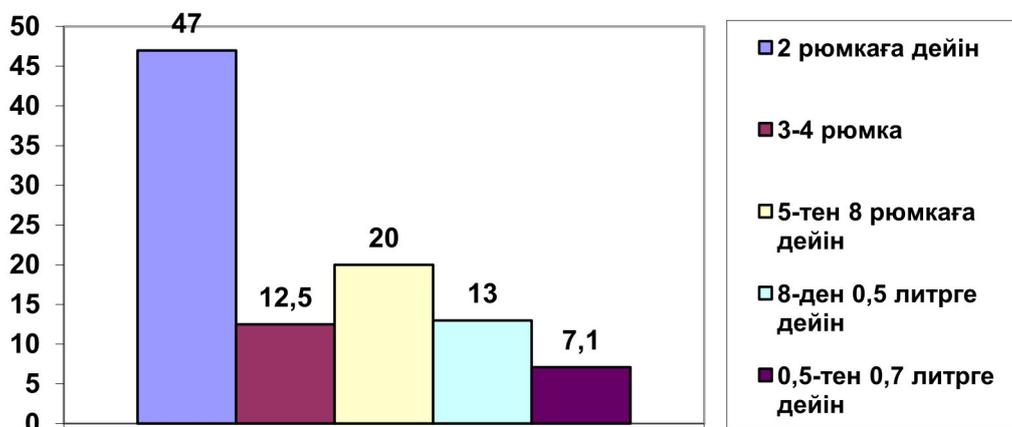
34% 1 кружка, 13% 2 кружка, 29% 3-4 кружка, 15% 4-тен 8 кружкаға дейін, 10% 8-тен 14 кружкаға дейін деп жауап берген (сурет 7).



Сурет 7 - Аптасына қолданылатын сыра мөлшері

Егер шарап болса онда, аптасына қолданатын мөлшерін көрсетіңіз (1 рюмка=60мл) деген сауалға респонденттердің 47% 2 рюмкаға дейін, 12,5% 3-4 рюмка,

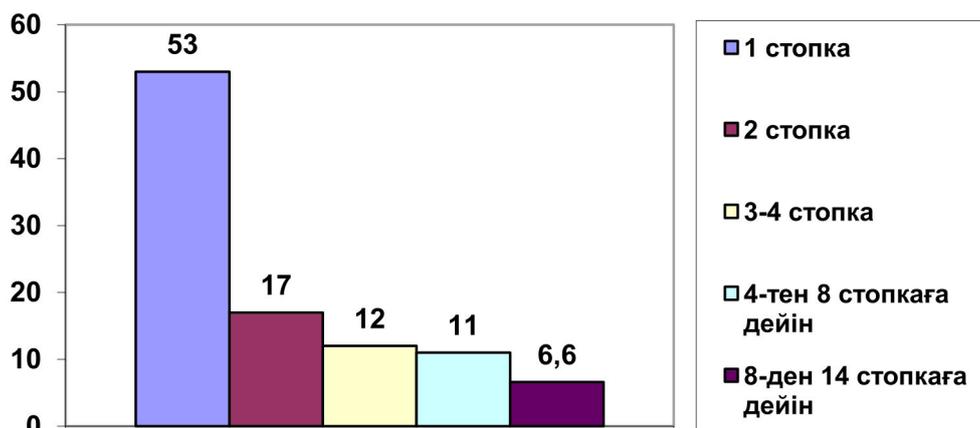
20% 5-тен 8 рюмкаға дейін, 13% 8-ден 0,5 литрге дейін, 7,1% 0,5-тен 0,7 литрге дейін деп жауап берген (сурет 8).



Сурет 8 - Аптасына қолданылатын шарап мөлшері

Егер күшті алкоголь (арақ, коньяк және т.б.) болса онда, аптасына қолданатын ішімдіктеріңіздің мөлшерін көрсетіңіз (1 стопка = 25мл) деген сауалға респонденттердің

53% 1 стопка, 17% 2 стопка, 12% 3-4 стопка, 11% 4-тен 8 стопкаға дейін, 6,6% 8-ден 14 стопкаға дейін деп жауап берген (сурет 9).



Сурет 9 - Аптасына қолданылатын күшті алкоголь мөлшері

Қорытынды. Сауалнама нәтижелерінен біздің аймақ тұрғындары арасында темекі тарту әдеті кең тараған екендігі анықталды. Себебі сауалнама нәтижелері бойынша респонденттердің 48% темекі тартатындығы анықталды.

Сонымен қатар күніне тартатын сигарет саны респонденттердің 15%-ы «20 сигареттен асады» деп жауап берсе, 31%-ы «5-тен 20 сигаретке дейін», 45%-ы «2-ден 5 сигаретке дейін», 9% «1 сигарет» деп жауап бергендігі анықталды. Осылайша темекіге деген тәуелділіктің көбеюі байқалады.

Зерттеу нәтижелері бойынша сұралғандардың басым бөлігі барлық жас аралығы бойынша темекіні тастағысы келетіндіктерін және қаласа тастай алатындықтары анықталды. Дегенмен темекіні тастауға ниеттенгенімен, темекіге деген тәуелділік басым екендігін атап айтқан.

Сауалнама жауаптарын қорытындылай келгенде респонденттердің 26,6% ішімдіктер ішетін болса, 73,4% алкоголь қолданбайтыны анықталды. Яғни, халықтың арасында аздап болса да, ішімдік ішетіндер саны аз екендігі анықталды. Халықтың арасында алкогольдің зияндылығы жайында білімдері артып, сауаттылық қалыптасып келеді деуге болады. Бірақ Сіз алкоголь ішімдіктерінің қандай түрлерін жиі ішесіз? деген сауалға 826 респондент жауап берген, ал 674 респондент жауап берген жоқ. 55% сыра, 14%

шарап, 13% күшті алкоголь ішімдіктерін, 18% энергетикалық сусындар деп жауап берген. Яғни, халықтың күшті алкогольдік ішімдіктерге деген әуестік төмен болғаны мен сыраға (алкогольдік сусын) деген әуестілік жоғары пайызды көрсетіп отыр.

Сондықтан халық арасында әр түрлі түсіндіру жұмыстары мен іс-шараларды жалғастыруымыз қажет.

### Резюме

В основу данной работы легли результаты социологического исследования по проблемам алкоголизма и табакокурения населения Кызылординской области. В результате было выяснено, что основная доля курящих людей хотят расстаться с пагубной привычкой табакокурения и при желании могут бросить курить. Однако, зависимость от табакокурения сильнее желания бросить курить.

### Summary

The basis of this work is based on results of sociological research on alcoholism and smoking population Kyzylorda region. As a result, it was found that most of the smokers want to give up smoking addiction and may, if desired to quit. However, the dependence on tobacco stronger than the desire to quit.

**ПЕРВИЧНАЯ И ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАИБОЛЕЕ  
РАСПРОСТРАНЕННЫХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.  
СОВРЕМЕННЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ МОДЕЛИ И ТЕХНОЛОГИИ  
ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ НА УРОВНЕ ПМСП**

---

УДК 616.69-06:613.84-055.1-084

**Т.С. ХАЙДАРОВА**

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

**ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ  
СИСТЕМЫ МУЖЧИН, СВЯЗАННЫХ С ТАБАКОКУРЕНИЕМ**

**Аннотация**

Активная профилактика факторов риска развития заболеваний и нарушений репродуктивных функций мужчин поможет повысить репродуктивное здоровье мужчин. Для этого необходимо на уровне ПМСП обеспечить профилактику неинфекционных заболеваний и заболеваний органов репродуктивной системы мужчин.

**Ключевые слова:** репродуктивное здоровье, нарушение репродуктивного здоровья, эректильная дисфункция, курение, профилактическое вмешательство, индекс курящего человека.

**Актуальность.** Репродуктивное здоровье мужчины определяется общим состоянием здоровья, наличием острых и хронических заболеваний не только репродуктивной системы и органов мочеполовой системы, но и других неинфекционных болезней (в первую очередь ожирения, болезней системы кровообращения, сахарного диабета).

*Эректильная дисфункция* – это мультифакторное по этиологии состояние, которое характеризуется невозможностью жить нормальной и полноценной сексуальной жизнью, т.к. по ряду причин эрекция или вовсе не достигается или же недостаточна для полового акта.

**Мужское бесплодие.** Показатели бесплодия должны фокусироваться на ряде преобладающих нарушений. Предпочтительно одновременное исследование партнерши, даже если нарушения обнаружены у мужчины, поскольку данные ВОЗ показывают, что в одной из четырех пар, бесплодие характерно для женщины.

В последние годы в Казахстане происходит активный *рост* заболеваемости *раком предстательной железы* (РПЖ), причем значительная доля приходится на 3-4 стадии заболевания.

**Факторы риска:**

- Генетическая предрасположенность;
- Вероятность развития опухоли предстательной железы у мужчины, у которого один из ближайших родственников первой степени родства (отец, брат) болел РПЖ;
- Особенности питания;
- Курение;
- Низкая физическая активность.

*Наркотики, никотин и табачные смолы* очень токсичны для мужского организма, они угнетают спермогенез, нарушают структуру сперматозоидов, ограничивают их способность к оплодотворению, снижают потенцию. Длительное курение и прием наркотических препаратов приводят к необратимым изменениям в мужской половой сфере. Тяжелые расстройства сперматогенеза при систематическом приеме наркотиков (в основном марихуаны, каннабиса и героина) часто проявляются уменьшением количества и увеличением мертвых сперматозоидов.

**Привычные интоксикации (алкоголизм, курение, наркотики).** Сосудосуживающее действие никотина обуславливает ухудшение питания паренхимы яичек, кроме того, никотин понижает тонус мускулатуры семявыносящих путей и придаточных поло-

вых желез. У курящих мужчин снижены секреция тестостерона яичком, концентрация спермиев в эякуляте, их подвижность, оплодотворяющая способность, доля морфологически и функционально нормальных клеток.

*Никотин* оказывает подавляющее влияние на *эрекцию и эякуляцию*. Происходит это по нескольким причинам. С одной стороны, никотин подавляет активность центров, ответственных за семяизвержение и эрекцию в спинном мозге. С другой – спазм сосудов, вызываемый никотином, приводит к ускоренному развитию атеросклероза. Атеросклероз сосудов органов репродуктивной системы мужчин приводит к импотенции. Чем больше стаж курильщика, тем более выражены изменения. Табачный дым снижает уровень андрогенов (мужских половых гормонов), в результате чего снижается сексуальное влечение и нарушается эректильная функция. Курение ухудшает качество спермы, снижается подвижность и концентрация сперматозоидов, нарушается их морфология [1].

До настоящего времени не имеется научных исследований по влиянию курения на репродуктивные функции мужчин. Так, по данным Института урологии им. Б.У. Джарбусынова выявлены признаки эректильной дисфункции (выраженные в разной степени) у 56,3% мужчин, признаки нарушения фертильности (выраженные в разной степени) были выявлены у 30,4% мужчин. Инфекции, передающиеся половым путем, были выявлены у 42,4% (10 343) мужчин [2].

В 2009-2011 гг. сотрудниками было обследовано 3296 мужчин и детей (мальчиков) в следующих городах Казахстана: Астана – 2 раза, Алматы – 2 раза, Усть-Каменогорск, Павлодар, Актау, Кызылорда, Тараз, Актобе, Талдыкорган, Астана, Костанай, Шымкент, Атырау, Уральск. Из них выявлено с уроandroлогической патологией 2806 мужчин (85,1%). Среди больных с уроandroлогической патологией: 34,2% страдают артериальной гипертонией, 17,8% страдают сахарным

диабетом, из них 75% страдают эректильной дисфункцией [2-3]. Из 296 обследованных мальчиков (от 1 года до 16 лет) у 263 (88,8%) обнаружена патология, и только 33 мальчика (11,2%) здоровы [3].

Таким образом, можно отметить, что состояние здоровья мужской части населения требует *изменения организации медицинской помощи и внедрения профилактики заболеваний* органов репродуктивной системы мужчин. Следует отметить, что сохранение здоровья женщин в нашей стране является актуальной проблемой, и ему уделяется должное внимание, женщины могут обратиться в поликлиники по месту жительства и женские консультации. Но, к сожалению, репродуктивное здоровье мужчин осталось без особого внимания, что подтверждается отсутствием кабинетов, центров амбулаторного приема на уровне ПМСП, поэтому мужчины несвоевременно обращаются за медицинской помощью при появлении первых признаков нарушений со стороны органов репродуктивной системы.

В настоящее время необходимо обратить внимание *мужчин*, что на уровне ПМСП открыты *Центры семейного здоровья, отделения профилактики и социально-психологической помощи*, проводится скрининг на раннее выявление факторов риска и неинфекционных заболеваний. В условиях амбулаторно-поликлинических организаций специалисты ПМСП должны выявлять поведенческие факторы риска, которые лежат в основе нарушений репродуктивных функций.

**Скрининг курящих пациентов – мужчин выявляется следующими методами:**

1. Простой опрос (анонимность опросов дает возможность получать более реалистичные ответы о курении);
2. Участковый врач, ВОП должен консультировать каждого курящего;
3. Собрать анамнез;
4. Дать рекомендации, базирующиеся на формировании позитивного отношения к вы-

годам для здоровья при отказе от курения.

Согласно Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» целью профилактики заболеваний является предупреждение возникновения или прогрессирования заболеваний, а также их последствий и осложнений. Комплексная профилактика нарушений репродуктивного здоровья включает первичную, вторичную и третичную профилактику [4].

Под первичной профилактикой понимается предупреждение возникновения заболеваний путем устранения или нейтрализации воздействия неблагоприятных факторов окружающей среды и формирование здорового образа жизни (ЗОЖ). Организацию первичной профилактики заболеваний репродуктивной системы мужчин и мужского бесплодия необходимо рассматривать как систему мероприятий, направленных на предупреждение возникновения нарушений в мужской половой сфере путем устранения, ослабления или нейтрализации воздействия неблагоприятных факторов среды обитания и образа жизни человека, а также путем повышения неспецифической резистентности организма. При этом система профилактических мероприятий должна охватывать всю жизнь человека [4].

Наиболее эффективным направлением профилактики заболеваемости репродуктивной сферы у мужчин является профилактика, направленная на выявление и устранение возможности воздействия на человека факторов окружающей и производственной среды, а также формирование ЗОЖ. Основную роль при этом играют амбулаторно-поликлинические организации, центры семейного здоровья (специалисты ОВП, участковые терапевты, участковые педиатры), отделения профилактики и социально-психологической помощи [5-7].

**Объем медицинской помощи по преодолению потребления табака.**

Участковыми врачами, ВОП должны

**осуществляться:**

1. Активное выявление курящих, в т.ч. лиц, подвергающихся негативному воздействию окружающего табачного дыма (пассивных курильщиков);

2. Регистрация результатов в амбулаторной карте пациента. Оказание помощи в преодолении табака или направление пациента в отделение социально-психологической помощи (антитабачный кабинет);

3. Выявление факторов риска развития хронических заболеваний. Формирование целевых групп для лечения табакокурения;

4. Оценка риска сердечно-сосудистых, бронхолегочных и репродуктивных нарушений;

5. Оказание мотивационной поддержки по предупреждению или прекращению табакокурения в виде краткого консультирования (стратегия краткого вмешательства);

6. Оказание помощи по отказу от потребления табака в виде интенсивного консультирования и/или назначение медикаментозной терапии при желании и готовности пациента приступить к лечению табачной зависимости;

7. Направление пациента на специализированный прием по отказу от курения (отделение социально-психологической помощи);

8. Регистрация действий по оказанию помощи в отказе от потребления табака в амбулаторной карте.

**Оценка статуса курения** является первым шагом к лечению табачной зависимости. Выделяют **4 группы:**

1. Постоянно курящие пациенты, твердо желающие бросить курить;

2. Постоянно курящие пациенты, не желающие бросить курить, но не отвергающие такую возможность в будущем;

3. Постоянно курящие пациенты, отвергающие бросить курить;

4. Пациенты, которые курят нерегулярно.

**Оценка статуса курения включает:**

- Оценку риска развития заболеваний в

результате курения;

- Оценку степени никотиновой зависимости;
- Оценку мотивации бросить курить;
- Оценку курительного поведения (мотивации к курению);

Оценка курения, как фактора риска развития заболеваний, является ведущей в оценке статуса курения и играет важную роль в мотивации пациента к отказу от курения.

**Индекс курящего человека (ИКЧ)** - основной показатель, используемый для расчёта частоты *табакокурения*. Вычисляется следующим образом: количество выкуренных сигарет в день × число месяцев в году, которые человек курил (как правило, 12). Имеются данные, в том числе отечественной медицины, позволяющие использовать данный показатель для оценки вероятности развития ХОБЛ (хронической обструктивной болезни лёгких).

#### **Показатели ИКЧ:**

- ИКЧ > 120 - курение приводит к хроническому обструктивному бронхиту;
- ИКЧ > 160 - курение представляет риск в отношении ХОБЛ;
- ИКЧ > 240 - курение неизбежно ведёт к развитию ХОБЛ.

ИКЧ также опосредованно зависит от стажа курения, при этом, зоной, наносящей гарантированный вред организму, считается ИКЧ в диапазоне от 60 до 720.

Анализ возрастной динамики данного индекса показывает, что независимо от профессиональной принадлежности, наибольшие значения ИКЧ у мужчин наблюдаются в возрасте 40-49 и 50-59 лет, после чего интенсивность курения снижается. У женщин возрастных закономерностей не выявлено.

Расчет ИКЧ необходимо проводить каждому курящему пациенту, приходящему на прием к врачу, результат необходимо фиксировать в карте амбулаторного пациента (в истории болезни) и сообщать пациенту.

Можно рассчитать индекс «пачка/лет»,

который определяется по следующей формуле: *число сигарет, выкуриваемых в сутки × стаж курения (в годах)*. Индекс «пачка/лет» более 10 лет является достоверным фактором риска хронической обструктивной болезни легких.

**Индекс курения.** Формула: *количество сигарет в день × стаж курения (в годах) / (делим на) 20*. Индекс больше 10 говорит о высокой степени риска развития ХОБЛ. Эта болезнь, по сути, воспалительная реакция легких на загрязненный воздух, газы, табачный дым.

#### **Поведенческая профилактика табакокурения.**

Основной метод - **краткое консультирование** (стратегия краткого вмешательства). Как правило, осуществляется участковым врачом. Используется профилактическое консультирование и информирование. Например, «Краткий совет» или «Стратегия краткого вмешательства» (Minimal Intervention Strategy - 5 «А» - Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange) - метод краткого консультирования по отказу от курения и повышения мотивации пациента для прекращения потребления табака, беседа занимает не более 5 минут.

Индивидуальное поведенческое консультирование - более интенсивное, чем краткий совет, вмешательство продолжительностью более чем 10 минут.

#### **Групповое консультирование.**

**Школа здоровья для преодоления курения.** В Школах здоровья предполагается два или более групповых занятий. Проведение Школ здоровья осуществляется на базе амбулаторно-поликлинических организаций в отделениях профилактики и социально-психологической помощи. Эффективность технологии «Школа здоровья» - применение групповых занятий увеличивает вероятность отказа от курения в 1,9 раза по сравнению с программами самопомощи. Мотивационное консультирование - 5R - (Relevance, Risk, Rewards, Roadblocks, Repetition) - это беседа

ды с курящим пациентом для повышения его информированности и повышения мотивации к отказу от курения.

**Заключение.** Внедрение профилактики в работу специалистов ПМСП, проведение профилактических технологий по привитию навыков более здорового образа жизни, процесса управления заболеванием, самопомощи и самоконтроля заболеваний и факторов риска развития заболеваний позволяет повысить репродуктивное здоровье мужчин, предотвратить развитие заболеваний и осложнений репродуктивных органов, улучшить показатели демографической ситуации и увеличить среднюю продолжительность жизни населения.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Методы профилактики проблем здоровья населения. Российские и американские подходы к решению проблем // Сборник статей в рамках российско-американского проекта «Продвижение теории и знаний в науках общественного здоровья по вопросам глобального общественного здоровья». – Великий Новгород. – 2012. – 140 с.
2. Алчинбаев М.К., Батырбеков М.Т., Кадырбеков Н.М., Буйрашев А.К. Ультразвуковые исследования в урологии // Атлас. – Алматы. – 2012.
3. Алчинбаев М.К., Мусабек Е.Б. Диагностика и лечение инфравезикальной обструкции у мужчин // Монография. – Алматы. – 2012.
4. Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения». – Астана: Акорда, 18 сентября 2009 г. (с изменениями и дополнениями на 13.01.2014 г.) – №193-ІҮ ЗРК.
5. Приказ и.о. Министра здравоохранения РК от 10 ноября 2009 г. №685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» (с дополнениями и изменениями от 16 марта 2011 г. №145 и от 8 января 2013 г. №8 «О внедрении скрининга на раннее выявление рака пищевода, желудка, печени и предстательной железы в пилотных регионах»).
6. Хайдарова Т.С., Мирманова Р.Р. Изучение знаний и навыков профилактического консультирования среди врачей и среднего медицинского персонала первичного звена // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – Алматы. – 2012. – №1. – С. 26-28.
7. Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Имангалиева А.А. Адаева А.А. Анализ международного опыта организации работы специалистов общей врачебной практики по профилактике поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний // Актуальные вопросы формирования здорового образа жизни, профилактики заболеваний и укрепления здоровья. – Алматы. – 2012. – №3. – С. 8-11.
8. Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. (утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010 г. №1113).

## Түйін

Отбасы жұптарында (Қазақстанда 16% отбасы жұптарында бедеулік кездеседі) кездесетін бедеуліктің себебі еркектердің репродуктивті денсаулығының төмен болуынан болып табылады, негізгі үлес еркектерге тиесілі. Еркектердің өмір сүру салтымен байланысты репродуктивті дисфункция дамуының қауіп факторларын анықтау біріншілік және екіншілік алдын алуды енгізуге және демографиялық көрсеткіштерді жақсарту үшін еркектердің репродуктивті мүмкіндігін жоғарылатуға көмектеседі.

## Summary

Low reproductive health of men is a cause of infertility of couples (16% in Kazakhstan infertile couples), the bulk of the

causes thus belongs to men. Identifying risk factors for reproductive dysfunction associated with the lifestyle of men will introduce primary

and secondary prevention of diseases and improve reproductive potential of men to improve demographics.

УДК 616-084-07(574)

**Т.К. САЙДАМАРОВА**

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни, г. Алматы

## РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВЫХ ОСМОТРОВ И ВЫЯВЛЕНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

### Аннотация

В РК скрининги проводятся с 2008 г., в настоящее время улучшены качественные показатели скрининга, расширены виды скрининговых исследований.

**Ключевые слова:** скрининги, раннее выявление заболеваний, профилактика, болезни системы кровообращения, рак молочной железы, рак шейки матки.

Скрининг - метод активного выявления лиц с какой-либо патологией или факторами риска ее развития, основанный на применении специальных диагностических исследований, включая тестирование, в процессе массового обследования населения или его отдельных контингентов.

Цель скрининга - раннее выявление социально-значимых заболеваний или предрасположенности к ним, а также факторов риска их развития, что необходимо для оказания своевременной лечебно-профилактической помощи.

*Результаты скрининга используют также для изучения:*

- Распространенности исследуемого заболевания (или группы заболеваний) и их относительного значения;
- Разработки логической схемы тестирования (стратегия скрининговой программы);
- Наличия подготовленного персонала;
- Возможностей широкого охвата населения (массовость).

В РК Национальная скрининговая программа реализуется с 2008 г., целевой груп-

пой для раннего выявления были болезни системы кровообращения (БСК), предопухолевые состояния, рак молочной железы и рак шейки матки. С 2011 г. введены целевые группы на выявление сахарного диабета, глаукомы, предопухоловой патологии, рака толстой и прямой кишки (колоректальный рак).

Для оценки программы скрининга важно изучить показатели ее реализации. Всесторонний сравнительный анализ результатов проведения скрининговых осмотров за 5 лет - период от начала внедрения скрининговой программы (2008-2013 гг.) показал очевидную тенденцию к повышению качественных показателей скрининга во всех целевых группах. К примеру, улучшились показатели выявляемости и полноты взятия на диспансерный учет для дальнейшего динамического наблюдения предопухолевых состояний и рака молочной железы (РМЖ) – с 8,3% выявляемости заболевания до 12,0%; показатель охвата диспансерным наблюдением выявленных случаев РМЖ повысился с 51,1% до 93,6%. Аналогичная картина прослеживается по всем целевым группам скрининга.

На Республиканском совещании (13 фев-

раля 2014 г., г.Алматы) на тему «Мониторинг выполнения скрининговых осмотров по итогам 2013 г. и совершенствование алгоритмов профилактической деятельности на уровне первичной медико-санитарной помощи» была отмечена положительная динамика реализации скрининговой программы в стране.

Анализ результатов скрининговых обследований за 2012-2013 гг. показал тенденцию к улучшению показателя охвата по сравнению с аналогичным периодом 2012 г. в Жамбылской – 100,3% (95,9% - 2012 г.), Западно-Казахстанской – 100,4% (96,7% - 2012 г.) и Атырауской – 101,7% (94,3% - 2012 г.) областях.

*Динамика основных показателей скрининговых осмотров целевых групп* (выявляемость заболеваний и полнота взятия на диспансерный учет в 2013 г. увеличилась против

тех же показателей 2012 г.):

1. Болезни системы кровообращения (БСК) – в 2013 г. показатель выявляемости увеличился до 8,8% (8,1% в 2012 г.); показатель полноты взятия на диспансерный учет – 95,5% (2013 г.) против 86,5% в 2012 г.

2. Сахарный диабет – выявляемость 0,4% в 2013 г. против 0,3% в 2012 г.; полнота взятия на диспансерный учет 97,0% и 82,5% соответственно.

3. Предопухолевые заболевания и рак молочной железы – выявляемость в 2013 г. 12,0% против 10,7% в 2012 г.; полнота взятия на «Д»-учет – 93,6 % против 89,1% в 2012 г.

Уровни поведенческих факторов риска в сравнении с аналогичным периодом 2011-2012 гг. и результатами 5-го национального социологического исследования:

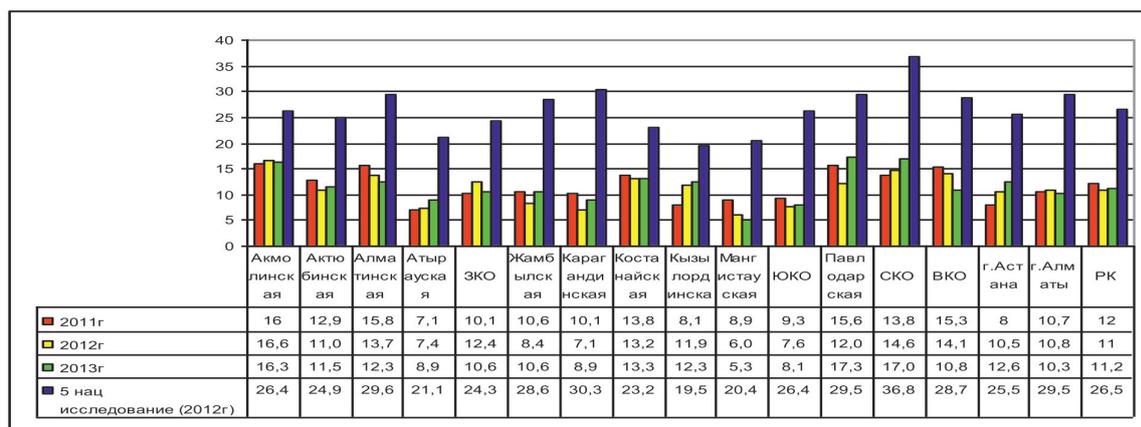


Рисунок 1 - Распространенность табакокурения по регионам РК

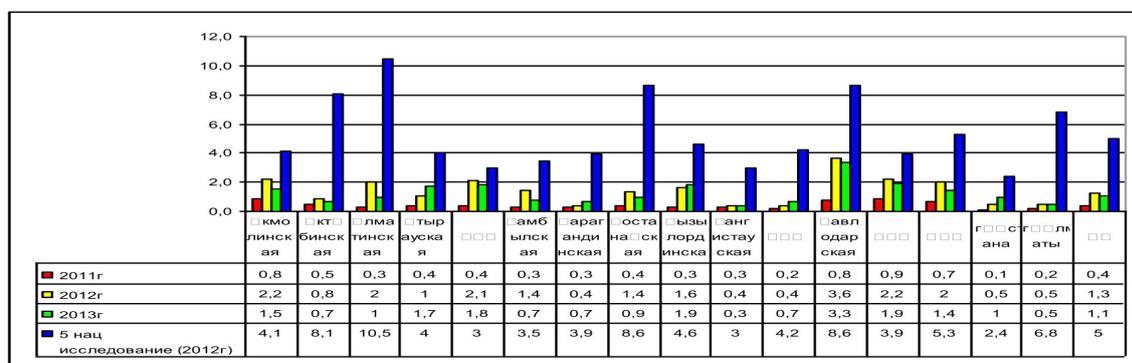


Рисунок 2 – Распространенность потребления алкоголя в опасных дозах по регионам РК

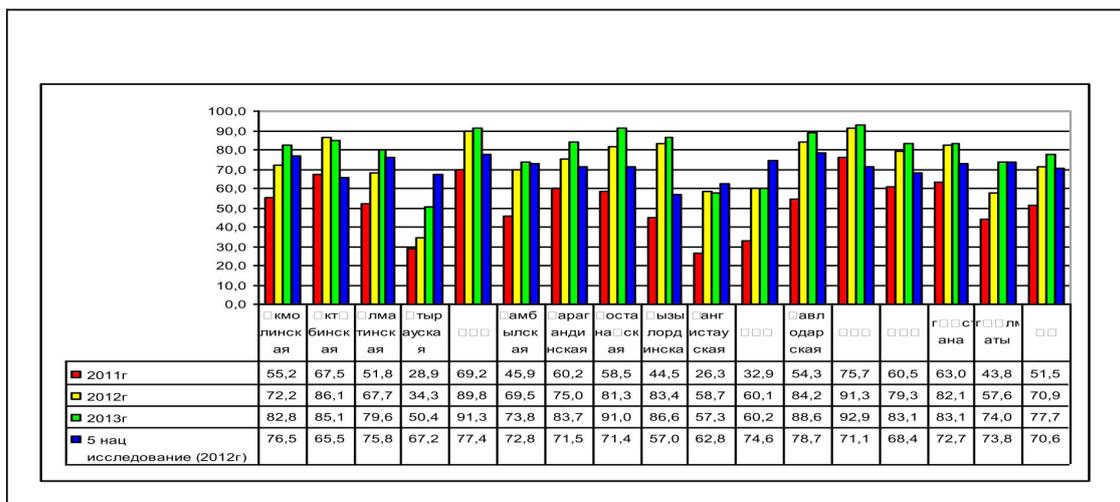


Рисунок 3 – Физическая активность по регионам РК

**Заключение.** Проводимый при скрининговых обследованиях «тест-опрос» на выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний при правильном использовании анкет (ф025-08/у – статистическая карта профилактического медицинского осмотра (скрининга) амбулаторного пациента), с хорошо организованной работой по дообследованию выявленных больных увеличивает эффективность скрининговых осмотров, особенно, в части выявления поведенческих факторов риска возникновения заболевания. Немаловажным аспектом эффективности скрининга является не только охват обследованием, но и строгий учет тех, у кого обнаружены факторы риска.

Скрининговые обследования оказывают значительное влияние на сохранение и укрепление здоровья различных групп населения, что в итоге позитивно скажется на демографической ситуации в Республике Казахстан.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Государственные нормативно-правовые акты по Национальной скрининговой программе в Республике Казахстан за 2009, 2011, 2012 гг. – Астана-Алматы.
2. Статистические материалы ТОО «Ме-

динформ» за 2011, 2012, 2013 гг. // Ежеквартальные и ежегодные статистические отчеты по целевым группам населения – Алматы.

3. Т.И. Слажнева, Н.А. Сулейманова, Т.К. Сайдамарова. Организация профилактических скрининговых медицинских осмотров в Республике Казахстан // Методическое руководство. - НЦПФЗОЖ МЗ РК, Алматы, 2012.

4. Отчет 5-го национального социологического исследования // НЦПФЗОЖ МЗ РК, Алматы, 2012. – 100 с.

5. Отчеты по скрининговым осмотрам целевых групп населения научно-исследовательских институтов и научных центров Республики Казахстан за 2013 г. // НЦПФЗОЖ МЗ РК, Алматы, 2012-2013. – 105 с.

**Түйін**

Халық денсаулығын нығайту мен қорғауда скринингтік тексерулер маңызды рөл атқарады және Қазақстандағы демографиялық жағдайға оң әсерін тигізеді.

**Summary**

Screening revisions play an important role in maintaining and promoting health, and generally have a positive impact on the demographic situation in Kazakhstan.

---

---

УДК 616.12-008.331.1-084/-085

**А. БЕКБАЕВА, А. БОТЫМБАЕВА, К. КЕНЖЕБЕК, А. КОЛДЕЙБАЕВ,  
Ж. УТЕБАЕВА**

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

## **АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ. ПРИНЦИПЫ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

### **Аннотация**

Проведен анализ методов первичной и вторичной профилактики артериальной гипертензии.

**Ключевые слова:** первичная и вторичная профилактика, артериальная гипертензия.

**Актуальность.** Артериальная гипертензия (АГ) является наиболее распространенной среди заболеваний сердца и сосудов, представляя собой актуальную медико-социальную проблему. Это обусловлено высоким риском осложнений, широкой распространенностью и недостаточным контролем АГ в масштабе популяции. По данным ВОЗ, АГ охватывает около 26,4% взрослой популяции населения мира. Важной проблемой мирового общественного здравоохранения являются болезни системы кровообращения, занимая во многих экономически развитых странах с переходной экономикой, в том числе Казахстане, первое место по вкладу в заболеваемость и смертность. Несмотря на непрерывное совершенствование методов диагностики и лечения кардиологических больных, сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной ранней инвалидизации населения.

По данным городского бюро статистики г.Алматы заболеваемость БСК в 2009 г. составила 2517,2 на 100000 населения. Потребности врачебной практики настоятельно требуют повышения эффективности мер профилактики и лечения АГ как в масштабах популяции, так и у конкретного пациента поликлиники. Новая форма рациональной профилактики и терапии - использование

стандартов или регламентов, направлена на снижение уровня АД и модификацию факторов риска в популяции. Подобный подход обещает существенное снижение риска сердечно-сосудистых осложнений, смертности и экономических потерь.

Уровень артериального давления зависит от таких факторов, как наследственность, условия окружающей среды, образ жизни и привычки, качество питания. Первые два из них отдельно взятый человек изменить не в состоянии, зато образ жизни и питание – вполне. Более того, соблюдение несложных принципов профилактики позволит снизить роль генетической предрасположенности и окружающей среды как факторов риска развития АГ. Наследственность, окружающая среда, образ жизни, питание - все эти факторы оказывают негативное влияние на уровень артериального давления, повышая его в той или иной степени.

Профилактика АГ бывает первичной и вторичной. Первичная профилактика – это предупреждение возникновения заболевания. Принципов первичной профилактики необходимо придерживаться здоровым людям, имеющим высокий риск развития гипертонии (например, наследственность или условия труда). Однако и тем, у кого нет предрасположенности к заболеванию, реко-

мендуется следовать этим методам профилактики. Как известно, патологически высокое давления может проявиться у любого человека в неожиданный момент.

*На этом этапе профилактика заключается в нормализации образа жизни и отказе от вредных привычек.*

> Профилактика появления избыточной массы тела. Ожирение является самостоятельным, но потенциально обратимым фактором риска развития артериальной гипертензии и осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы. Доказано, что наличие избыточного веса связано с увеличением частоты других факторов риска АГ и осложнений. Вместе с тем, похудение сопровождается снижением показателей артериального давления.

> Ограничение употребления соли и коррекция рациона питания. Доказана взаимосвязь между количеством потребляемой соли и уровнем артериального давления, что более отчетливо проявляется с возрастом. Ограничение потребления соли приводит к снижению давления. Избыточное количество соли современный человек получает с фаст-фудом и полуфабрикатами. Их количество в рационе желательно свести к минимуму, как и продукты с консервантами. В своем питании стоит отдать предпочтение фруктам, овощам, ненасыщенным жирам (растительные масла, морская рыба, орехи). Рекомендуются ограничить жиры животного происхождения, жареные блюда. Избыток животных жиров приводит к образованию холестериновых бляшек на стенках сосудов. Злоупотребление сладостями, хлебобулочными изделиями из муки высшего сорта вызывает нарушение обмена глюкозы в организме, что повышает риск ожирения и АГ.

> Отказ от курения. Курение повышает уровни артериального давления и является потенциально обратимым фактором риска АГ. Подсчитано, что риск сердечно-сосудистых осложнений повышается в 1,5

раза. Кроме того, у курильщиков наблюдается нарушение липидного обмена, что неблагоприятно влияет на риск развития АГ.

> Ограничение алкоголя. По статистике, в развитых странах 5-20% случаев АГ связаны с избыточным потреблением алкоголя. Результаты научных исследований показывают, что ограничение алкоголя приводит к снижению «верхнего» и «нижнего» показателей давления, а полный отказ от спиртных напитков приводит к нормализации давления у 20% больных АГ.

> Борьба со стрессом, нормализация режима сна. Постоянные стрессы приводят к повышению артериального давления, что со временем грозит развитием АГ. Стресс также может быть спровоцирован недосыпанием.

> Повышение физической активности. Выполнение даже несложных физических упражнений, борьба с гиподинамией благоприятно воздействуют на уровень артериального давления и помогают уменьшить влияние других факторов риска развития АГ (избыточный вес, стресс, нарушение углеводного и липидного обмена).

Принципы вторичной профилактики гипертонии. Этим принципам должны следовать пациенты, которым уже поставлен диагноз «артериальная гипертензия». Соблюдение принципов позволит избежать усугубления и развития опасных осложнений болезни. Вторичная профилактика включает немедикаментозное лечение АГ и терапию лекарственными (антигипертензивными) средствами. Немедикаментозное лечение представляет собой соблюдение принципов первичной профилактики АГ, но уже с более жесткими требованиями. Лекарственная терапия подразумевает прием препаратов для целенаправленного снижения показателей артериального давления. Данные препараты и режим их приема подбирает врач индивидуально для каждого пациента. Вторичная профилактика АГ неэффективна без систематического контроля уровня давления (утром

и вечером). В случае ухудшения состояния нельзя откладывать обращение к врачу, который откорректирует назначение препаратов.

Лечение АГ является важной стратегической задачей снижения сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности. Целью фармакотерапии является снижение артериального давления до целевого уровня ( $< 140/90$  мм рт. ст.), коррекция всех модифицирующих факторов риска. В настоящее время в общеврачебной практике (ОВП) используются две стратегии стартовой терапии АГ: монотерапия и низкодозовая комбинированная терапия. Проблема оптимизации лекарственной терапии АГ остается актуальной, несмотря на достаточно обширную номенклатуру гипотензивных препаратов, включающих диуретики, бета-адреноблокаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, блокаторы ангиотензиновых рецепторов, агонисты альфа 1-имидазолиновых рецепторов, альфа 1-адреноблокаторы.

Для лечения АГ наиболее часто рекомендуются следующие комбинации, например, гипотензивных препаратов: ингибитор АПФ + диуретик; бета-адреноблокатор + диуретик; блокатор ангиотензиновых рецепторов+диуретик; антагонист кальция дигидропиридинового ряда + бета-адреноблокатор; антагонист кальция + ингибитор АПФ; антагонист кальция+диуретик; альфа 1-адреноблокатор + бета-адреноблокатор; ингибитор АПФ+бета-адреноблокатор+диуретик, учитывая различные механизмы действия различных групп препаратов.

**Цель.** Исследовать результаты лечения АГ среди населения за 2012-2013 гг. в городской поликлинике №10 г. Алматы.

**Материал и методы.** Проанализированы амбулаторные карты 45 больных, средний возраст обследованных составил 50-68 лет, среди наблюдавшихся было 24 (53,3%) женщины и 21 (46,6%) мужчина. Страдающих АГ различной степени тяжести. При этом, у

10 (22,2%) пациентов диагностирована АГ I степени, у 15 (33,3%) больных – АГ II степени, у 20 (44,4%) пациентов - АГ III степени. Наиболее часто использовали следующие комбинации: назначений составили 4 класса препаратов (с учетом комбинаций препаратов) – ингибиторы АПФ (30,4%); бета-адреноблокаторы (26,2%); антагонисты кальция (19,6%); диуретики (16,4%). Доля назначений гипотензивных препаратов центрального действия составила 3,2%; блокаторов ангиотензиновых рецепторов - 1,4%; лекарственных средства прочих фармакологических групп – 2,8%.

Оценка результатов исследования показала, что на амбулаторном этапе оказания медицинской помощи больным с АГ прослеживается тенденция к высокой частоте использования ингибиторов АПФ, являющихся высокоэффективными гипотензивными препаратами с доказанным кардио-, васкуло-, ренопротективным действием. На втором месте по частоте назначения находятся селективные бета-адреноблокаторы, обладающие большим количеством, обладающие большим количеством бета-адреноблокатор при сочетанной бронхиальной астме увеличение доли антагонистов кальция в сравнении с диуретиками обусловлено органопротекторными эффектами антагонистов кальция.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что при проведении гипотензивной терапии врачами поликлинического звена активно используются «новые» ингибиторы АПФ (хартил 5 мг), тогда как доля «старых», достаточно известных препаратов, с наиболее неблагоприятным профилем действия сокращается. Среди бета-адреноблокаторов невивалол 5 мг, метопролол XL 50 мг, карведилол 25 мг, также чаще назначаются новые высокоселективные препараты с дополнительными положительными свойствами. В структуре назначений антагонистов кальция (лекарнидипин 10 мг) преобладают совре-

менные препараты длительного действия и пролонгированные формы короткодействующих. Среди диуретиков чаще всего назначался препарат индапамид 0,625 -1,25 мг. Меньшая доля самостоятельного использования гидрохлортиазида (монотерапии) в структуре назначений, возможно, связана с его вхождением в состав комбинированных препаратов амесса 4/5 мг (периндоприл, амлодипин).

**Заключение.** При терапии АГ различной степени тяжести на амбулаторном этапе используются преимущественно современные высокоэффективные гипотензивные препараты, что положительно характеризует уровень оказания медицинской помощи. КН недостаткам проводимого лечения следует отнести низкую частоту использования препаратов группы блокаторов рецепторов ангиотензина, что вероятно связано как с недостаточной информированностью врачей, так и с уровнем дохода пациентов.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). - Выпуск VIII. - М.: Эхо, 2007. - 1008 с.
2. S.E. Nissen, E.M. Tuzcu, P. Lobby et al. Effect of Antihypertensive agents on cardiovascular events in patients with coronary disease and normal blood pressure: the CAMELOT Study: a randomized controlled trial. - JAMA. - 2004. -V. 292. - P. 2217-2225.
3. Оганов Р.Г. Профилактика сердечно-со-

судистых заболеваний: возможности практического здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2002. - №1. - С. 5-9.

4. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний // Центрально-азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - Алматы, 2011. - №3. - С. 92-94.

### Түйін

Тұқымқуалаушылық, қоршаған орта, өмір сүру салты, тамақтану артериялық қысым деңгейіне теріс әсер ететін факторлар болып табылады. Артериялық қысымның алдын алу біріншілік және екіншілік болып бөлінеді. Терапия мен тиімді алдын алудың жаңа үлгісі - бұл артериялық қысым деңгейін төмендету және популяциядағы қауіп - қатер факторларын модификациялау, стандарттарды немесе регламенттерді қолдану болып табылады.

### Summary

Heredity, environment, lifestyle, diet - the factors that have a negative impact on blood pressure, increasing it in varying degrees. Prevention of hypertension is divided into primary and secondary. New format rational prophylaxis and therapy - is the use of standards or regulations, lowering blood pressure and modification of risk factors in the population.

---

УДК 613.86-053.6/.7:159.9.072:616-072.8

**М.К. КУРМАНОВ, Е. НАКОНЕЧНИКОВА**

Центр формирования здорового образа жизни,  
Молодежный центр здоровья «Арман кала», г. Астана

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ МОЛОДЕЖИ С ПОМОЩЬЮ УНИВЕРСАЛЬНОГО ПСИХО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА «АК-СУНКАР»

### Аннотация

В статье приводятся обоснование применения универсального психо-диагностического комплекса (УПДК) «Ак-Сункар» и результаты выявления психологических факторов риска развития рискованного поведения среди молодежи.

**Ключевые слова:** психология, суицид, молодежь, коррекция психологического поведения.

**Актуальность.** В современном мире при росте возможностей информационных технологий для молодежи, особенно, обучающихся в СУЗах и ВУЗах, наблюдается устойчивое снижение их адаптационных возможностей, увеличивается количество личностных и семейных проблем, конфликтных ситуаций в местах их учебы и проживания, возникают трудности при усвоении учебного материала по различным (ситуационным или органическим) причинам.

Психология молодых людей имеет определенные отличия от таковой у взрослых. Отличия в том, что молодежь более эмоциональна в своих реакциях на окружающий мир, часто впадает в депрессивные состояния, и не задумывается о возможных последствиях своих действий и слов. Молодые люди импульсивны, для них характерны необдуманные решения и поступки. У них часто наблюдается переоценка собственных возможностей и сил, поэтому возникают проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем, часто развиваются заболевания органов половой сферы. К сожалению, некоторые из них выбирают суицид как единственно верное, по их мнению, решение проблемы.

Казахстан в последние несколько лет за-

нимает третье место в мире по завершенным суицидам среди молодежи. Проблема эта актуальна, требует к себе серьезного внимания и правильного подхода. С целью выявления суицидальных факторов или поведенческих факторов риска среди молодежи, Центр формирования здорового образа жизни и МЦЗ «Арман кала» (г. Астана), с разрешения руководства медицинского колледжа, провели исследование (психологическое тестирование) учащихся с применением УПДК. Психологическое тестирование проводилось на казахском и русском языках - на выбор исследуемого.

**Методы исследования.** Выбор методик был основан на следующих особенностях: т.к. в клинических проявлениях суицидального поведения часто наблюдаются депрессивный, тревожный компоненты, связанные с риском суицидальных действий, были отобраны следующие психологические тесты:

> **Опросник САН** - выявление утомления, здоровья, силы, подвижности, эмоционального состояния;

> **Опросник СЛ 19** - выявление уровня суицидального риска и наличия суицидального поведения;

> **Опросник ФСР 26** - выявление уров-

ней склонности к суицидальным реакциям и устойчивости к психоэмоциональным нагрузкам;

> **Опросник Спилберга** - выявление личностной тревожности (высокая - проявление невротического конфликта с возможными эмоциональными срывами) и ситуационной тревожности (при попадании в стрессовую ситуацию появляется напряженность, вегетативное возбуждение);

> **Опросник Бека** - выявление депрессии и ее степени тяжести - от отсутствия до тяжелой депрессии.

Тестирование в колледже было обозначено как выявление факторов риска у молодежи (депрессия, тревожность, снижение активности), исследование суицидальной активности в разговоре не обозначалось и в результатах прямо об этом не сообщалось, результат выдавался устно - «повышен риск совершения необдуманных поступков», «наличие какой-либо нерешенной проблемы, которая вызывает переживания» и др.

**Результаты психологического тестирования.**

1. Прошли тестирование всего **130** человек, из них лица:

> Мужского пола: 16-12 %;

> Женского пола: 114-88 %.

2. Выявлены факторы риска у **38** человек из общего числа обследованных (23%), из них лица:

> Мужского пола: 2;

> Женского пола: 36.

Все обследованные отвечали на вопросы самостоятельно, на выбранном ими языке. На казахском языке ответили 47 человек (36%). Тестирование проводилось конфиденциально, результаты сообщались лично исследуемому - есть факторы риска или таковые отсутствуют. При выявлении факторов риска и желании самого человека поделиться своими проблемами, сразу же проводилась консультация. Подборка тестов у всех исследуемых была одинаковой (5 вышеперечислен-

ных тестов).

Те, кто по результатам психологического тестирования отнесен к группе риска - имели высокие баллы (отрицательные по значению) не менее чем по трем тестам. Все выявленные с факторами риска, были направлены к психологу колледжа для проведения коррекционной психологической работы.

**Пример результатов психологического тестирования:**

1. Учащаяся (отвечала на казахском языке) получила следующие результаты, по которым была отнесена в группу риска:

- Снижен уровень жизненной активности (3,1);

- Высокий уровень тенденций к суицидальным реакциям (17);

- Выраженная депрессия (26);

- Высокие уровни личностной и ситуационной тревожности;

- Снижен уровень самочувствия, активности и настроения (2-2,5);

- Средний уровень суицидального риска (13);

- Высокий уровень склонности к суицидальным реакциям (17);

- Высокие уровни личностной и ситуационной тревожности.

**Заключение.** Применение психологических тестов (в различной комбинации) УПДК «Ак-Сункар» позволяет на ранних этапах развития невротического, депрессивного, суицидального состояний, выявлять и, как можно раньше, начинать психокоррекционные состояния или направлять на консультацию к врачу-психиатру.

В процессе проведения тестирования выявляются различные проблемы учащихся - личностные, семейные, связанные с учебой или проживанием, межличностным общением, которые можно практически сразу скорректировать. Большинство из тех, кто прошел тестирование, даже не попавшие в группу риска, имеют различные проблемы, но фактически только 2-3% из них об-

ращались за консультацией к психологу.

қауіпінің алдын алу болып табылады.

### Түйін

Универсалды психо-диагностикалық «Ақ-Сұңқар» кешені – невротикалық, депрессиялық және суицид жағдайын ерте сатысында анықтау үшін тиімді психологиялық тестілеу, сонымен қатар жастардың арасында ауыр психологиялық бұзылыстардың даму

### Summary

UPDK «Ak-Sunkar» - effective psychological testing to detect the early stages of a neurotic, depressive and suicidal states, as well as is the prevention of the risk of severe psychological disorders among youth.

УДК 616-084-07-053.2:614.2(574)

**Л.В. ЛИМ, М.Н. ШАРИПОВА, С.Н. НУРТАЗАЕВА, А.Т. НУРХАНОВА,  
З.А. КАИРБЕКОВА**

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК, г. Алматы

## ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ОСМОТРЫ ДЕТЕЙ - ОСНОВА ЗДОРОВОГО РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА

### Аннотация

Дефицит кадров диктует необходимость принятия другой модели проведения профилактических осмотров с использованием АКДО.

**Ключевые слова:** профилактические осмотры детей от 0 до 18 лет, автоматизированная экспертно-скрининговая система.

**Актуальность.** Охрана здоровья подрастающего поколения является важнейшей задачей социальной стратегии любого государства, поскольку здоровье детей создает фундаментальную основу для формирования потенциала здоровья будущих взрослых членов общества [1]. Все, что характеризует детей сегодня, уже представляет собой прогноз на будущее.

В Послании Генерального директора ВОЗ, д-ра Чена заявлено, что для достижения хорошего уровня здоровья каждого человека первичная медико-санитарная помощь, в частности, профилактические осмотры сегодня актуальнее, чем когда-либо [2].

В целом, в мире достигнут значительный прогресс в здравоохранении, однако сохраняется высокая заболеваемость населения,

особенно детского. Подавляющее большинство детей является уже с раннего возраста нездоровыми [2,3]. В этой связи, проведение профилактических медицинских осмотров детей, нацеленных на раннее выявление заболеваний, а также своевременное проведение лечебно-профилактической работы является чрезвычайно важным направлением медицины.

Сегодня мы можем проводить профилактические осмотры детей качественно и с максимальным охватом, благодаря целенаправленным и согласованным действиям различных структур общества, достаточным государственным инвестициям с вовлечением в работу научных институтов, осуществляющих мониторинг, координацию и анализ состояния здоровья детского населения в

целом по республике.

Научный центр педиатрии и детской хирургии, как головное республиканское учреждение, осуществляет организационно-методическое руководство, координацию, мониторинг, оценку, практическую помощь в проведении профилактических медицинских осмотров, динамическое наблюдение за оздоровлением детского населения и диспансеризацией.

В послании Президента РК Н.А. Назарбаева «Стратегия Казахстан-2050» профилактическая медицина отнесена к ключевой, которая должна способствовать формированию здоровой нации.

**Цель.** Определение эффективности проведения профилактических осмотров детей Казахстана по данным мониторинга 2011-2013 гг.

**Материал и методы.** Были использованы следующие методы исследования: математические, аналитические и статистические. Исследование проведено на основе данных, взятых из статистических форм по профилактическим осмотрам. Медицинскими осмотрами было охвачено 4190686 детей в 2011 г., 4487445 - в 2012 г., 4398466 - в 2013 г., что составило в среднем 96,4% от запланиро-

ванных цифр. Проведена оценка первичной заболеваемости. Нозологии выделены согласно МКБ 10 пересмотра (1995).

Для статистической обработки приняты абсолютные величины числа случаев впервые выявленных заболеваний, полученных при проведении профилактических медицинских осмотров, выполненных специалистами амбулаторно-поликлинических медицинских организаций 14 областей Казахстана, городов Алматы и Астаны. Обработка данных проведена методами вариационной статистики с применением программы Excel.

**Результаты и обсуждение.** Охват детского населения детей педиатрами от 0 до 18 лет за 2011-2013 гг. в разрезе «город, село, РК» в среднем педиатрами составляет 96,4% детей (рис. 1).

Средний процент выявления больных из осмотренных в разрезе областей составил 18,7%. От 38,1 до 53,3% детей было поставлено на диспансерный учет из впервые выявленных больных (рис. 1). Из числа проанализированных - доля охваченных городских детей профилактическими осмотрами составила 53,4%, соответственно, сельских - 46,6%.

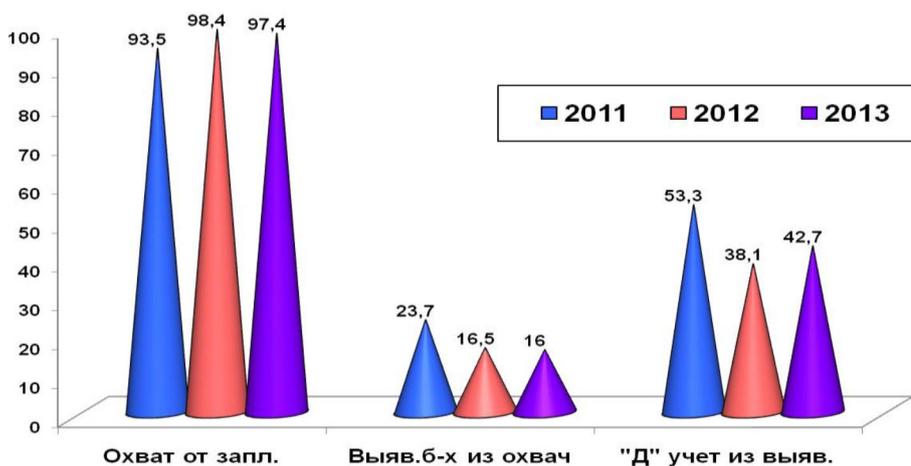


Рисунок 1 - Охват, выявление больных и «Д»-учет

В целом, по республике отмечается почти 100% охват педиатрами детского населения. Однако, осмотр детей узкими специалистами составляет в среднем 20-40% от планируемых цифр ежегодно. Урологом дети осматриваются всего в 4-15% случаев. Намечилась положительная динамика в охвате детей стоматологом (до 43%), эндокринологом (до 35%), педагогом-психологом (до 29%), но осмотр узкими специалистами детей очень низок, особенно на селе. Недостаточный охват детей узкими специалистами предполагает искажение показателя заболеваемости той или иной патологией, т.е. структура заболеваемости существенно изменится при достаточном кадровом потенциале.

Показатели половозрастной структуры осмотренных детей от 0 до 18 лет выявили легкое преобладание мальчиков над девочками ( $p > 0,05$ ). Из них дети до 15 лет составляют более 80,0% с недостоверным преимуществом мальчиков как на селе, так и в городской местности ( $p > 0,05$ ). При изучении физического развития за анализируемый период в центильном диапазоне массы тела по республике общепринятые нормальные значения массы тела (25-75 процентиля) отмечались у 50,0% детей.

Наибольшие отклонения в центильном диапазоне в сторону уменьшения по массе тела в среднем по республике отмечены у 25,0% детей. У четверти детей масса тела превышала средние показатели. Полученные показатели нужно трактовать неоднозначно, поскольку как и тот, так и другой вместе составили около 50% детей, что в общем-то говорит о неблагоприятных признаках в состоянии здоровья детей, связанных с повсеместным экологическим неблагополучием и снижением качества пищевых продуктов.

В центильном диапазоне по длине тела по республике общепринятые нормальные значения (25-75 процентиля) отмечались у 60,0% детей. Явных различий по годам нами

не выявлено, т.к. показатель длины тела является наиболее стабильным и малозависимым от внешних условий, которые за 3 года практически не изменялись.

Наибольшие отклонения в центильном диапазоне в сторону уменьшения по длине тела в среднем по республике у 30,0% детей. У 10,0% детей длина тела превышала средние величины. Таким образом, исходя из данных показателей нужно отметить, что дети республики в большом проценте случаев оценивались ниже 25 процентиля, что свидетельствует о том, что физическое развитие детей не соответствует принятым стандартам, требует особого к ним внимания и оценки создавшейся экономической ситуации.

Анализ заболеваемости за 3 года по отдельным классам и группам болезней выявил, что наибольший удельный вес в патологической панораме первичной заболеваемости детей 0-17 лет принадлежит болезням крови, кроветворных органов и отдельным нарушениям, вовлекающих иммунный механизм (58,5%). Наиболее высокий уровень заболеваний данной категории отмечен преимущественно за счет железодефицитной анемии. Актуальность этого класса заболеваний, особенно очевидна в группе детей до 5 лет.

Выявляемость болезней крови, кроветворных органов наибольшая в Мангистауской, Кызылординской и Южно-Казахстанской областях (93,358,5%, 92,3% и 86,7% соответственно). В Жамбылской и Западно-Казахстанской областях в 2013 г. отмечается существенное снижение показателя с 94,8% и 83,9% до 45,0% и 52,3% соответственно, что свидетельствует об эффективности профилактической работы. Лидирующее место по республике занимают болезни органов дыхания (38,3%). Высокие цифры данной патологии регистрируются в Алматинской (61,0%), Жамбылской (50,0%) и Южно-Казахстанских областях (50,3%).

Следует отметить, что патология респираторной системы

торной системы является не только индикатором снижения адаптационных возможностей иммунной системы, но и показателем экологического неблагополучия воздушной среды. Наряду с высоким уровнем заболеваемости органов дыхания и болезней по классу «Болезни крови...» в последние годы стремительный рост отмечен по болезням глаза и его придаточного аппарата (18,9%), особенно у детей школьного возраста. При этом отмечается негативная динамика в исследуемый период (24,3%, 26,3%, 27,0%). Использование компьютерных технологий сильно отражается на заболеваемости, особенно в городской местности и центральных городах. В г.Астане показатель заболеваемости составил 78,7% (при средних значениях по республике - 26,0%).

Неблагоприятные тенденции наметились и по болезням эндокринной системы (14,0%), болезням нервной системы (21,8%) как в сельской, так и городской местности, что требует проведения дополнительных исследований для выявления причин роста заболеваемости среди детской популяции.

В возрастном аспекте отмечено четыре пика наибольшей выявляемости заболеваний: 0-1 год, 11, 14 и 17 лет. Среди жителей села первый пик отмечен в возрасте 2-х лет, далее 7-8, 10 и 15 лет. Высокие показатели числа заболеваний в целом, и по отдельным классам болезней, впервые выявляемых при медицинских осмотрах, являются индикаторами уровня неблагополучия здоровья населения.

Таким образом, анализ профилактических осмотров детского населения Казахстана за исследуемый период, в целом, говорит о достаточно высокой их эффективности. Получаемые результаты и их интерпретация позволяет оценить не только состояние здоровья детей, основные особенности формирования уровней и структуры заболеваемости, но и определить медицинское обеспечение детского населения и качество

оказываемой помощи. Однако, проблемой в проведении профилактических осмотров остается - существенный дефицит кадровых ресурсов, который снижает эффективность профилактической работы, искажает истинную структуру заболеваемости. Поэтому сегодняшний день диктует пересмотреть модель диспансеризации с внедрением и разработкой автоматизированных технологий. Появление информационных комплексов позволит по-новому подойти к реализации систем массового обслуживания.

В некоторых пилотных регионах России внедрена и успешно работает экспертно-скрининговая система диспансерного наблюдения АКДО (автоматизированный комплекс для профилактических осмотров и учета диспансерных исследований) [4]. Организация профилактических осмотров по системе АКДО позволяет решать кадровую проблему и получить прямой экономический эффект, снимает нагрузку по оформлению документации медицинскими работниками ПМСП и дает возможность проведения комплексного мониторинга с высокой степенью достоверности заключений, опираясь на строго формализованное и стандартизованное медицинское обеспечение.

В заключение необходимо отметить, что внедрение новейших информационных технологий будет способствовать реальному повышению качества медицинских осмотров и решению вопросов кадрового дефицита.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баранов А.А., Ильин А.Г. Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья детей в Российской Федерации // Рос. Педиатр. Журн.- 2011. - №4. - С.1-11.
2. Сегодня актуальнее, чем когда-либо // ВОЗ. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. - 2008. - С. 125.
3. Конова С.Р. Состояние здоровья детей

и совершенствование медицинской помощи в условиях первичного звена здравоохранения: автореф. ... докт. мед. наук. - М., 2007. - С. 15-25.

4. Галактионова М.Ю., Машина Н.С. Современные технологии ранних отклонений в состоянии здоровья подростков // РДЕ. - (111 К). - I. - С. 31-32.

### Түйін

Қазақстанның балаларына жүргізілетін профилактикалық тексерулерді бағалау зерттеу кезеңі кезінде олардың едәуір жоғары тиімділігі туралы айтылады. Профилактикалық жұмыстардың тиімділігіне әсер етуші мықты кадрлардың жетіспеушілігі

УДК 616.1/.8-084

**А.Ш. БАЛТАЕВА**

Актауская городская поликлиника №2, г. Актау

## ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

### Аннотация

Неинфекционные заболевания это, как правило, медленно прогрессирующие болезни. На сегодняшний день неинфекционные заболевания являются основной причиной смерти в мире. Ежегодно регистрируется, примерно, 36 миллионов случаев смерти (63% всех ежегодных случаев смерти).

**Ключевые слова:** неинфекционные заболевания, факторы риска, курение.

**Актуальность.** *Неинфекционные заболевания* (НИЗ) – это группа хронических заболеваний, а также сахарный диабет, хронические респираторные патологии (хроническая обструктивная болезнь легких и астма), психические расстройства и рак.

Наиболее распространенной причиной смерти от *НИЗ* являются *сердечно-сосудистые заболевания* (ССЗ). К ним относятся ишемическая болезнь сердца, такие как стенокардия, инфаркт миокарда, а также артериальная гипертензия и, как следствие, цереброваску-

лурушандықтың шындық құрылымын бұрмалайды. Сондықтан қазіргі уақыт автоматтандырылған технологияны әзірлеу және енгізумен бірге диспансерлеу моделін құру қажеттілігін талап етеді.

### Summary

Evaluation of preventive examinations of the child population of Kazakhstan during the study period indicates their relatively high efficiency. Strong staff deficit affecting the effectiveness of preventive measures, the incidence of distorts the true structure. So now dictates that the model dispensary with the introduction and development of automation technology.

лярные осложнения (ишемический и геморрагический инсульт). По данным ВОЗ ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний умирает более 15 млн. человек. При этом значительная часть смертельных исходов приходится на ишемическую болезнь сердца (ИБС), инфаркт миокарда (7,2 млн. чел).

В большинстве случаев проявление ИБС происходит по причине сужения коронарных артерий вследствие атеросклероза. Коронарный атеросклероз вызывается несколькими факторами – наследственность, потребление

насыщенных жиров, высокое артериальное давление, курение, физические нагрузки и стрессы.

**Факторы риска развития неинфекционных заболеваний.** Причины сердечно-сосудистых болезней сходны. Доказано, что люди, имеющие так называемые факторы риска, а именно высокий уровень холестерина в крови, высокий уровень артериального давления, курение, наследственно-семейное предрасположение к ССЗ, недостаточную физическую активность и ожирение рано заболевают атеросклерозом сосудов сердца, головного мозга, почек, конечностей.

У человека, имеющего хотя бы 1 (любой) фактор риска, вероятность инфаркта, стенокардии, инсульта, и смерти от них увеличилась бы в 2-3 раза по сравнению с аналогичным человеком, но без факторов риска. При сочетании двух, трех, четырех факторов риска прогноз прогрессивно ухудшался, вероятность риска смертности от ССЗ увеличивалась до 15 раз.

*Холестерин* – жироподобное вещество – главный субстрат атеросклеротической бляшки и главный виновник развития атеросклероза. В развитии атеросклероза артерий принимают участие различные виды холестерина и других жировых веществ, образующихся в самом организме. Кроме нарушения образования холестерина в организме, его высокому содержанию в крови способствует пища, богатая холестерином и так называемыми «насыщенными жирными кислотами». Они содержатся в большом количестве в молочных продуктах и жире любых животных. Исключение составляют лишь жир тела рыб, богатый ненасыщенными жирными кислотами, обладающими противоатеросклеротическими свойствами. Все растительные масла также действуют антиатеросклеротически.

Различают «плохие» холестерин (низкой плотности, ХС ЛПНП), которые оседают на

внутренней стенке артерий и образуют жировую бляшку, все более и более суживающую просвет артерии, тем самым уменьшающую поступление крови к сердцу, мозгу и другим органам, а также условно так называемый «хороший» холестерин или холестерин липопротеинов высокой плотности (ХС ЛВП). «Хороший» холестерин забирает из стенки артерий «плохой» холестерин и отводит его для уничтожения в печень. На практике же многие наши лаборатории ограничиваются определением в крови только общего холестерина, состоящего из суммы «плохих» холестерина и «хорошего». Поскольку основную массу общего холестерина составляют «плохие», то, в крайнем случае, можно обходиться определением только этого холестерина в крови. Важно знать их нормальные значения.

Повышение артериального давления является независимым фактором риска осложнений сердечно-сосудистой системы. При артериальной гипертонии увеличивается масса сердца, утолщается стенка сосудов, ускоренными темпами развивается атеросклероз.

**Курение.** Средняя продолжительность жизни курящего человека меньше, чем у некурящего ровесника в среднем на 12 лет. Установлено, что на сердечно-сосудистую систему отрицательно действуют два основных компонента табака – никотин и окись углерода. Никотин увеличивает выработку катехоламинов (адреналина, норадреналина), что ведет к учащенному сердцебиению, повышению артериального давления и увеличению потребности миокарда в кислороде. У больных коронарным атеросклерозом никотин вызывает сужение коронарных артерий.

Таким образом, под влиянием никотина создаются условия для развития ишемии миокарда. Доказано также аритмогенное действие никотина и его способность вызывать тромбоэмболические осложнения. А окись углерода оказывает непосредственное по-

вреждающее действие на сердечную мышцу. Кроме того, и никотин и окись углерода способствуют повышению уровня холестерина, т.е., возникает ранний атеросклероз сосудов.

Все вышеперечисленные факторы риска взаимосвязаны. Малоподвижный образ жизни, отсутствие достаточной физической активности, ожирение нарушают функции многих органов и систем. При гиподинамии не происходит полного расщепления жиров и холестерина, создаются благоприятные условия для отложения их в стенках артерий, что способствует развитию и дальнейшему прогрессированию атеросклероза.

Ниже мы даем *рекомендации* для больных с установленным диагнозом сердечно-сосудистых заболеваний и для лиц с высоким риском развития этих заболеваний.

В целом, это целый *комплекс мер по изменению образа жизни*, включающий в себя:

1. Отказ от курения

2. Рациональное питание. Во-первых, соблюдение малосолевой диеты, ограничить потребление соли до 3-5 г/сутки. В рацион питания включить обезжиренные продукты, исключить жиры животного происхождения с целью предотвращения гиперхолестеринемии.

3. Употреблять продукты, богатые белком и микроэлементами, такими как калий и магний. Это гречневая, овсяная, пшеничная крупы, изюм, курага, злаковые овощи, зеленый горошек, капуста, апельсины, мандарины, чернослив, печеный картофель, хлеб из муки грубого помола, творог, молоко. Включайте в диету морскую рыбу, морскую капусту, крабы, обладающие антисклеротическими свойствами. Рекомендуется рисово-компотные, фруктово-овощные диеты. Исключите продукты, возбуждающие центральную нервную и сердечно-сосудистую системы (крепкий чай, кофе). Избегайте чрезмерного употребления алкоголя.

4. Достаточная физическая активность.

При избыточной массе тела проводите разгрузочные дни 1-2 раза в неделю. Повышайте физическую активность (ходьба, плавание, бег, игра в теннис, волейбол).

5. Борьба со стрессом. Систематически (не менее 3-х раз в неделю) занятия ЛФК способствуют снижению нервно-психического напряжения, уменьшению массы тела при ожирении и повышению работоспособности.

#### **Воздействие на факторы риска развития ССЗ**

- Поддержание АД на определенном уровне:

- \* меньше 140/80 мм рт.ст. в большинстве случаев;

- \* меньше 130/80 мм рт.ст. в ряде случаев.

- Поддержание концентрации общего холестерина (ХС) в крови на определенном уровне:

- \* меньше 5,0 ммоль/л (меньше 190 мг/дл) в большинстве случаев;

- \* меньше 4,5 ммоль/л (меньше 175 мг/дл) в ряде случаев.

- Поддержание концентрации ХС липопротеинов низкой плотности (ХС-ЛПНП) в крови на определенном уровне:

- \* меньше 3,0 ммоль/л (меньше 115 мг/дл) в большинстве случаев;

- \* меньше 2,5 ммоль/л (меньше 100 мг/дл) в ряде случаев.

- Тщательная коррекция уровня глюкозы в крови при наличии сахарного диабета.

Основные показатели, к которым следует стремиться при проведении профилактики ССЗ, можно представить в виде так называемого правила как «Телефонный номер здорового сердца» -**14090530**, где:

- \* 140 (мм.рт.ст.) – уровень систолического АД;

- \* 90 (мм рт.ст.) – уровень диастолического АД;

- \* 5 (моль/л) – концентрация общего ХС в крови;

- \* 3 (моль/л) – концентрация ХС –

ЛПНП в крови;

\* 0 – отказ от курения.

**Заключение.** В итоге, хотелось подчеркнуть важность соблюдения всех вышеперечисленных основных мер профилактики ССЗ, которые в будущем искоренят понятие «Все наши проблемы – в нас самих». Но не менее важно – это удержать правильно выбранную позицию просвещенного населения за здоровый образ жизни под лозунгом «Ваше здоровье в ваших руках». Профилактика неинфекционных заболеваний должна проводиться постоянно, грамотно и доступно.

УДК 613.2:303.621.35:303.442(574-25)

**Г.Р. СУЛЕЙМЕНОВА, Г. ДУЙСЕНБАЕВА**

Алматинский городской центр формирования здорового образа жизни, г. Алматы

## МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА КУЛЬТУРЫ ПИТАНИЯ ЖИТЕЛЕЙ г. АЛМАТЫ

### Аннотация

В работе приводятся результаты и анализ анкетного опроса жителей г. Алматы, позволяющие оценить их культуру питания. Отмечено, что население, в целом, ознакомлено с правилами рационального питания. В то же время установлено, что 7,0% жителей питаются в заведениях «фаст-фуд», 38,0% - не придерживаются регулярно принципов рационального питания. Авторами рекомендуется усилить мероприятия по соблюдению населением культуры питания и ведению здорового образа жизни.

**Ключевые слова:** питание, здоровый образ жизни, социологическое исследование, анкета, профилактика.

**Актуальность.** Известно, что государственная политика в области здорового питания основывается на следующих основополагающих подходах:

- Здоровье человека – важнейший принцип государства;
- Продукты питания не должны причинять ущерб здоровью человека;
- Питание должно способствовать защите организма человека от неблагоприятных условий окружающей среды [1-3].

### Түйін

Жұқпалы емес аурулардың алдын алу мінез-құлықтың қауіпті факторларын түзетумен байланысты: темекі шегуді төмендету, тиімсіз тамақтану және гиподинамия.

### Summary

Prevention of noncommunicable diseases associated with the correction of behavioral risk factors: reduction of smoking, poor nutrition and physical inactivity.

В Казахстане на фоне достаточного уровня просвещенности населения, одним из важных является вопрос развития культуры рационального питания. Отметим, что рациональное питание играет определяющую роль в поддержании организма в оптимальном физиологическом состоянии, сохранении высокой работоспособности, увеличении продолжительности жизни и в борьбе со многими неблагоприятными факторами.

По мнению Академика РАМН Т.Ш. Шар-

манова (2012 г.), Казахстан является страной, где в равной степени присутствуют как проблемы недостаточности, так и избыточности питания со всеми вытекающими отсюда последствиями на здоровье людей и экономику страны [2]. В стране, за последние 10 лет, динамика заболеваний, связанных с питанием, имеет негативную тенденцию. Так, по данным Казахской академии питания, в республике железодефицитной анемией страдают 44,9% детей в возрасте 6-14 лет [4].

Авторами отмечено, что в республике структура питания характеризуется потреблением менее дорогостоящих и более калорийных продуктов, с большим содержанием животных жиров и крахмала. Особую тревогу в недостаточном питании, его дисбалансе вызывают дети, подростки и беременные женщины. Здоровье беременных и рожениц характеризуется ежегодным увеличением страдающих анемией.

Известно, что долгосрочное отсутствие необходимых для организма веществ в рационе питания в конечном итоге сказывается на здоровье. По результатам исследования Казахской академии питания и Национального Центра здорового питания в Западно-Казахстанской области среди обследованных женщин 63,3% имели избыточную массу тела или ожирение, среди мужчин данный показатель составлял 54,6%. Исследование проводилось в октябре-декабре 2012 г. в 4-х городах: Атырау, Уральск, Актобе, Актау, а также дополнительно в 3-х районных центрах и 4-х селах. Установлено, что в обеих половых группах избыточный вес и ожирение зависят от возраста. С годами количество респондентов, имеющих нормальную массу тела, снижалось: в возрасте 15-19 лет - 71,4% обследованных женщин и 85,7% мужчин имели нормальный вес в возрасте 50-64 года, их доля составляла 15,3% и 26,7% соответственно [5].

**Цель.** Мониторинг и оценка культуры питания в различных социально-биологиче-

ских группах населения г.Алматы.

**Материал и методы.** В течение 2013 г. на базе Алматинского городского центра формирования здорового образа жизни по методике ВОЗ проведено социологическое (зондовое) исследование по изучению культуры питания населения г.Алматы. В качестве респондентов выступили 1000 жителей Алатауского, Ауэзовского, Бостандыкского, Жетысуского, Медеуского и Турксибского районов.

Структурные характеристики выборочной совокупности представлены следующим образом:

- По полу: мужчины – 490 (49%), женщины – 510 (51%);
- По возрасту: 11-14 лет (4,6%), 15-17 лет (8,4%), 18-19 лет (9,2%), 20-29 лет (17,6%), 30-39 лет (21,2%), 40-49 лет (24,2%), 50-59 лет (9,6%), 60 лет и старше (5,2%).

При статистическом анализе достоверности исследования использовались доступные пакеты компьютерных программ. Вычислялись: стандартная ошибка ( $m$ ), доверительные границы ( $P$ ) с доверительной вероятностью признаков 95%. Достоверность разности средних определялась по критерию Стьюдента ( $t$ ) при  $P \leq 0,05$ .

Результаты и обсуждение. Анализ результатов проведенного социологического исследования показал, что больше половины респондентов не считают свой вес лишним. Так,  $73,0 \pm 1,4\%$  опрошенных указали, что их масса тела не является избыточной. Учитывая, что ранее проведенные широкомасштабные национальные исследования выявили в Казахстане в 2008 г. избыточный вес или ожирение у 50,6% женщин и 49,4% мужчин [2].

Полученные результаты свидетельствуют, с одной стороны, что анкетный опрос не позволяет определить истинные цифры избыточного веса, с другой стороны, указывают на то, что преобладающая часть жителей г.Алматы не придерживаются регулярно

принципов рационального питания. На вопрос «Вам известны принципы рационального питания?» - 38,0±0,1% респондентов ответили отрицательно.

Интересны ответы опрошенных на следующие вопросы: «Вы регулярно питаетесь в фаст-фуде?» – 7,0±0,1% ответили утвердительно. «Где Вы получаете информацию о правильном питании?» – 35,3±1,1% респондентов ответили: через интернет, 44,8±1,4% - через СМИ (радио, ТВ), 15,3 ±0,5% - пользуются услугами образовательных учреждений.

Анализ результатов исследования показал, что 83,0±0,1% респондентов употребляют в пищу овощи и фрукты. Однако, большинство опрошенных не считают количество съеденных калорий, не следят за суточным расходом энергии.

Заключение. Оценивая полученные результаты проведенного мониторинга культуры питания в г.Алматы, следует отметить, что в целом жители крупного мегаполиса республики ознакомлены с правилами рационального питания. В то же время есть необходимость активизации пропаганды правил оптимального питания. В этом плане представляется привлекательным создание для населения г.Алматы дополнительных условий доступности и приверженности принципам рационального питания. Например, возможности для ее усиления могли быть открыты сети столовых и других мест для приема горячей пищи, с возможностью соблюдения его регулярности, обеспечения их свежими продуктами, фруктами и овощами, полезными напитками.

Важной составляющей может быть проведение акций среди заведений по приготовлению пищи на наилучшие показатели, ориентированное на правильное и здоровое питание, создавая тем самым наиболее благоприятные условия для их процветания и развития. По-прежнему, важным остается

вопрос регулярного соблюдения населением принципов культуры питания, ответственности за свое здоровье и образ жизни.

В этом плане, первоочередными и наименее затратными мероприятиями по рациональным основам культуры питания являются:

- Активная пропаганда здорового питания, вопросов его правильной организации среди населения через СМИ;
- Повышение квалификации медицинских работников по вопросам диетологии;
- Витаминизация продуктов питания (хлеба, молока, соли и др.);
- Усиление гигиенического контроля за качеством пищевого сырья и готовой продукции;
- Проведение мониторинга по обеспечению населения основными продуктами питания.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шарманов Т.Ш., Абуова Г.О. Общественное исследование состояния питания населения (15-80 лет) Республики Казахстан, 1996. – Алматы, 2001. – 227 с.
2. Шарманов Т.Ш. Питание – важнейший фактор здоровья человека. – Алматы, 2010. – 480 с.
3. Королев А.А. Гигиена питания. – М, 2006. – 530 с.
4. Алдашев А.А., Бужикеева А.Б., Ли М.В. и др. Основы здорового и лечебно-профилактического и безопасного питания. – Астана, Алматы, 2012. – 287 с.
5. Талысбаева Ж.Т., Джумагалиев С.И., Тасполатов Б.К. и др. Распространенность избыточной массы тела и ожирения в Западно-Казахстанской области // Материалы международной конференции «Актуальные вопросы общественного здравоохранения», 2013. – 87 с.

**Түйін**

Мақалада Алматы қаласы тұрғындарының тамақтану мәдениетіне сауалнама арқылы жүргізілген зерттеудің қорытындысы және нәтижесі сипатталған. Зерттеу барысында тұрғындардың тиімді тамақтану туралы хабардар екендігі анықталды. Зерттеудің нәтижесіне сүйенсек, тұрғындардың 7%-ті фаст-фудпен тамақтанса, 38%-ті тиімді тамақтанудың ұстанымын әрдайым ұстана бермейді екен. Авторлар тиімді тамақтану мәдениетін күшейтуді және салауатты өмір салтын ұстануды ұсынады.

УДК 616.248-053.6

**К.К. ИБРАГИМОВА, Д. КАСЫМКЫЗЫ, Н.К. САПАХОВ, Ф.Н. ТЕМИРБЕКОВА, А.С. ХАСЕТОВА**

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

**Summary**

The paper presents the results and analysis of a questionnaire survey of residents of Almaty, to assess their food culture. Noted that the population in general, acquainted with the rules of good nutrition. At the same time found that 7,0% of feed in the «fast-food» place, 38,0% - do not adhere to the principles of a balanced diet regularly. Authors are encouraged to strengthen measures to comply with the population 's food culture, healthy way of life of the nation.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ПОДРОСТКОВ**

### **Аннотация**

В статье описаны особенности течения и профилактика бронхиальной астмы у подростков.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, подростки, особенности течения.

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) является одним из наиболее распространенных заболеваний, которым в мире страдает 1,5-30% детского населения. В настоящее время имеется тенденция к омоложению и усилению тяжести течения БА, причем их дебют приходится на социально-перспективный подростковый возраст. Доля подростков, страдающих бронхиальной астмой, составляет до 36-40%, причем две трети из них - мальчики.

Для подросткового возраста характерны усиленный физиологический рост и развитие организма, психологическое становление личности, гормональная перестройка организма, высокие умственные и физические

нагрузки, приобретение вредных привычек. Все это представляет огромную социальную проблему, поскольку заболевания верхних дыхательных путей без адекватного лечения и соответствующей профилактики часто трансформируется в БА, которая, в свою очередь, приводит к ранней инвалидизации уже в этом молодом возрасте.

Учитывая, что подростковый период является ключевым в формировании многих хронических заболеваний, анализ риска заболевания БА является чрезвычайно актуальным. В связи с этим, несмотря на наличие международных и национальных согласительных документов, регламентирующих вопросы диагностики и лечения бронхиальной

астмы, несвоевременное выявление данного заболевания по-прежнему является трудно решаемой проблемой. Кроме того, этот возрастной период приходится на проведение медицинского освидетельствования призывников, что определяет актуальность выработки единых подходов в диагностике бронхиальной астмы, особенно ее легких форм, что, в свою очередь, позволит избежать принятия неправильных экспертных решений.

**Цель.** Изучение особенностей клинического течения бронхиальной астмы у подростков.

**Задачи исследования.** Анализ факторов риска возникновения и особенностей клинического течения БА у подростков, определение соответствия обследования подростков протоколам обследования больных.

**Материал и методы.** Важную роль для постановки диагноза астмы играет первичная медицинская документация. В ходе обследования были изучены амбулаторные карты подростков. Нами обследовано 17 подростков в возрасте от 15 до 18 лет, наблюдающихся в подростковом кабинете ГП №10 с диагнозом БА. В отношении астматиков огромную роль играют факторы риска, которые могут провоцировать приступы аллергии или утяжелять имеющиеся.

*При анализе факторов риска выяснено:*

> У 80% опрошенных подростков имеют родителей с различными проявлениями аллергии – дерматитов, поллиноза и астмы. В отношении астматиков огромную роль играют факторы риска, которые могут провоцировать приступы аллергии или утяжелять имеющиеся проявления. Одним из факторов риска, сильнее всех влияющим на развитие аллергии является наследственность;

> В 70% случаев имели место частые вирусные респираторные инфекции. В ряде случаев - это тяжелые инфекционные заболевания в раннем возрасте, особенно с поражением бронхов и легких (бронхит, пневмония), когда происходит воспаление слизистых и

нарушение их целостности. В результате такие поврежденные бронхи становятся уязвимыми для влияния аллергенов, развивается их повышенная чувствительность (гиперреактивность) к воздействию даже привычных веществ, они быстро отекают и спазмируются под воздействием аллергенов и инфекционных агентов. Могут негативно влиять на развитие астмы и предрасположенности к ней инфекции ротоглотки – аденоиды или тонзиллит, они вызывают общую аллергизацию организма и повышение выработки реагинового иммуноглобулина Е, который и повышает чувствительность организма к аллергенам;

> У 90% подростков в семье родители курили.

Немалую роль на развитие астмы оказывает курение в семье, в том числе и пассивное. Табачный дым раздражает нежные бронхи ребенка, вызывает усиление выработки слизи, спазм бронхов и воспаление с отеком, и даже запах табака у астматика может провоцировать приступы;

> Еще одним важным фактором развития аллергии являются микро-клещи домашней пыли, которые обитают на коврах и мягкой мебели, в портьерах или шторах, на постельном белье детей и взрослых, в мягких игрушках детей. Сами по себе они не аллергены, но вот продукты их жизнедеятельности и экскременты являются сильными провокаторами аллергии. При высокой влажности и тепле дома они прекрасно размножаются и наносят вред здоровью аллергика. Такая бронхиальная астма имеет круглогодичный характер, так как контакт с аллергенами есть постоянно. А так как ближе к постели и игрушкам дети бывают ночью – приступы чаще ночные.

*По течению заболевания подростки с БА:*

> 10 больных (61 %) - интермиттирующее течение астмы;

> 5 больных (21%) - легкое персистирующее течение астмы;

> 2 больных (17%) - среднетяжелое персистирующее течение.

У 88,2% подростков выявлена атопическая форма БА. У 64,9% подростков дебют БА происходит в возрасте от 6 до 15 лет. Установлено, что у 50% больных первые приступы БА начались в школьном возрасте, у 30% - до 7 лет, у 17% - астматические приступы впервые появились в 14-15 лет.

Для подростковой астмы у лиц мужского пола характерны спонтанные ремиссии заболевания, которые обусловлены, с одной стороны, снижением выработки иммуноглобулина Е в этом возрасте, с другой - повышением продукции тестостерона, стимулирующего функцию симпатoadренальной системы. Наибольшая продолжительность спонтанной ремиссии была выявлена у 11% наших пациентов, и она не превышала 5 летнего периода. У подавляющего большинства обследованных (84%) ремиссия составляла 2-3 года, а у 5% - менее 1 года. Показано, что от 30 до 70% детей, имевших симптомы бронхиальной астмы, отмечают значительное улучшение или полное их исчезновение в подростковом возрасте, что во многом обусловлено возрастными особенностями синтеза IgE-антител.

Известно, что диагностика интермиттирующей бронхиальной астмы, а также персистирующей астмы легкого течения представляет определенные сложности ввиду наличия длительных бессимптомных периодов с отсутствием изменений объективных показателей, в том числе функции внешнего дыхания. Важность проблемы диагностики бронхиальной астмы в подростковом возрасте обусловлена и социальной значимостью болезни, так как назначение адекватного лечения определяет дальнейший прогноз.

Следует отметить, что диагностический процесс при верификации диагноза бронхиальной астмы требует проведения комплексного обследования с включением бронхомоторных тестов, направленных как

на выявление синдрома обратимой бронхиальной обструкции, так и феномена бронхиальной гиперреактивности. Особое место в диагностике бронхиальной астмы занимает аллергологическое обследование, что связано с преобладанием у детей и подростков атопического фенотипа заболевания.

При изучении фенотипов астмы установлено преобладание атопического фенотипа у 79% больных, неатопический фенотип выявлен у 8%, и 13% обследованных уточнить вариант БА не удалось в связи с применением оральных кортикостероидов. Протокол обследования больных соответствовал алгоритму обследования рекомендованных в «Протоколе лечения и обследования бронхиальной астмы» согласно приказу МЗ РК №239 от 07.04.2010 г. Согласно ему, больным выполняли клинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, рентгенологическое обследование органов грудной полости и придаточных пазух носа, анализ мокроты на астматическую триаду. Специфическое аллергологическое обследование включало:

> Сбор аллергологического анамнеза с особым вниманием к возрасту, первых симптомов, установки диагноза, частоте и причине обострений, наследственному анамнезу по атопии БА;

> Выполнение кожных аллергических проб со стандартными аллергенами по общепринятым методикам;

> Проведение провокационных тестов по показаниям;

> Функцию внешнего дыхания (ФВД) исследовали посредством спирометрии после соблюдения периода отмены для фармакологических препаратов. Для выявления обратимости бронхиальной обструкции проводилась проба с В-агонистом короткого действия (сальбутамолом или фенотеролом) в дозе 400 мкг. Результаты оценивались через 15 минут. Тест считался положительным в случае прироста ОФВ1 >12% (или >200 мл).

В качестве бронхопровокационного теста использовался тест с физической нагрузкой в тех случаях, когда имелись анамнестические указания на астматические проявления, вызванные физической нагрузкой. Нагрузка давалась с помощью велоэргометра, величина которой определялась по возрастанию частоты сердечных сокращений (ЧСС) на 75% от исходной. Тест считался положительным при снижении ОФВ<sub>1</sub> на 10% и более через 5-30 минут после окончания нагрузки.

#### **Заключение.**

- Отягощенный семейный аллергологический анамнез (80%), частые ОРВИ (70%), приобретение вредных привычек (курение - 90%) следует рассматривать как факторы риска, влияющие на тяжесть течения и продолжительность данного заболевания у подростков;

- Бронхиальная астма у подростков имеет преимущественно легкое течение со склонностью к спонтанным ремиссиям;

- Преобладает атопический фенотип бронхиальной астмы с сенсibilизацией к бытовым аллергенам;

- При лечении и обследовании подростков с БА соблюдался алгоритм согласно «Протоколам диагностики и лечения бронхиальной астмы».

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Норрман Е. и др. Распространенность

и заболеваемость астмой у подростков // Аллергия. – 1998. – 53 (1). - С. 28-35.

2. Томсен С.Ф. и др. Изменение распространенности астмы у детей и подростков // Immunol. - 2004. - 92(5). - С. 506-11.

3. Кольнаар Б. и др. Астма у подростков и молодых взрослых: отношения с раннего детства заболеваемости легких // Journal of General Practice. – 1994. – 44 (379). - С. 73-78.

4. Гибсон П. и др. Астма знаний, отношений и качество жизни у подростков // Арка Дис детьми. – 1995. - 73 (4). - С. 321-326.

5. Кориель Дж. Астма в подростковом возрасте // Paediatric Respiratory. - 2003. – 4 (1). - С. 47-54.

### **Түйін**

Бронх демікпесі жасөспірімдер үшін аса қауіп тудырады және ол ерте инвалидизацияға алып келуі мүмкін. Жасөспірім жаста бронх демікпесімен ауыру қаупінің анализі өте маңызды болып табылады.

### **Summary**

Asthma is a serious threat to adolescents and can even lead to early disability. Analysis of risk of asthma in adolescence is an extremely important problem.

УДК 616.248-053.82-07-08:303.62

**Ж.А. ЖАНИБЕКОВА, А.А. ИМАНБАЕВА, М.А. ИСАЕВА, У.А. САУЛЕБЕКОВА,  
С.А. УТИГЕНОВ**

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

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

### Аннотация

В статье приводятся результаты исследования и лечения бронхиальной астмы у молодых в возрасте 20-30 лет.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, программа психокоррекционных воздействий, лечение.

**Актуальность.** Бронхиальная астма (БА) – заболевание, в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью и периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья в результате распространенной бронхиальной обструкции, обусловленной бронхоконстрикцией, гиперсекрецией слизи, отеком стенки бронхов.

**Цель.** Расширить арсенал диагностических критериев бронхиальной астмы в фазе обострения в динамике стационарного лечения за счет комплексной оценки показателей общего и специального вопросников, отражающих различные аспекты качества жизни больных.

**Задачи исследования.** Городская поликлиника №10 (г. Алматы) для исследования и лечения бронхиальной астмы у молодых (20-30 лет).

1. Провести сопоставление показателей шкал качества жизни больных с обострением бронхиальной астмы с группой практически здоровых лиц (общий вопросник ВОЗ КЖ-100) и расчетным максимумом (специальные вопросники А (2БС> и БОЯР).

2. Оценить динамику качества жизни пациентов с обострением бронхиальной астмы с помощью вопросников ВОЗ КЖ-100,

АС>Б (^ и 80ЯС>).

3. Выявить особенности психосоциального и физического компонентов качества жизни больных бронхиальной астмой в зависимости от степени тяжести, возраста больных и длительности заболевания.

4. Показать взаимосвязь между функцией внешнего дыхания и качеством жизни больных бронхиальной астмой.

5. Изучить влияние небулайзерной терапии растворами бронхолитиков при обострении бронхиальной астмы на качество жизни пациентов.

6. Проанализировать возможности общего вопросника ВОЗ КЖ-100 и специальных вопросников АС)БС) и 8СЯС) для изучения качества жизни пациентов с обострением бронхиальной астмы на стационарном этапе.

**Материал и методы.** Лечение бронхиальной астмы у молодых в возрасте от 20 до 30 лет. Было исследовано 20 больных.

### Результаты:

1. Легкая эпизодическая: ингаляции интала+бронхолитики-в 2-агонисты короткого действия - 3 больных (15%);

2. Легкая персистирующая: интал, но возможно небольшие дозы ингаляционных ГКС в дозе 200-400 мг/сут.+бронхолитики - в 2-агонисты короткого действия, лучше ДИТЕК - 10 больных (50%);

3. Средняя тяжесть: больные нуждаются в поддерживающей терапии ингаляционными ГКС в дозе 500-1000 мг/сут.+бронхолитики- $\beta$  2-агонисты короткого и длительного действия – 5 больных (25%);

4. Тяжелая форма: больные нуждаются в постоянной терапии ингаляционными ГКС в дозе более 1000 мг/сут.+ГКС per os+бронхолитики –  $\beta$  2-агонисты короткого действия до 4 раз/сут. и длительного действия – 2 больных (10%).

Патогенетическое лечение БА, как хронического аллергического заболевания, включает в себя методы воздействия на различные стадии аллергического процесса.

#### **Заключение.**

- В структуре личности подростков, страдающих бронхиальной астмой, в отличие от здоровых детей выявлены такие особенности: низкий уровень общительности, высокая тревожность, сниженный уровень самоконтроля, высокий уровень фрустрированности. Причем, с увеличением тяжести заболевания эти показатели имеют наибольшую выраженность.

- Особенность эмоционального реагирования в ситуации фрустрации показывает, что в отличие от здоровых сверстников, больные склонны к повышению фиксации на фрустрирующие ситуации, что в значительной степени снижает уровень их социально- психологической адаптации и негативно отражается на процессе медицинской реабилитации.

- Коэффициент дезадаптации достоверно выше у подростков, страдающих бронхиальной астмой. Показатель психической дезадаптации достоверно коррелирует внутри матрицы с низким уровнем общительности, эмоциональной неустойчивостью, сдержанностью в проявлении реакций, социальной робостью и со сниженным социальным контролем.

- Сравнение взаимосвязи личностных характеристик с особенностью реагирова-

ния в ситуации фрустрации у подростков, страдающих бронхиальной астмой, и здоровых подростков выявило, что наиболее значимыми факторами в структуре личности подростков с бронхиальной астмой являются тревожность (49,39%) и признаки депрессивного синдрома (39,18%). С увеличением тяжести и длительности заболевания тревожно-депрессивная симптоматика дополняется алекситимией, ипохондрией, астенизацией.

- Основной стиль семейного воспитания — потворствующая гиперпротекция, что проявляется в максимальном удовлетворении потребностей больного подростка. Анализ взаимоотношений к своему заболеванию показал, что болезнь - средство получения внимания и заботы, с целью избежания неприятной деятельности.

- Разработанная и апробированная нами программа психокоррекционных воздействий, направленная на формирование эмоциональной устойчивости и адекватных методов реагирования в ситуации фрустрации, показала ее позитивное влияние на психическую адаптацию, и может быть использована как метод профилактики и реабилитации для подростков 12-15 лет, страдающих бронхиальной астмой, в условиях лечебно-профилактических учреждений и специализированных отделений стационаров.

#### **Түйін**

Зерттеу барысында психикалық бейімделуге оң әсер ететін және бронх демікпесімен ауыратын 12-15 жастағы жасөспірімдер үшін сауықтыру мен алдын алу әдісі ретінде қолданылуы мүмкін психокоррекциялық әсер етудің тиімді бағдарламасы құрастырылып мақұлданды.

#### **Summary**

The study developed and tested an effective

program of psychoeffects which have a positive impact on mental adaptation, and can be used as a method of prevention and

rehabilitation for adolescents 12-15 years old, suffering from bronchial asthma.

ӘОЖ 616-084-07:316.776:303.425.6 (574.54)

**С.Ә. НАЗАРОВА, Ж.А. ҚАЛМАҚОВА**

Қызылорда облыстық салауатты өмір салтын қалыптастыру орталығы  
Қорқыт Ата атындағы Қызылорда мемлекеттік университеті, Қызылорда қ-сы

## **ТҰРҒЫНДАРДЫҢ СКРИНИНГ ТУРАЛЫ ХАБАРДАРЛЫҒЫН ӘЛЕУМЕТТІК ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ**

### **Түсініктеме**

Аурушандықты анықтап, алдын алуда профилактикалық тексерудің рөлі халыққа медициналық көмек көрсетудің маңызды әрі ажырамас бөлігі болып табылады, бұл аурудың ерте басталу сатысында паталогияны анықтап, дер кезінде тиімді ем тағайындауға мүмкіндік беретіндіктен, еліміздің азаматтарының денсаулық деңгейіне оң әсер етеді.

**Түйінді сөздер:** Скрининг, денсаулық, сауалнама, тұрғындар, респондент.

**Өзектілігі.** 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік денсаулық сақтау бағдарламасын іске асыру аясында халықтың мақсатты топтарына жоспарлы түрде медициналық тексеру немесе скринингтік зерттеу жүргізу көзделген. Оны жүргізудің негізгі мақсаты ауруды ерте басталу сатысында анықтау және аурудың өршуінің, аурудың пайда болуына ықпал ететін қауіпті факторлардың алдын алу, халықтың денсаулығын қалыптастырып, нығайту болып табылады [1].

Жүргізілетін скринингтік іс-шаралардың тиімділігі нақты аурудан болатын өлім-жітім деңгейінің азаюымен анықталады. Скринингтің өзекті тұжырымдамасы – бұл аурушандықты барынша ерте сатысында байқау, сондықтан әрі қарай жүргізілетін емдеу ісі аурушандықтың болжамы мен әрі қарайғы клиникалық жүруін өзгертеді де, соның есебінен өлім-жітімдік пен мүгедектік деңгейі төмендейді.

Скринингтік тексеру жүргізген кезде халықтың медициналық іс-шараларға

қатысуын ұйымдастыруда қиындықтар туындап, бұл оны өткізуге айтарлықтай кедергі келтіреді. Белсенділіктің төмен болуы себептері мыналармен анықталады: азаматтардың өз денсаулығына деген жауапкершілігінің төмендігі, скринингке шақыру жұмыстарының төмен болуы, аурудың ерте бастан диагностикасына себептің болмауы.

Сондай-ақ халық денсаулығының деңгейі төмен болуының себептеріне хабардарлықтың, саламатты өмір салтын ұстану және аурудың алдын алу мәселерінде халықтың сауаттылығы мен дәйектілігінің жеткіліксіздігі, қоршаған ортаның, су тұтыну мен тамақтанудың қолайсыз жағдайларының сақталуы, халықтың әлеуметтік әлжуаз санаттарының экономикалық әл-аухатының нашарлығы болып табылады. Бұдан басқа, денсаулық сақтау жүйесінің профилактикалық белсенділігі төмендігі де сақталады, яғни аурудың алдын алып, болдырмауға емес, оны емдеуге бағдарлану. ЕССА (Жатыр мойыны обырының еуропалық

қауымдастығы) мәліметтері бойынша Бельгияда әйелдердің 70 % жуығы жатыр мойыны обыры скринингі тексеруінен тұрақты түрде өтіп отырады, Данияда бұл көрсеткіш – 75 %, Францияда – 60 % жуық. Пайыздардың жоғарылығы – Еуропа халықтарының өз денсаулығына деген жауапкершілікпен қарау көрсеткіші. Ал сүт безі обырының скринингісін жүргізу арқасында әлемнің дамыған елдерінде бұл аурушандықтың 80 % жағдайы толық жазылып шығуға болатын ерте сатысында анықталады.

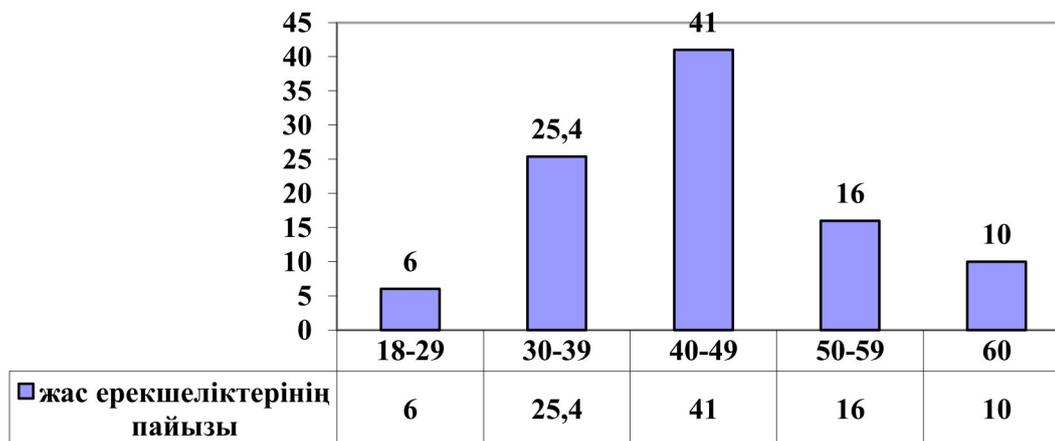
Профилактикалық медицинаның қазіргі даму сатысында халықты скринингтік медициналық тексеруге қатысуға тарту моделін жасап, енгізу өзекті іске айналады. Бұл міндетті шешу үшін халықтың скринингтік бағдарламаларға қатысу дайындығын зерттеу міндетті шарт болып табылады.

**Зерттеу мақсаты.** Қала тұрғындарының скринингтік тексерілу туралы көзқарастарын анықтау.

**Зерттеу әдістері.** Алдыға қойған мақсатты айқындау үшін әлеуметтік сауалнама жүргізу арқылы Қызылорда қаласының қоғам дамуына үлес қоса алатын, қоғамдық құрылымның әртүрлі саласын қамтитын 18 жастағы және одан үлкен 500 аймақ тұрғындары зерттелінді.

Сауалнамалық сұрау «face to face» әдісі бойынша жүргізілді. Сауалнама қойылған мәселеге байланысты ашық және жабық сұрақтармен қамтылды. Ашық түрде қойылған сұрақтарға респондент өз пікірін ерікті түрде жазып білдірсе, жабық сұрақтарға респондент маманның дайындаған жауаптарына сүйене отырып өз пікірін таңдай алды.

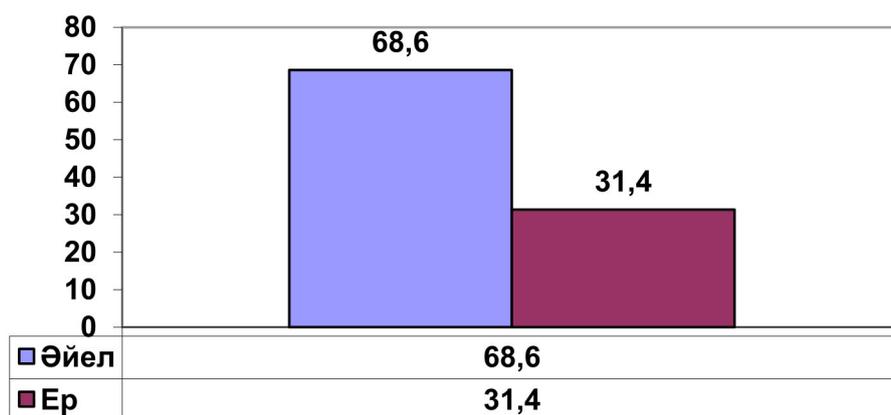
**Зерттеу нәтижесі.** Жас ерекшеліктері бойынша респонденттердің 39 (6%) 18-29 жас аралығындағылар, 127 (25,4%) 30-39 жас аралығындағылар, 205 (41%) 40-49 жас аралығындағылар, 80 (16%) 50-59 жас аралығындағылар, 49 (10%) 60 жас және одан үлкен жас аралығындағылар құрады (сурет 1).



Сурет 1 - Әлеуметтік зерттеуге қатысқан респонденттердің жас ерекшеліктері бойынша бөлінуі

Гендерлік құрамы бойынша әлеуметтік сауалнамаға 343 (68,6%) әйел, 157(31,4%) ер

кісі қатысты (сурет 2).

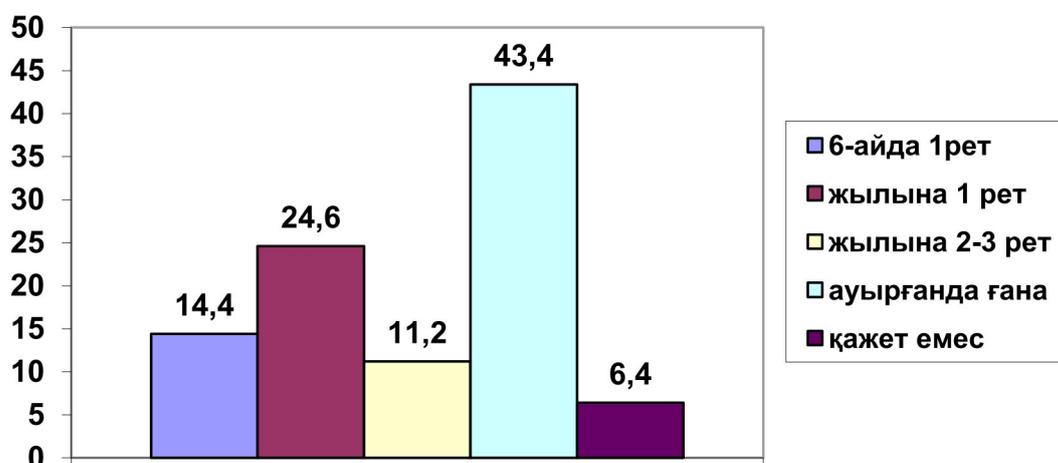


Сурет 2 - Әлеуметтік зерттеуге қатысқан респонденттердің гендерлік құрамы бойынша бөлінуі

Респонденттердің 55% жақсы, 23% орташа, 5,4% нашар деп денсаулықтырын бағаласа, 17,6% өз денсаулық жағдайын білмейтіні туралы мәлімет берді.

Сауалнама барысында қала тұрғындарының 43,4% медициналық тексерілуден

ауырғанда ғана, 24,6% жылына 1 рет, 14,4% 6-айда 1 рет, 11,2% жылына 2-3 рет өтетіні туралы, респонденттердің 6,4% медициналық тексерілу қажет емес деп санайтыны анықталды (сурет 3).



Сурет 3 – Тұрғындардың медициналық тексерілуден өту жиілігі

«Жергілікті емханаларда скринингтік (профилактикалық) тексеру жүріп жатқанын білесіз бе?» деген сауалға респонденттердің 69,4% білемін, 22,2% білмеймін, 8,4% бірінші рет естіп тұрмын деп жауап берген.

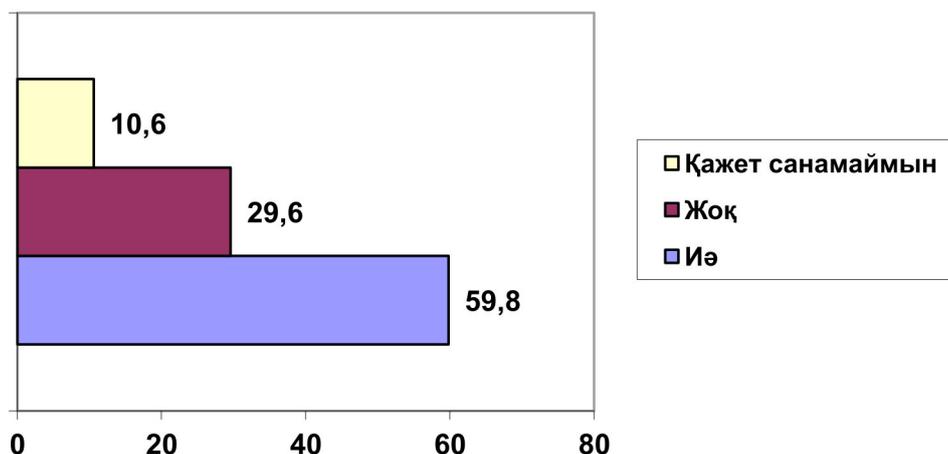
Скринингтік тексерілу туралы ақпаратты респонденттердің 26,6% бұқаралық ақпарат құралдарынан (газет, журнал, теледидар, радио), 13,8% медицина қызметкерлерінен,

30,2% жарнамалардан (билборд, баннер, хабарландыру т.б), 23,6% таратылған ақпараттық танымдық материалдан, 5,8% үйге жіберілген шақырту қағазынан алғаны анықталды.

Сауалнама барысында респонденттерге қойылған «Сіз скринингтік тексеруден өттіңіз бе?» деген сауалға респонденттердің 59,8% «иә» деп жауап берсе, 29,6% «жоқ»,

10,6% «қажет санамаймын» деп жауап берген. Дегенмен скринингтік тексеруге 66,4% адамның жас ерекшеліктері сәйкес

келеді, алайда 6,6% респонденттің жас ерекшеліктері сәйкес келгенімен скринингтен өтпегені анықталды (сурет 3).



Сурет 3 – Тұрғындардың скринингтік тексеріледен өту көрсеткіші

Скринингке қатысқандардың 12,6% глаукома (суқараңғы) ауруына, 8,2% тоқ және тік ішек қатерлі ісігіне, 32,2% жүрек - қан тамыр ауруларына, 6,4% жатыр мойны қатерлі ісігіне, 11,2% қант диабетіне, 29,4% сүт безі қатерлі ісігіне тексерілді.

Сауалнама барысында респонденттерге қойылған «Тексеру нәтижесінде қандай дәрігерден кеңес алдыңыз?» деген сауалға респонденттердің 9,6% – отбасылық дәрігер, 44,4% - салалық мамандар (онколог, гинеколог, кардиолог, эндокринолог), 38%-аймақтық дәрігер, 4,6%- кеңес алған емеспін, 3,4%- кеңес айтпады деп жауап берген.

Зерттеу бойынша респонденттердің 61,8% тексеру нәтижесіне көңілі толатыны анықталса, 22,2% көңілі толмайтындығы және 16% мүлдем толмайтындығы белгілі болды.

Бірінші рет анықталған науқасыңыздың себебін, қауіп қатер салдары туралы мәліметті кімнен алдыңыз? деген сауалға респонденттердің 51,8%-аймақтық дәрігерлерден, 23%-әлеуметтік мамандардан (психолог, социолог), 15,4%-орта буын медицина қызметкерлерінен, 9,8%-алған емеспін

келеді, алайда 6,6% респонденттің жас ерекшеліктері сәйкес келгенімен скринингтен өтпегені анықталды (сурет 3). деп жауап берген.

*Зерттеу нәтижелерінің негізінде келесі тұжырымдар жасауға болады:*

1. Тұрғындардың медициналық мекемелерге келуінің және олардың жиі-жиі болуының негізгі себептері денсаулық проблемаларына байланысты.

2. Медициналық мекемелерге профилактикалық тексерілу мақсатымен респонденттердің небәрі 24,6 % келеді, бұл халықтың медициналық белсенділігінің төмендігі туралы тұжырым жасауға мүмкіндік береді.

3. Жергілікті емханаларда скринингтік (профилактикалық) тексеру жүріп жатқанын респонденттердің 22,2% білмейтіндігі, медициналық қызметкерлердің скринингке шақыру жұмыстарын өз деңгейінде жүргізбейтіндігі анықталды.

## ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. «Халық денсаулығы мен денсаулық сақтау жүйесі» туралы ҚР кодексі, 155 бап.

### **Резюме**

В основу данной работы легли результаты социологического исследования информированности населения города Кызылорда о скрининге. Результаты социологического опроса показали низкую медицинскую активность населения и то, что работа медицинских работников по приглашению для прохождения скрининга проводится не на должном уровне.

### **Summary**

The basis of this work is based on results of a sociological study of awareness about screening of Kyzylorda. Findings of the survey showed low activity of population health and that the work of health professionals on the invitation to undergo screening is conducted not at the proper level.

УДК 614.883:656.74(574)

**Н.С. АХИЛЬБЕКОВ, Г.Х. НУРУТДИНОВА, Л.В. БЮРАБЕКОВА,  
Д.Р. ДЖУЛСАИТОВА**

Республиканский центр санитарной авиации МЗ РК, г. Астана

## ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН В 2013 ГОДУ

### Аннотация

В статье изложены итоги деятельности Республиканского центра санитарной авиации в 2013 году.

**Ключевые слова:** медицинские услуги санитарной авиации, транспортировка больных.

В своем ежегодном Послании народу Казахстана 17 января 2014 г. «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее» Президент РК Н.А. Назарбаев определил главные ориентиры развития социальной сферы до 2050 г., в том числе развитие первичной медико-социальной службы, снижение инвалидизации и увеличение средней продолжительности жизни граждан РК.

Основной задачей Республиканского центра санитарной авиации МЗ РК (далее – РЦСА) является оказание экстренной, квалифицированной, специализированной, высокоспециализированной и консультативно-диагностической медицинской помощи в форме санитарной авиации на областном или республиканском уровне, при невозможности оказания помощи на региональном уровне, транспортировки больных, рожениц, пострадавших, находящихся на расстоянии более 150 км от места расположения медицинской организации при невозможности транспортировки наземными видами транспорта, экстренной и неотложной медицинской помощи при дорожно-транс-

портных происшествиях на автомагистралях.

В 2013 г. поставщики транспортных услуг по линии санитарной авиации представлены во всех регионах, всего оказывали услуги 8 компаний, из них 2 государственные (АО «Казавиаспас» и АК «ВКО»).

Воздушные судна в разрезе регионов распределены следующим образом:

- Самолеты АН-2, АН-24 в Актюбинской, Жамбылской, Западно-Казахстанской, Карагандинской, Костанайской, Кызылординской, Мангыстауской, Павлодарской, Северо-Казахстанской и Южно-Казахстанской областях;
- Самолёты, предназначенные для межрегиональных рейсов, АН-24 и Hawker-400XP – в г. Астана и «Cessna Caravan» – в г. Алматы;
- Вертолеты ЕС-145, МД600N, МИ-8МТВ в гг. Астана и Алматы, Алматинской, Атырауской, Восточно-Казахстанской и Павлодарской областях.

По итогам 2013 г. осуществлено 1355 вылетов, число оказанных медицинских услуг составило 1813 (рис. 1).



Рисунок 1 - Количество вылетов и оказанных медицинских услуг за 2012-2013 гг.

Отмечается увеличение количества вылетов в 2013 г. в сравнении с 2012 г. на 25,8% (350 вылетов), количество оказанных медицинских услуг увеличилось на 28,1% (509).

Медицинские услуги санитарной авиации представлены в 3 видах - выезд с оказанием медицинской помощи на месте, в том числе оперативные вмешательства, консультативная помощь и транспортировка паци-

ентов. Из 1813 оказанных медицинских услуг транспортировано 1176 пациентов (64,9%), проконсультировано 502 пациента (27,7%), прооперировано 135 пациентов (7,4%) (рис. 2).

В 2012 г. оказано 1304 медицинских услуг, из них транспортировано 763 (59%), оказана 451 консультация (34%) и выполнено 64 (7%) операции.



Рисунок 2 – Количество оказанных услуг за 2012-2013 гг

Для оказания специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи наибольшее число специалистов привлекалось из клиник г. Астана, которыми выполнено 176 консультаций (35,1%) и 36 операций (36,7%).

В структуре причин вызовов:

- На первом месте травмы - 389 случаев (22,2%), из них 155 (39,8%) случаев составляют травмы при ДТП;
- На втором месте неотложные состояния в акушерской практике - 337 случаев (19,2%);
- На третьем месте неотложные состоя-

ния у новорожденных - 305 случаев (17,4%);

- На четвертом месте патология детского возраста – 296 случаев (16,9%);
- На пятом месте болезни системы кровообращения - 249 случаев (14,2%);

- На шестом месте прочие заболевания (центральной нервной системы, органов дыхания, крови, онкология и т.д.) - 180 случаев (10,3%) (рис. 3).



Рисунок 3 – Структура причин вызовов

Следует отметить, что по итогам 2012 г. в структуре причин вызовов санитарной авиации первое место занимали неотложные состояния в акушерской практике – 370 случаев (28%), затем патология детского возраста – 273 случая (21%), неотложные состояния в травматологии приходились на третье место

и составили – 197 случаев (15%), далее патология новорожденных – 156 случаев (12%) и прочие (включая БСК) – 307 (24%).

Основная доля транспортировок пациентов осуществляется из больницы в больницу, в том числе и пострадавших при ДТП (рис. 4).



Рисунок 4 – Уровни госпитализаций транспортированных пациентов

При этом, число транспортировок, осуществляемых внутри регионов, из районных медицинских организаций в медицинские организации городского и областного уровней, составило 714 пациентов (60,7%). На республиканском уровне госпитализировано 416 пациентов (38,8%), из них 381 (32,4%) в

г. Астана и 75 пациентов (6,4%) в г. Алматы. Также 2 пациентов транспортировали из зарубежных клиник (Хатай, Турция, Паттайя, Таиланд).

По итогам 2013 г. в стране количество вылетов на 100 тыс. населения составило 8,0 против 6,0 в 2012 г. (рис. 5).



Рисунок 5 - Количество вылетов по РК (на 100 тыс. населения).

В разрезе регионов в отчетном году наибольшее число вылетов на 100 тыс. населения отмечается в Павлодарской (21,7), Кызылординской (18,7), Атырауской (16,8), Восточно-Казахстанской (14,4), Северо-Казахстанской (14,4), Западно-Казахстанской (12,7) и Мангыстауской (12,7) областях при среднереспубликанском показателе 8,0.

В динамике по сравнению с прошлым годом отмечается рост данного показателя в Восточно-Казахстанской, Северо-Казахстанской, Костанайской, Кызылординской, Западно-Казахстанской, Павлодарской, Южно-Казахстанской и Актобинской областях. Это свидетельствует об улучшении доступности населения данных регионов к получению услуг экстренной высокоспециализированной и специализированной медицинской помощи.

Таким образом, в республике в сравнении с 2012 г. количество вылетов увеличилось на 25,8%, количество оказанных медицинских услуг увеличилось на 28,1%, число пациентов, которым оказана экстренная специализированная и высокоспециализированная медицинская помощь, увеличилась на 24,7%.

### Түйін

Санитарлық авиация нысанында көрсетілген көмектің артуы шалғайдағы тұрғындар мен жетуге жолы қиын аудандарға білікті, мамандандырылған және жоғары мамандандырылған медициналық шұғыл көмек көрсету қол жетімділігінің жоғарылағандығын айғақтайды, сонымен қатар Қазақстанда осы көмек түрінің дамуы жалғасуда.

### Summary

Growth of services rendered in the form of air ambulance shows the growing availability of people living in remote and inaccessible areas

to provide emergency qualified, specialized and tertiary care, as well as the continuing development of this type of assistance in the country.

ӘОЖ 614.8:629.78:504.75.05(574.54)

**Ж.А. ҚАЛМАҚОВА**

Қорқыт Ата атындағы Қызылорда мемлекеттік университеті, Қызылорда қ-сы

### РАКЕТАНЫҢ ЖИЫНТЫҚТАУШЫ БӨЛШЕКТЕРІНІҢ АПАТТЫҚ ЖӘНЕ ШТАТТЫҚ ҚҰЛАУЫНЫҢ ЖЕРГІЛІКТІ ТҮРҒЫН ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ

#### Түйіндеме

2006-2011 жылдар аралығында Алматы қаласындағы гигиена және эпидемиология ғылыми орталығында «Байқоңыр» космодромынан жөнелтілетін ракета тасымалдаушыларының штаттық және апаттық құлауынан болатын қоршаған ортаның әр түрлі химиялық заттармен және ракета жанар майымен ластануының жалпы тұрғын халық денсаулығына тигізіп отырған зиянды әсеріне нақты ғылыми негізделген сараптама жүргізілді [1,2]. Басқа да зерттеуші топтар Қарағанды, Ақмола, Батыс Қазақстан, Шығыс Қазақстан және Қызылорда облыстарындағы қоршаған орта нысандары мен жергілікті халық денсаулығы көрсеткіштеріне қатысты мәліметтерді топшылады. Бұл зерттеулер «Денсаулық жылы», «Ауыл жылдары» және «Қоршаған ортаны қорғау» бағдарламаларын іске асыру мақсатында жобаланып, қолға алынған.

**Түйінді сөздер:** ракета құлауы, қоршаған ортаның ластануы, қан және қан түзілу жүйесі, демалу жүйесі, жүрек-қан тамыр жүйесі, жүйке жүйесі, ет сүйек жүйесі аурулары, аурушандық.

Зерттеу әдістері. Зерттеудің негізгі медициналық демографиялық сипаттамасы зерттеумен қамтылған жылдар арасындағы ретроспективті талдау және жалпы халық денсаулығын тереңдете, мағлұматты талдауға негізделген скринингті тексерістердің қорытындылары негізінде жүзеге асырылып, статистикалық белгілі әдістермен өңдеуден өткізілді. Осы негізде, зерттеумен қамтылған аймақтардағы орталықтандырылған ғылыми зертханалардың нәтижелерін талқылау барысында ракета тасымалдаушыларының апаттық және штаттық құлауы кезінде жоғарғы деңгейде ластанған территорияларды анықтауға мүмкіндік туды [3,4].

Зерттеу нәтижесі. Зерттеу нәтижесінде туындаған қорытындылар мен сарапта-

малар бірнеше ғылыми конференциялар мен отырыстарда талқыланды. Сараптама барысында зерттелген өсімдіктер мен топырақ құрамдарындағы ракета жанар майы компоненттерінің мөлшері рұқсат етілген шектеулі деңгейі (ПДК) шамасынан бірнеше есеге дейін артып, ал су объектілері құрамындағы симметриялық емес диметилгидрозин (СЕДГ) мөлшері аз мөлшерде анықталған болып шықты. Ол жер асты және жер беті су объектілеріндегі химиялық зиянды заттардың жоғарғы ұшу, ыдырау және миграциялану дәрежесінің жоғары болатындығымен түсіндіріледі.

Дегенменде, зерттеуге алынған аймақтардағы су объектілері құрамындағы қорғасын, никель, кобальт мөлшерінің

ракета бөлшектерінің құлауы тіркелген мерзімде, сол уақыттағы облыстық және республикалық ғылыми зертханалардың қорытындылары бойынша рұқсат етілген шектеулі мөлшерден бірнеше есеге дейін асып кеткендігі тіркелген. Топырақтағы СЕДГ- мен ауыр металдардың концентрациясы 5-15% деңгейге көтерілгендігі тіркелген. СЕДГ-нің топырақтағы максималды құрамы 10-15 м радиусында, негізінен тасымалдаушының бөлшектері шашыраған аймақтарда анықталған.

Қарағанды облысындағы зерттеу аймақтарынан алынған топырақтың құрамындағы, арнайы жүргізілген зерттеулердің қорытындысы негізінде ракета тасымалдаушылардың бөлшектері құлаған территориялардағы ауыр металдардың (күкірт, қорғасын, кобальт, мыс, хром, кадмий) шектеулі мөлшерден артық концентрацияларымен бірге сол аймақтардағы өсімдіктердің де айтарлықтай мөлшерде ракета жанар майымен ластанғандығы белгілі болды.

Осыған орай, зерттелген объектілердің шынайы химиялық күштемесі ракета бөлшектерінің құлауы мерзімінің алғашқы тәуліктерінде ұсынылған көрсеткіштерден ондаған есеге артып кетуі мүмкін деген теориялық болжамның шынайлық деңгейін анықтап, қоршаған орта объектілерінің зиянды заттармен ластануының сол аймақтарда тұрып, өмір сүріп жатқан халық денсаулығына тигізіп жатқан зиянды әсеріне және белгіленген аймақтардағы демографиялық құбылыстарға сараптама жасау, бүгінгі медицина ғылымы алдындағы өзекті мәселелердің бірі деп қарауға толық негіз бар.

Зерттеу аймақтарындағы аурушандық динамикасын сараптау облыстық көрсеткіштермен салыстырғанда жұқпалы емес аурулар көрсеткішінің 10-15% жоғары болып және де бұл тенденцияның сақталынып отырғандығы және дем алу, қан және қан айналу жүйесі, жалпы тұрғын халықтардың

детоксикалық мүшелерінің зақымдануы зерттеуші ғалымдардың аландатушылығын туғызып отырғандығы түсінікті жайт.

Орталықтың жүргізген гигиена – экологиялық және эпидемиологиялық зерттеуі республикамыздың 4 облысын қамтыды. Зерттеулер негізінен Қарағанды облысының Ұлытау ауданы – штаттық ракета тасымалдаушыларының бөлшектері түсетін жер санатында жалға беріліп отырған аймақ ретінде, ЖаңаарқажәнеҚарқаралыаудандары;Ақмола облысында Ақ көл ауданы, ШҚО - Глубокое ауданы, Протон ракетасының құлауынан ең көп мөлшерде зардап шеккен аудандар есебінде және де Қызылорда облысындағы – әкімшілік аймағында «Байқоңыр» космодромы орналасқан Қармақшы аудандары тұрғын халықтарының денсаулығына сараптама жасауға бағытталған.

Гигиеналық-эпидемиологиялық зерттеулер белгілі әдістемелер (гравиметриялық, колориметрлік, титрометрлік, полярографиялық, спектрографиялық, спектрофотометрлік) және нормативтік заңдар мен нұсқаулардың негізінде іске асырылды.

Тұрғылықты халықтардың денсаулық жағдайына сараптама жасауға көп компонентті медициналық тексерістердің нәтижелеріне сүйене отырып, халық денсаулығын жыл сайын скринингті әдіспен тексеру, жоғарғы қауіптілік тобындағы адамдардың медициналық құжаттарындағы тереңдетілген дәрігерлік тексеру қорытындыларын есепке алу және диспансерлік есептегі ауруларды динамикалық бақылау нәтижелерін тіркеу арқылы қол жеткіздік.

Барлығы зерттеуге 22170 адам қамтылып, оның ішінде 8202 балалар болды. Скрининг-тексеріс қорытындысы негізінде белгілі болғаны балалар арасындағы аурушандық құрылым арасында бірінші орында дем алу жүйесі аурулары (47,6%) иеленіп, қан және қан түзілу жүйесі аурулары (25,4%) екінші, көз және көз қалташығы ауру-

лары (11,9%) мен 12 жасқа дейінгі балалар арасындағы эндокриндік жүйе аурулары (11,3%) үшінші, төртінші орындарды иелік еткендігі белгілі болды.

Балалар арасындағы жоғарғы пайыздық мөлшердегі қан және қан түзілу жүйесі ауруларының ішіндегі ең көп тіркелгені (85%) нозология темір жетіспеушілік анемиясы болып отыр. Бұл көрсеткіш зерттеуге алынған аймақтарда тіркелген балалардың аурушандық деңгейінің 37,6% мөлшерін құрайды.

Қарағанды облысының Қарқаралы ауданы тұрғындарының арасындағы қан және қан жүйесі ауруларының таралуын сараптау барысында темір жетіспеушілік анемиясы 35,4% деңгейінде анықталып, оның ішінде балалардың үлестік пайызы 28,4% болып тіркелді. Гемоглобин көрсеткішінің төмендеуі тексеріске алынған балалардың ішінде 72,1% мөлшерін құрап, оның 46,4% алғаш рет есепке алынғандығы анықталды.

Тексерілген аудандардағы 18–45 жастағы әйелдердің репродуктивтік қызметін дәрігерлік және зертханалық тексерістер қорытындысы негізінде сараптай келе; Д1 топқа 18,1%, Д2 тобына 31,9% және Д3 тобына 50% тексерістен өткен қыз балалар мен әйелдердің жататыны белгілі болды. Зерттеу аймақтарындағы бұл көрсеткіштердің облыстың басқа аймақтарымен салыстырғанда жоғарғы деңгейлігі байқалды.

Жаңаарқа ауданындағы ересек адамдар арасындағы 7205 адамға қойылған диагноз саны 9366 болып тіркеліп, аурушандықтың жоғарғы деңгейде екендігіне дәлел болды. Тексеріске алынған әр адам басына 1,3 нозологиядан келуі; тұрғылықты халықтың иммунитеттерінің төмендеп, әр түрлі ауруларды қабылдау арқылы жалпы аурушандық көрсеткішінің артып отырғандығының айғағы. Осы аудан тұрғындар арасындағы әр түрлі аурулардың таралу саралау барысында; ең алдығы орынды қан және қан түзілу жүйелері аурулары (32,8%), жүрек-қан айна-

лу жүйесі (23,5%) және зәр-жыныс жүйелері (17,3%) екінші-үшінші орындарды, ал сонан кейінгі орындарды ас қорыту (11,3%) және жүйке бұзылу жүйелері (9,5%) аурулары иелік етті.

Жаңаарқа ауданында зерттеуге алынған 2104 баланың аурушандық деңгейін анықтау барысында 2525 ауру саны тіркелгендігі белгілі болып, әр баланың аурушандық деңгейінің 1,2 мөлшерінде екендігі анықталды. Алынған нәтиже Қарқаралы, Ұлытау, Қармақшы, Глубокое, Ақкөл аудандарындағы нәтижелермен ұқсастықта болып шықты. Сол себепті де зерттеу аймақтарындағы жалпы адам денсаулығының индикаторы болып есептелетін балалардың аурушандық көрсеткіштерінің ұқсастығы оған тікелей әсер етуші факторлардың да бір негізді екендігін дәлелдей түскендей.

Жалпы зерттеумен қамтылған балалардың 16,7%-ның ғана дені сау таза болып, оның 57,4% мөлшерін қыз балалар құрап, ұл балалармен салыстырғанда 7,4% мөлшерге қоршаған ортаның зиянды әсеріне аз шалдыққаны белгілі болды. Балалардың өсіп-жетілуіндегі бой мен салмақ арасындағы алшақтық зерттеу аймақтарының барлығына тән құбылыс екендігі де басқа да жас организмнің өсіп-жетілуіне әсер етуші факторларының ішіндегі қоршаған ортаның әр түрлі зиянды химиялық элементтермен ластану құбылысының орны ерекше екендігін айшықтай түсті.

Кестеде көрсетілгендей (кесте 1), зерттеу аймақтарындағы аудан халықтарының аурушандық деңгейі көпшілік ауру кластары бойынша облыстық, республикалық деңгейдің шамасында қалып, қан және қан түзілу жүйесі, демалу жүйесі, жүрек-қан тамыр жүйесі, жүйке жүйесі бұзылу жүйесі және ет сүйек жүйесі аурулары бойынша басым деңгейде артқандығы байқалған. Бұл құбылыстар, әсіресе Ұлытау, Қарқаралы, Қармақшы және Жаңаарқа аудандарында 2000-2003 жылдары тіркелген. Қан және қан

үйлесу жүйесінің ең көп мөлшері (13321,4) зерттеу жылдарында Қармақшы ауданында, жүрек – қан тамыр және дем алу жүйесі аурушандық деңгейі Ұлытау ауданында (12423,9 және 10523,1), ал Жаңаарқа және Қармақшы аудандарында да осы жүйе аурулары бойынша жыл сайын жоғарғы көрсеткіштік деңгей белгіленген. Қан және қан түзілу жүйесі ауруларының арасында темір жетіспеушілігінен болатын қан аздықтың деңгейі зерттеу жылдарында орта есеппен Ұлытау ауданында 67,2%, Қарқаралы ауданында 71,3%, Қармақшы және Жаңаарқа аудандарында 68,1%, 69,5% болып анықталса, Ақкөл ауданында 66,4% деңгейінде болды.

Зерттеумен қамтылған барлық аудандардағы халықтың әр адам басына шаққандағы әртүрлі аурулармен аурушандық деңгейі Ұлытау және Жаңаарқа аудандарында - 1,3, Қарқаралы ауданында - 1,2, Қармақшы ауданында - 1,0, және Ақкөл, Глубокое аудандарында 0,8; 0,9 болып тіркелді.

Республикалық және облыстық деңгейлермен салыстыру нәтижесінде жүйке жүйесінің бұзылу мен эндокриндік аурулар көрсеткіштері де орташа есеппен алғанда

6-9% өсіп отырғандығы дәлелденді. Бұл көрсеткіштер бойынша Жаңаарқа, Қарқаралы және Ұлытау аудандары алдыңғы орындарды алып отырғандығына көз жеткізілді.

Жас нәрестелер мен балалардың арасындағы туа біткен кемістіктер көрсеткіштері бойынша Ұлытау және Глубокое аудандарындағы белгіленген деңгейлер (1146,2; 916,6) жоғары болып, сыртқы ортаның ластануының адамзат ұрпағына қаншалықты зияндылығын айшықтай түсті. Глубокое ауданындағы белгіленген көрсеткішке Семей өңіріндегі Кеңестік дәуірде жүргізілген ядролық сынақтардың да әсері бар екенін ұмытпаған жөн.

Қарқаралы ауданының аурушандық деңгейінің құрылымын сараптау барысында белгілі болған қан және қан үйлесу, жүрек–қан тамыр, психикалық бұзылу және туа пайда болған кемістіктер деңгейлерінің жоғарғы көрсеткіштерін, Ұлытау ауданындағы балалардың жалпы денсаулық индекстерінің салыстырмалы негізде төмен болып тіркелуін, ракеталық ғарыштық индустриясының адам денсаулығы мен оның жекелеген жүйелеріне қаншалықты кері әсерін тигізетіндігінің дәлелі ретінде бағалауға толық негіз бар.

Кесте 1 - Жалпы зерттеуге алынған аймақ халықтарының арасындағы аурушандық көрсеткішінің таралуы (2000-2006 жылдардағы скринингтік және дәрігерлік тексерістер қорытындысы негізінде, 100000 адамға шаққанда)

Аурудың түрлері	Ұлытау ауданы	Қарқаралы ауданы	Қармақшы ауданы	Жаңа арқа ауданы	Ақкөл ауданы	Глубокое Ауданы
Жүкпалы індеттер	1632,1	3561,7	2653,2	1740,2	1502,3	1422,0
Қатерлі ісік	468,4	2096,3	2101,6	1534,2	524,3	899,4
Қан және қан түзілу	13220,8	12047,2	13321,4	11865,4	10211,3	11356,5
Эндокриндік аурулар	4322,6	5614,3	3864,1	2721,1	2455,6	2854,3
Жүйке жүйесі бұзылу	5179,3	6659,3	6102,4	4958,2	4001,6	3916,5
Көз аурулары	793,6	1023,5	915,4	1542,1	836,9	756,8
Демалу жүйесі аурулары	10523,0	8036,4	9312,2	7654,2	6812,3	6987,2
Тері аурулары	2810,3	4355,7	2104,5	3353,8	2036,4	3211,6
Ет-сүйек жүйесі аурулары	8320,5	7553,2	4832,5	6295,3	5210,6	5712,3
Жүрек- қан тамырлары аурулары	11423,9	10536,9	9567,3	9533,4	8355,9	9615,9
Туа біткен кемістіктер	1146,2	566,3	854,7	365,4	412,5	916,6
Жарақаттану, улану	856,4	1263,6	925,0	791,6	644,8	714,6

Балалар мен ересектер арасындағы аурушандық деңгейін сараптау нәтижесі барлық зерттеуге алынған тұрғын халықтары арасында белгілі бір ауру түрлерінің, атап айтқанда қан және қан үйлесу, дем алу, жүрек және қан тамырлары, жүйке бұзылу және эндокриндік жүйе ауруларының облыстық, республикалық шамадан артық деңгейде тіркелгендігі белгілі болды.

Жалпы зеттеу нәтижесінде, тексеруге алынған аудандар бойынша алғашқы орынды қан және қан түзілу жүйесінің аурулары

алып, екінші және үшінші орындарға жүрек-қан тамырлар жүйесі мен дем алу жүйесі аурулары шыққан. Ал жүйке жүйесінің бұзылуы мен эндокриндік аурулар содан кейінгі орындарды иемденгендігі анықталды.

Туу көрсеткіштерінің төмендеуі, тұрғын халықтың табиғи өсімінің қысқаруы, аурушандық деңгейінің облыстық және республикалық деңгейлерден артып кетуі және жас нәрестелер мен жалпы өлім санының басқа аймақтармен салыстырғанда жоғарғы деңгейде сақталуын зерттеуге

алынған аймақтарды экологиялық тұрғыдан алғанда жайсыз аймақ деп қорытындылауға негіз береді.

1998. - С. 15-16.

### ҚОЛДАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР

1. Дауранов И.Г., Ермакова С.А. Медико-статистические и иммуно-гематологические параллели при изучении здоровья населения Ново-Казалинского района Кызыл-Ординской области // Актуальные вопросы гигиены и охраны здоровья сельского хозяйства: сб. научн. трудов. - Алматы, 1992. - С.59-69.

2. Сейсебаева Р.Ж., О.Д. Шинкаренко. Функциональная характеристика дыхательной системы у детей, проживающих в Приаралье // Тезисы докладов на Региональной научно-практической конференции «Экология и дети». Кызылорда, 1998. - С.39-40.

3. Сарсенбаева С.С. Формирование канальцевых дисфункций у детей региона Аральской катастрофы // Материалы I(V) съезда детских врачей РК. Астана, 2001. - С. 185.

4. Кабдолланова З.И., Веретова Н.В. Психоневрологические особенности у детей Аральского региона // Тезисы докладов на Региональной научно-практической конференции «Экология и дети». Кызылорда,

### Резюме

По сравнению с республиканскими показателями, снижение таких демографических показателей как рождаемость, естественный прирост населения, увеличение показателей общей и детской смертности местного населения связано, прежде всего, с экологическими проблемами. Выявленные отрицательные показатели состояния здоровья местного населения диктуют необходимость более детального и научного подхода к возникшим проблемам, связанные с падением ракет.

### Summary

Compared with the republican pokazetelyami decline demographic indicators such as fertility, natural population growth, the increase in overall child mortality and the local population is primarily related to environmental issues. Identified negative indicators of the health of the local population necessitate a more detailed and scientific approach to the problems encountered, associated with falling missiles.

УДК 614.2:331.108.007

### МАНСУРОВА А.Б.

Магистрант 2 года обучения по специальности «Общественное здравоохранение», Алматинский государственный институт усовершенствования врачей, г. Алматы

## ПОДХОДЫ К ОБЕСПЕЧЕНИЮ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ КАДРОВЫХ РЕСУРСОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### Аннотация

Развитие медицинской науки, появление новых современных технологий диагностики и лечения заболеваний требует постоянного совершенствования знаний и умений в виде непрерывного медицинского образования (НМО) для получения самого главного результата – улучшения качества оказываемой медицинской помощи и удовлетворение потребностей населения.

**Ключевые слова:** непрерывное профессиональное развитие, повышение квалификации, последипломная подготовка врача.

**Актуальность.** Высокий уровень квалификации и компетентности медицинских работников – одно из важнейших условий, необходимых для достижения основной цели современного здравоохранения - улучшения качества оказания медицинской помощи населению. Постоянное, непрерывное профессиональное обучение медицинского работника поможет достичь необходимого уровня знаний и навыков, поддерживать его на должном уровне [1].

Медицинские кадры, будучи наиболее ценным и значимым ресурсом здравоохранения, являются индикатором качества оказания медицинской помощи населению. В настоящее время общество интересуют доступные для всех приобретенные профессиональные навыки и знания, которые должны быть качественными, разносторонними, основанные на современных технологиях непрерывного обучения, активными в применении и соответствующими нуждам здравоохранения [2].

Учитывая непрерывный поток информации, появление новых лекарственных средств, новых методов диагностики и лечения, врачи испытывают острую потребность в постоянном пополнении багажа своих знаний в условиях учреждений последипломного образования.

В современных условиях опыт многих стран свидетельствует о том, что последипломное образование:

- Должно быть непрерывным;
- Должно позволять отрабатывать и совершенствовать практические навыки;
- Должно опираться на принципы доказательной медицины.

Рассмотрим последипломное медицинское образование некоторых стран в качестве примера. Последипломная подготовка врача - специалиста в Германии на примере врача -

терапевта. Цель последипломной подготовки - получить знания и опыт для дальнейшей практической работы как врача-специалиста в стационаре и поликлинике. Последипломное обучение проводится под руководством врача-специалиста, проработавшего по специальности не менее 5 лет и получившего лицензию Земельной врачебной палаты на обучение врачей. Длительность последипломного образования - 72 месяца в одной из больниц, при этом 6 месяцев в отделении интенсивной терапии. После завершения последипломного образования, Земельная врачебная палата назначает для проведения экзамена экзаменационную комиссию в составе 3 человек, из которых двое должны обладать стажем работы врача-терапевта не менее 5 лет. После успешной сдачи экзамена врачу выдается сертификат врача специалиста - терапевта. Следует отметить, что в Германии начиная с 2004 г. постоянное повышение квалификации стало обязательным для всех медицинских работников - каждые 5 лет должны предоставляться данные об их соответствующем профессиональном росте [3]. Всего за период 5-летнего непрерывного образования необходимо набрать не менее 250 баллов за счет участия в конгрессах, стажировках, наличия научных публикаций [4].

В *Голландии* каждые 5 лет каждый врач общей практики/семейный врач проходит оценку пригодности к регистрации на основе его практического опыта и пройденных курсов усовершенствования. Кроме того, врач-специалист может быть исключен из реестра, если он на протяжении 5 лет не работал по специальности.

В *Великобритании* врачи, завершившие формальное медицинское образование, должны продолжать обучение и повышение квалификации в рамках концепций постоян-

ного повышения профессиональной квалификации. Этот процесс играет центральную роль в «пожизненном обучении» и подкрепляет основной принцип управления в сфере клинической практики. В соответствии с этой системой врачи обязаны поддерживать в надлежащем уровне и совершенствовать профессиональную квалификацию, повышая, таким образом, уровень услуг, предоставляемых пациентам национальной системой здравоохранения [2].

Коротко о системе непрерывного медицинского образования *Южной Кореи*. Стажировка является частью непрерывного процесса обучения, предназначенного для повышения профессионального уровня членов Корейской медицинской ассоциации, работающих в медицинских учреждениях. Каждый стажер должен набрать не менее 12 баллов за стажировку. Необходимые баллы можно получить при посещении семинаров, симпозиумов, местных и международных конференций, лекций профессоров, а также при наличии научных публикаций.

Корейская медицинская организация может принять следующие меры в отношении членов, не прошедших соответствующие семинары:

1. Лишение членства на срок до 3 лет;
2. Штраф и запрос на проведение административного разбирательства;
3. Предупреждение и указания по исправлению ситуации.

В *США* врач имеет довольно широкий выбор возможностей для постоянной работы над повышением уровня своих знаний и умений. Ассоциации соответствующей специальности предлагают разнообразные курсы. Этим курсов может быть 3 за год, в различных регионах страны, но проходят они за 5 дней, включая субботу и воскресенье.

Большинство преподавателей – это профессора различных медицинских университетов/колледжей, они же руководители отделений университетских клиник [8]. Другой вариант – это практические курсы по необхо-

димой специальности, которых может быть около 8 в год, в различных регионах страны. Они проходят в 3 дня, с пятницы по воскресенье, с 7.30 до 14.00. Включают в себя лекционные и параллельные семинарские занятия, а также сессии вопросов и ответов [7].

Одно из наиболее значительных событий в непрерывном медицинском образовании – ежегодная национальная конференция с наличием образовательной программы, продолжительностью 4-5 дней, с рабочими днями в субботу и воскресенье. Она включает в себя целый ряд курсов, семинаров, а также интерактивные занятия [6].

Следует отметить, что оплата за участие в курсах может составлять 0,5–1% от среднегодовой зарплаты медицинского работника. Наряду с большим выбором предлагаемых вариантов и способов непрерывного медицинского образования немаловажное значение имеет контроль полученных знаний и навыков, который является важнейшим компонентом успешности обучения.

В среднем необходимо набрать около 50 кредитов за 1 год [5]. Следует подчеркнуть, что возможность выбора вида, объема, места и времени непрерывного медицинского образования, использование активных и дистанционных методов обучения, обеспечение постоянного контроля – вот некоторые преимущества современного западного последипломного медицинского образования.

С финансовой точки зрения в год на НМО врач тратит 1–2 % своей годовой зарплаты. К тому же оплата НМО самим врачом для государства выглядит менее затратной. В РК квалификация специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием определяется аттестационной комиссией по трем квалификационным категориям: вторая, первая, высшая.

Правила проведения аттестации специалистов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием на присвоение квалификационной категории (далее Правила) утверждены приказом и.о. Министра здраво-

охранения РК от 6 ноября 2009 г. № 661 «Об утверждении Правил проведения квалификационных экзаменов в области здравоохранения» (с изменениями от 05.07.2012 г.)

Согласно Правилам: «Квалификационные требования, предъявляемые претендентам с высшим и средним медицинским образованием при присвоении категорий, учитывают стаж работы, процент правильных ответов при тестировании, участие претендента в мероприятиях, способствующих его непрерывному профессиональному развитию.

Объем участия претендента в мероприятиях, способствующих его непрерывному профессиональному развитию, измеряется в ЗЕ (основных и дополнительных) по системе пересчета ЗЕ при присвоении категорий.

Зачетная единица в системе непрерывного профессионального развития специалиста (далее – ЗЕ) – унифицированная условная единица измерения объема участия специалиста в мероприятиях, способствующих непрерывному профессиональному развитию за определенный период профессиональной деятельности.

Участие претендента на *высшую* квалификационную категорию в мероприятиях, способствующих его непрерывному профессиональному развитию, оценивается по следующим критериям:

- Общее количество необходимых ЗЕ – 270ЗЕ;
- Соотношение основных и дополнительных ЗЕ(%): 80%/20%;
- Основные ЗЕ – 216 ЗЕ;
- Дополнительные ЗЕ – 54ЗЕ.

Участие претендента на *первую* квалификационную категорию в мероприятиях, способствующих его непрерывному профессиональному развитию, оценивается по следующим критериям:

- Общее количество необходимых ЗЕ – 254ЗЕ;
- Соотношение основных и дополнительных ЗЕ (%): 85%/15%;

- Основные ЗЕ – 216 ЗЕ;
- Дополнительные ЗЕ – 38ЗЕ.

Участие претендента на *вторую* квалификационную категорию в мероприятиях, способствующих его непрерывному профессиональному развитию, оценивается по следующим критериям:

- Общее количество необходимых ЗЕ – 120ЗЕ;
- Соотношение основных и дополнительных ЗЕ (%): 90%/10%;
- Основные ЗЕ – 108 ЗЕ;
- Дополнительные ЗЕ – 12ЗЕ.

**Заключение.** Предложенные примеры организации непрерывного профессионального развития кадровых ресурсов здравоохранения различных стран содержат конкретные алгоритмы и механизмы организации НПП медицинских работников, которые следует подробнее изучить и постараться усвоить наилучшие моменты для улучшения системы непрерывного медицинского образования РК.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Куличенко В.П., Блащенко С.А. Здравоохранение России в новых экономических условиях. Новые подходы к последипломной подготовке медицинских кадров // Материалы II-й межрегиональной конференции «Непрерывное профессиональное развитие – основа качества медицинской помощи». Самара, 2009.
2. Резников Д.А. Социальная система здравоохранения в Германии // Медицинская картотека. - 2007. - №6. - С. 9.
3. Лазаренко А. Великобритания: провал программы внедрения информационных технологий // Медицинская газета: профессиональное врачебное издание. - 2014. - №6. - С. 14
4. Резников Д.А. Организация медицинской помощи в Германии. Принципы и основы страховой медицины // Вестник совре-

---

---

менной клинической медицины. - 2010. - Том 3. - Выпуск 2. – С. 66

5. PREP the Course // American Academy of Pediatrics, 2008. — 15 p.

6. Practical pediatrics CME course catalogue // American Academy of Pediatrics. - 2007. - 10 p.

7. National conference&exhibition preliminary program // Journal American Academy of Pediatrics. - 2007. - 64 p.

8. AAP application for AAP credit form // Journal American Academy of Pediatrics. - 2007. - 6 p.

### **Түйін**

Мақалада әр түрлі елдердегі денсаулық

сақтау саласындағы кадр ресурстарын үздіксіз кәсіби дамытумен қамтамасыз етудің түрлі ыңғайын табу мысалдары келтірілген. Үздіксіз медициналық білім беру жүйесін тұрақты жетілдірудің негізгі мақсаты - халыққа медициналық көмек көрсетудің сапасын жақсартуға бағытталған.

### **Summary**

The article gives examples of different approaches to continuous professional development of human resources for health in different countries. Continuous improvement of the system of continuing medical education aimed at achieving the main goal - improving the quality of health care provision.

UDC 616-056.52-053.2:614.2 (063)

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE

**7 Meeting on the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative, Athens, Greece 27-28 March 2014**

**7 Встреча ВОЗ по Инициативе Наблюдения за Европейским Детским Ожирением, Афины, Греция, 27-28 Марта 2014 г.**

For the session «WHO publication schedule of the results of the 1st and 2nd round - An update on the WHO COSI-report and journal article» on Friday 28 March 2014

WHO COSI Report - Summary SWOT analyses 1st and 2nd data collection rounds

Based on the strengths, weaknesses, opportunities and threats indicated by the 16 COSI countries, a summary was made of the main points that were brought forward by a number of them. These key points are listed below along with some illustrating examples.

**Strengths. Strong commitment of national COSI teams.** One of the strengths frequently mentioned refers to the strong commitment of the national COSI teams that were involved in data collection or in the coordination of COSI implementation. For instance Bulgaria specifically mentioned the excellent collaboration observed between the National Center of Public and Analyses, which is the national coordination institution, and the 28 regional health inspectorates that were involved in data collection. The Czech Republic indicated the strong commitment shown by the paediatricians who collected the data, Italy referred to the excellent collaboration between the health sector and the school sector at all levels (ministries of health and education, regional workers, local health workers and teachers) and Portugal highlighted the strong commitment shown by the regional health centres that were responsible for data collection in the sampled schools in their respective region.

Cost-effective implementation of COSI. Another strength mentioned by more than one country was the realization of COSI implementation at minimal additional costs because it had been possible to integrate COSI within an existing monitoring system. For

instance COSI was integrated into the Flanders health registration system in Belgium, into the preventive check-ups by paediatricians in the Czech Republic, into the child health monitoring and preventive care service in primary schools in Malta and into the physical and motor development monitoring system in Slovenia. The cost-effectiveness of data collection could be further increased through the use of well-trained dieticians (Greece), through the use of trained nutritional graduates (Ireland) or public health students (Lithuania), through the use of existing human resources within the regional health centres (Portugal), through the use of physical education teachers (Slovenia) and through the use of school nurses (Hungary, Malta and Norway).

**Weaknesses. Difficulties in fulfilling COSI requirements.** Commonly identified weaknesses were the COSI protocol requirements to use identical anthropometric equipment throughout a country (Latvia, Norway, Portugal and Slovenia) and the required calibration of the scales and stadiometers. The required time frame of 4-10 weeks within which the children should be measured was noted as a challenge (Bulgaria and Czech Republic). For Belgium, it had not been possible yet to implement the

mandatory question of the school form.

**Burden of schools.** In some schools other intervention programmes or surveys were conducted at the same time, limiting the willingness of schools to participate (Greece, Hungary, Lithuania, Slovenia and Sweden).

**Preparedness of parents.** Three out of eight countries that applied the voluntary family record form noted that parents did not want to answer some sensitive questions even though the confidentiality of answers was ensured, such as on income (Czech Republic) or on the type of house in which the family live (Greece). Malta observed a general reluctance to complete the family record form by the approached parents.

**Insufficient financial and human resources.** Insufficient financial and human resources were reported by Lithuania and The former Yugoslav Republic of Macedonia to perform COSI across the country and by Portugal at the national level in general and for data analysis and training in particular. Italy referred in some cases to insufficient human and logistic resources at local level because of difficulties accessing funds and Slovenia mentioned the availability of insufficient human resources to communicate the COSI results to the general public as one of the weaknesses.

**Opportunities. COSI as source of policy and programme development.** Countries reported that they can use the COSI data as a source for the development of a nutrition action plan or programme (Italy, Portugal, Slovenia and The former Yugoslav Republic of Macedonia), of a national health strategy (Latvia and Malta) or of a national nutrition policy for childhood obesity (Greece); for the improvement of current national policies (Bulgaria); or as a basis for programmes for the prevention and control of overweight in school-aged children (Czech Republic, Hungary and Lithuania) or for health promotion plans in health regions

(Norway).

*COSI considered as official national data.* COSI helps to keep childhood obesity as a high priority on the political agenda (Hungary, Portugal, Spain and Sweden); the COSI system can be established as a national monitoring system for childhood obesity (Greece, Portugal, Spain and The former Yugoslav Republic of Macedonia); and COSI data are considered the official data on childhood prevalence of overweight and obesity in Bulgaria, Hungary, Italy and Norway.

**Threats. Insufficient financial resources hampers continuation COSI.** All countries except Belgium and Latvia specifically mentioned insufficient financial resources as one of the weaknesses to secure continuous participation in future COSI data collection rounds. In addition the fact that some of the health professionals participating in COSI data collection are near retirement and will most likely not be replaced due to the current instable financial situation was reported by Italy and The former Yugoslav Republic of Macedonia.

*Future governmental policy and priorities may hamper continuation COSI.* Potential changes to governmental policy and priorities in public health and nutrition may pose uncertainty for the sustainability of the implementation of COSI in Bulgaria and a possible reorganization of local health authorities could decrease their involvement in prevention and nutrition activities in Italy.

*Change in policy on parental consent.* Latvia and Sweden furthermore listed a possible change in legislation or a change in opinion of ethical committees' decision as one of the threats, which require active (instead of passive) parental consent for data collection among schoolchildren and could subsequently negatively impact the parental consent rate.

---

---

UDC 616-056.52-053.5-071.3:614.2(04)

**ИНИЦИАТИВА НАБЛЮДЕНИЯ ВОЗ ЗА ЕВРОПЕЙСКИМ ДЕТСКИМ  
ОЖИРЕНИЕМ: ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА И УРОВЕНЬ ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА  
6-9-ЛЕТНИХ ДЕТЕЙ СРЕДИ УЧЕБНОГО ГОДА 2007/2008 И 2009/2010**

**WHO EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE INITIATIVE:  
BODY MASS INDEX AND LEVEL OF OVERWEIGHT AMONG 6-9-YEAR-OLD  
CHILDREN FROM SCHOOL YEAR 2007/2008 TO SCHOOL YEAR 2009/2010**

Trudy MA Wijnhoven, Joop MA van Raaij, Angela Spinelli, Gregor Stare, Maria Hassapidou, Igor Spiroski, Harry Rutter, Eva Martos, Ana I Rito, Ragnhild Hovengen, Napoleon Perez-Farinos, Ausra Petrauskiene, Nazih Eldin, Lien Braeckvelt, Iveta Pudule, Marie Kunesova, Joao Breda

**SUMMARY**

**Background.** The World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe has established the Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) to monitor changes in overweight in primary-school children. The aims of this paper are to present the anthropometric results of COSI Round 2 (2009/2010) and to explore changes in body mass index (BMI) and overweight among children within and across nine countries from school years 2007/2008 to 2009/2010.

**Methods.** Using cross-sectional nationally representative samples of 6-9-year-olds, BMI, anthropometric Z-scores and overweight prevalence were derived from measured weight and height. Significant changes between rounds were assessed using variance and t-tests analyses.

**Results.** At Round 2, the prevalence of overweight (including obesity; WHO definitions) ranged from 18% to 57% among boys and from 18% to 50% among girls; 6-31% of boys and 5-21% of girls were obese. Southern European countries had the highest overweight prevalence. Between rounds, the absolute change in mean BMI (range: from -0.4 to +0.3) and BMI-for-age Z-scores (range: from -0.21 to +0.14) varied statistically significantly across countries. The highest significant decrease in BMI-for-age Z-scores was found in countries with higher absolute BMI values and the highest significant increase in countries with lower BMI values.

**Conclusions.** Measured changes in BMI and overweight over a two-year period varied significantly among European countries. Follow-up data collections will extend time frames and may provide more conclusive answers on trends.

---

---

UDC 616-056.52-053.5:613.22:371.711:373.3:614.2

**ИНИЦИАТИВА НАБЛЮДЕНИЯ ВОЗ ЗА ЕВРОПЕЙСКИМ ДЕТСКИМ  
ОЖИРЕНИЕМ: СРЕДА ШКОЛЬНОГО ПИТАНИЯ В КОНТЕКСТЕ УРОВНЯ  
ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА В НАЧАЛЬНЫХ ШКОЛАХ**

**WHO EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE INITIATIVE: SCHOOL  
NUTRITION ENVIRONMENT IN RELATION TO LEVEL OF OVERWEIGHT AT THE  
SAME PRIMARY SCHOOLS**

Trudy MA Wijnhoven, Joop MA van Raaij, Vesselka Duleva, Marie Kunesova, Maria Hassapidou, Eva Martos, Nazih Eldin, Iveta Pudule, Ausra Petrauskiene, Ragnhild Hovengen, Ana I Rito, Gregor Stare, Agneta Sjoberg, Agneta Yngve, Joao Breda

**SUMMARY**

**Background.** Overweight and obesity in childhood remain a major public health problem in the European Region of World Health Organization (WHO). Schools can play an important role in the promotion of a healthy diet and sufficient physical activity and thus in the prevention of overweight and obesity. Aim of present study was to evaluate within Europe the differences between and within countries in the school nutrition environment in relation to overweight levels at the same primary schools.

**Methods.** Data from eleven countries participating in WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) were used (1738 schools in school year 2007/2008 and 2021 schools in school year 2009/2010). School personnel provided information on 18 school environmental characteristics on nutrition and physical activity. A school nutrition environment score was calculated, whereby higher scores correspond to higher support for a healthy school nutrition environment. Trained field workers measured weight and height of children aged 6-9 years at the same schools. Body mass index-for-age (BMI/A) Z-scores were computed using the 2007 WHO growth reference and for each school the mean of the children's BMI/A Z-scores was calculated.

**Results.** Large between-country differences were found in school nutrition environment scores. Low-score countries (Bulgaria, Czech Republic, Greece, Hungary, Ireland and Portugal) graded less than half of school environmental characteristics as positive and the high-score countries (Latvia, Lithuania, Norway, Slovenia and Sweden) judged more than half of the characteristics as positive. All country level BMI/A Z-scores were positive (range: 0.12-1.02) indicating higher BMI values than the 2007 WHO growth reference, whereby Greece, Ireland and Portugal had the highest scores. Largest within-country school nutrition environment scores were found in Bulgaria, Czech Republic, Lithuania and Greece. No consistent associations were found between school nutrition environment scores and school BMI/A Z-scores.

**Conclusions.** Some European countries have implemented more supportive school environment policies on nutrition and physical activity than others. However, most countries with low school nutrition environment scores also host schools with supportive school environment policies, suggesting that a uniform school policy to tackle the obesogenic school environment has not been implemented at a same level throughout a country.

---

---

UDC 616-056.52-053.2:316.344.23:614.2(4)

**СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ В ИЗБЫТОЧНОМ ВЕСЕ И  
ОЖИРЕНИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ: РАЗЛИЧИЕ СРЕДИ ПЯТИ СТРАН, УЧАСТВУЮЩИХ  
В ИНИЦИАТИВЕ НАБЛЮДЕНИЯ ВОЗ ЗА ЕВРОПЕЙСКИМ ДЕТСКИМ  
ОЖИРЕНИЕМ**

**THE SOCIOECONOMIC GRADIENT IN CHILDHOOD OVERWEIGHT AND OBESITY:  
DIVERSITY ACROSS FIVE COUNTRIES PARTICIPATING IN THE WHO EUROPEAN  
CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE INITIATIVE**

Lauren Lissner, Trudy MA Wijnhoven, Agneta Sjoberg, Vesselka Duleva, Ausra Petrauskiene,  
Marie Kunesova, Ana Rito, Agneta Yngve, Kirsten Mehlig, Joao Breda

**SUMMARY**

The excess risk of overweight and obesity in children from families with low socioeconomic status has been demonstrated in numerous studies from Europe and other affluent regions. It is not fully understood whether the gradient currently differs in girls or boys, and whether maternal versus paternal characteristics are equally influential. Moreover, in the European context, there is reason to believe that the gradient may vary among countries as a function of differing degrees of socioeconomic development. Particularly for the purpose of documenting country-level differences, it is essential to utilize nationally representative data.

The aim of this paper is to examine whether the well-known socioeconomic gradient is stable across the European region, using data from Bulgaria, Lithuania, Portugal, Czech Republic and Sweden collected during the first (2008) round of WHO's Childhood Obesity

Surveillance Initiative (WHO-COSI). These 5 countries are included in the present analysis because they represent a broad range of geographic and economic areas within Europe and all provided children's anthropometric data and socioeconomic information from both parents.

We found important heterogeneity in the association between parental socioeconomic indicators and childhood overweight/obesity in the 5 countries studied. This was confirmed by analyses of interactions, which found statistically significant interactions between all parental socioeconomic indicators and all country level indicators, in relation to childhood weight status. These findings have major public health implications for the WHO-Europe region, and underscore the necessity to continue documenting socioeconomic gradients at the country level in international surveillance efforts.

UDC 616-056.52-053.2:613.2+613.7:614.2

**НАБЛЮДЕНИЕ ВОЗ ЗА ЕВРОПЕЙСКИМ ДЕТСКИМ ОЖИРЕНИЕМ 2008:  
СВЯЗЬ МЕЖДУ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ СНА, ВРЕМЕНЕМ ПРОСМОТРА  
ТВ И ЧАСТОТОЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРОДУКТОВ ПИТАНИЯ**

**WHO EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY SURVEILLANCE 2008: ASSOCIATIONS  
BETWEEN SLEEP DURATION, SCREEN TIME AND FOOD CONSUMPTION  
FREQUENCIES**

Claudia Bornhorst, Trudy MA Wijnhoven, Vesselka Duleva, Marie Kunesova, Ausra Petrauskiene, Ana I Rito, Lauren Lissner, Agneta Yngve, Joao Breda

**SUMMARY**

Sleep duration and screen time have been reported to be associated with childhood obesity. Peculiarly, both of these sedentary behaviours seem to affect the weight status in counteracting directions. Therefore, the present cross-sectional study aimed to investigate whether these adverse associations may be explained by differences in the effects of sleep duration and screen time on food consumption frequencies. The analysis was based on 10,398 children aged 6 to <10 years from five European countries that participated in the World Health Organization European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI).

Logistic multi-level models were used to assess associations between parent-reported screen time as well as sleep duration (exposure variables) and consumption frequencies of 16 food items (outcome variables). All models were adjusted for age, sex, outdoor play time, BMI/A z-scores and maximum educational level of parents and included random effects to

account for the clustered study design.

One additional hour of screen time was associated with increased consumption frequencies of '*soft drinks containing sugar*' (1.23 [1.15;1.32]; odds ratio and 99% confidence interval), '*light/diet drinks*' (1.24 [1.08;1.43]), '*flavoured milk*' (1.18 [1.08;1.28]), '*candy bars, chocolate*' (1.31 [1.23;1.40]), '*biscuits, pies*' (1.22 [1.15;1.31]), '*potato/corn chips, popcorn, peanuts*' (1.32 [1.20;1.45]), '*pizza, French fries, hamburgers*' (1.29 [1.18;1.42]) and with a reduced consumption frequency of '*vegetables*' (0.90 [0.85;0.96]). In contrast, sleep duration was found to be mainly associated with increased consumption frequencies of '*fruits*' (1.12 [1.05;1.20]) and '*vegetables*' (1.17 [1.09;1.25]).

These results suggest a potential relation between high screen time exposure and increased intake frequencies of foods high in fat, sugar or salt whereas long sleep duration may favourably be related to children's food choices. Both screen time and sleep duration are modifiable risk factors that should be targeted in interventions.

УДК 618.36-007.274:618.2-08

**Т.Т. ТАЖИХАНОВА, Э.Е. МУХАМЕТОВА, А.М. МУСАНОВА**

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Алматы

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ПРИРАЩЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ**

### **Аннотация**

В статье рассматриваются вопросы оптимизации ведения беременных с высоким риском приращения плаценты.

**Ключевые слова:** кровотечение, истинное приращение плаценты, компрессионные швы по Б-Линчу.

**Актуальность.** Акушерские кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности, постгеморрагических осложнений и инвалидизации женщин. Несмотря на то, что в последнее время отмечается тенденция к снижению частоты материнской смертности от кровотечений, связанных с аномалией расположения и прикрепления плаценты, совершенствование ведения беременных с предлежанием плаценты является одним из резервов дальнейшего реального снижения показателей материнской смертности в РК и улучшения качества жизни женщин.

Истинное приращение плаценты является достаточно редким акушерским осложнением, как правило, требующим органосохраняющей операции. Истинное приращение плаценты чаще всего бывает частичным, возникает при выраженных дистрофических изменениях децидуальной оболочки, атрофии губчатого и базального слоев и отсутствии зоны фибриноидной дегенерации, когда создаются условия для проникновения кателидонов плаценты в мышечный слой матки.

Вероятность приращения плаценты повышается при расположении ее в области послеоперационного рубца или в нижнем сегменте матки. У пациенток с предлежанием плаценты частота встречаемости истинного приращения составляет 5-7%, при наличии 1

рубца на матке и предлежании – уже 24-31%, а при двух и более рубцах – до 50%.

Учитывая повсеместную тенденцию к росту оперативного родоразрешения, количество беременных с рубцом на матке будет увеличиваться, а значит, будет увеличиваться группа риска формирования аномалий, как расположения, так и аномалий прикрепления плаценты, что в свою очередь увеличивает риск акушерских кровотечений и органосохраняющих операций. По данным клиники НЦАГиП отмечается ежегодное увеличение удельного веса истинного приращения плаценты за последние годы.

**Цель.** Провести ретроспективный анализ историй родов беременных с предлежанием плаценты.

**Материал и методы.** Нами проанализированы 14 историй родов беременных с предлежанием плаценты, госпитализированных на оперативное родоразрешение в 2013 г. во 2-ое акушерское отделение НЦАГиП. Из них 5 (35,7%) беременных были с рубцом на матке после одной и более операций кесарева сечения в анамнезе. Только одна из 14 пациенток была первобеременной, по паритету родов 13 (93%) были повторнородящими, у 10 (71%) акушерский анамнез был отягощен медицинскими и самопроизвольными абортми, что объяснимо, учитывая характер акушерской патологии.

Возрастной диапазон родоразрешенных женщин от 24 до 43 лет, средний возраст составил 35,1 лет. 8 беременных были позднего репродуктивного возраста – 57,1%, из них 3 женщины старше 40 лет. По национальному составу большинство беременных (12 женщин – 85,7%) были коренной национальности. По социальному положению – 9 служащих, 5 домохозяйек.

Всем госпитализированным беременным с предлежанием плаценты проводилась ультразвуковая диагностика с прицельным определением возможного приращения плаценты с целью выработки дальнейшей тактики ведения. У 4 беременных (28,6%) антенатально было определено приращение на УЗИ с использованием цветного доплеровского картирования (ЦДК), во всех случаях имелось интраоперационное подтверждение аномалии прикрепления плаценты.

Все беременные с УЗ признаками приращения помимо предлежания плаценты были с рубцом на матке, одна из которых имела рубец после двух операций кесарева сечения. Все пациентки родоразрешены путем операции кесарева сечения, учитывая абсолютные показания. Беременные с дородовой диагностикой приращения плаценты были досрочно прооперированы, учитывая возрастание риска кровотечения с увеличением сроков беременности. 8 пациенток (64%) родоразрешались в доношенном сроке путем планового оперативного вмешательства, 1 беременная была прооперирована в экстренном порядке в сроке 34 недели по состоянию плода. На все операции условно заготавливался запас препаратов крови (СЗП и эритроцитарной массы). В одном случае приращение плаценты было выявлено только во время операции. У всех пяти женщин с подтвержденным интраоперационно приращением плаценты в анамнезе одно и более выскабливаний полости матки по поводу медицинского и самопроизвольного абортов и неразвивающейся беременности, что являет-

ся дополнительным фактором риска аномалии прикрепления плаценты помимо предлежания и рубца на матке.

Патологическая кровопотеря имела место только при приращении плаценты, диагностированном на УЗИ (ЦДК) - у 4 пациенток. Объем кровопотери от 1000,0 до 1999,9 мл отмечался в 2 случаях (14%), от 2000,0 до 2999,0 мл - в 1 случае (7%), 3000,0 мл и более – в 1 случае (7%). Таким образом, массивная кровопотеря более 2000,0 мл крови отмечалась у 2 пациенток с прорастанием ворсин хориона всей толщи миометрия и серозного слоя матки с врастанием в стенку мочевого пузыря, в связи с чем в операционную вызывались урологи, проводилось иссечение и ушивание стенки мочевого пузыря в пределах неизменной ткани. Гемотрансфузия интраоперационно проводилась 3 женщинам. В двух случаях массивной кровопотери с прорастанием плаценты всей толщи миометрия и вовлечением соседних органов, хоть и имело место досрочное родоразрешение, но в сроке около 36 недель.

Органоуносящие операции выполнены 5 женщинам с интраоперационным подтверждением приращения плаценты и патологической кровопотерей, что составило 36%. 2 пациенткам была проведена ампутация матки без придатков при кровопотере до 2000,0 мл, экстирпация имела место в 3 случаях, 1 пациентке была произведена перевязка ВПА. Во время проведения экстирпации матки двум пациенткам с целью уменьшения кровопотери гистерэктомия была проведена вместе с последом, с предварительным наложением лигатуры на пуповину, форсированного отделения плаценты при наличии приращения не проводилось, разрез на матке ушивали после погружения пуповины в полость матки. Средний возраст пациенток с органоуносящими операциями составил 33,8 лет.

У 9 пациенток с целью проведения органосохраняющей операции и уменьшения интраоперационной кровопотери были на-

ложены дополнительные гемостатические П и Z-образные швы на внутреннюю поверхность матки после отделения последа в местах повышенной кровоточивости, а также 4-м из них – дополнительно с профилактической целью были наложены компрессионные швы по Б-Линчу. Общая кровопотеря во время операций у данных 9 женщин не превышала 900 мл. Состояние всех новорожденных, несмотря на различные сроки родоразрешения, было удовлетворительным.

**Заключение.** Таким образом, плановое родоразрешение существенно облегчает прогноз для женщины, учитывая возможности для мобилизации персонала, проведения экстренной гемотрансфузии и вызова консультантов. Досрочное родоразрешение в сроках 34-35 недель при дородовой УЗ-диагностике приращения оправдано тем, что с увеличением срока беременности возрастает риск кровотечения вследствие перерастяжения нижнего сегмента и прорастания ворсин хориона и дальнейшей васкуляризации тканей с высоким риском вовлечения соседних органов и массивной кровопотери во время предстоящей операции. Дополнительное применение гемостатических швов на внутреннюю поверхность матки и компрессионных швов по Б-Линчу существенно сокращает интраоперационную кровопотерю и процент органаоносящих операций.

Необходимо выработать и внедрить ультразвуковые критерии признаков приращения и проводить повсеместный УЗ-скрининг беременных с высоким риском аномалии прикрепления плаценты (с предлежанием плаценты), а также с рубцом на матке и расположением плаценты в области нижнего сегмента - с применением ЦДК.

Руководствуясь международным опытом, постепенно внедрять в клинику интраоперационные методики, позволяющие увеличить процент органаоносящих операций при приращении плаценты. Перевязка маточной

артерии нередко используется при приращении плаценты, что позволяет сохранить матку. Courbiere В. и соавт. (2003 г.) с целью консервативного лечения приращения плаценты у 7 из 13 больных с успехом применили двустороннюю перевязку маточной артерии, оставляя приросший участок плаценты. Клинические и хирургические методики лечения предлежания плаценты с высоким риском прорастания базируются на предупреждении массивного кровотечения. Hudon L. и соавт. (1998 г.) в своем обзоре среди других методов предотвращения массивного кровотечения, обусловленного прорастанием плаценты, описывают профилактическую перевязку маточной или внутренней подвздошной артерии.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кравцова Т.Г., Витковский О.В. Опыт органосохраняющих операций при истинном приращении плаценты // Репродуктология и перинатология: современный взгляд на проблему. – Алматы, 2009. - С. 92-93.
2. Савельева Г.М. Акушерство. – М.: Медицина, 2000. - С. 578-582.
3. Courbiere В., Bretelle F., Porcu G., Gamberre M., Blanc B. Conservative treatment of placenta accrete // J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod (Paris). - 2003. - Vol. 32, №6. - P. 549–554.
4. Hudon L., Belfort M. A., Broome D.R. Diagnosis and management of placenta percreta: a review // Obstet. Gynecol. Surv. - 1998. - Vol.53, №8. - P. 509–517.
5. Tshibangu K. C., de Jongh M. A., Mamabolo M. Y., Peranovic V., Sooboo V. M. Surgical conservation of the uterus in the management of third-trimester placenta percreta using tubal and uterine artery ligation and uterine packing // S. Afr. Med. J. - 2004. - Vol.94, №3. - P. 180–182.

**Түйін**

Плацентаның шынайы толық бітісіп өсуі плацентамен қоса жатырды алып тастайтын операцияны қажет ететін, айтарлықтай сирек кездесетін акушерлік асқыну болып табылады. Емделуші әйелдерде плацентаның шынайы толық бітісіп өсуінің кездесу жиілігі 5-7%, плацентаның төмен орналасуы мен 1 тыртық болса 24-31%, 2 және одан да көп тыртық болса - 50% құрайды.

**Summary**

True placenta accreta is a rare obstetric complication usually requiring organounosyaschey operation. Patients with placenta previa frequency of true increment of 5-7%, in the presence of one uterine scar and breech - is 24-31%, and with two or more scars - up to 50%.

УДК 618.39:618.213:612.631:612.621.31

**А.Р. АИМБЕТОВА, Н.М. МАМЕДАЛИЕВА, М.З. ИСРАЙЛОВА**

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии,  
Многопрофильный медицинский центр «Private clinic Almaty», г. Алматы

**ВЫРАБОТКА «ИНГИБИНА А» И «АКТИВИНА А» У ЖЕНЩИН ГРУППЫ РИСКА С НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТЬЮ ПЕРВОГО ТРИМЕСТРА**

**Аннотация**

Среди различных форм невынашивания беременности особое место занимает несостоявшийся выкидыш в раннем сроке с длительной задержкой его в полости матки – неразвивающаяся беременность. Научный интерес к проблеме невынашивания беременности возрастает в связи с появлением новых диагностических возможностей, позволяющих уточнить по новому подойти к выяснению патогенетических механизмов невынашивания беременности, неустановленный генез которых в ее структуре составляет 25-57%.

**Ключевые слова:** невынашивание беременности, имплантация, трофобласт, ингибин, активин.

**Актуальность.** В структуре невынашивания, особенно ранних ее потерь, одно из главных мест занимает неразвивающаяся беременность [1,2]. Несмотря на многочисленные исследования данной проблемы, частота невыясненных причин неразвивающейся беременности остается высокой 25-57% [1,3,4]. Многочисленные работы рассматривают генез неразвивающейся беременности с мультифакторных позиций: клиничко-эндокринологических, иммунологических цитогенетических, морфофункциональных, инфекционных [3,4,5].

Известно, что для нормального течения беременности большое значение имеет полноценная имплантация. Для этого необходимо наличие чувствительного эндометрия и эмбриона, достигшего стадии бластоцисты. Кроме того, большую роль играет локальная иммуносупрессия, чтобы в дальнейшем этот защитный барьер предотвратил отторжение наполовину чужеродного плода [6].

Одной из причин прерывания беременности в первом триместре является нарушение процессов секреторной трансформации эндометрия, которое создает неблагоприятные

ятные условия для адекватного развития трофобласта и питания зародыша [7]. Процесс экспансии, инвазии и дифференцировки цитотрофобласта находится под контролем множества гормонов, факторов роста и цитокинов. Рецепторы к этим веществам обнаружены на различных субпопуляциях трофобласта [3,8,9,10]. Определенные перспективы для определения нарушений функции трофобласта заложены в определении экспрессии гормонов ингибина и активина.

Ингибин и активин - пептиды, вырабатываемые в яичниках и относящиеся к лигандам суперсемейства трансформирующего фактора роста  $\beta$ .

Ингибин - пептид с молекулярной массой 32кДа, состоящий из  $\alpha$ -субъединицы и  $\beta$ -субъединицы, связанных дисульфидными мостиками. Ингибин А состоит из  $\alpha$ - и  $\beta$ А субъединиц, ингибин В из  $\alpha$ - и  $\beta$ В субъединиц. У женщин вне беременности ингибин синтезируется в фолликулах, а у мужчин - в семенных канальцах яичек (клетки Сертоли) [11]. Ингибин подавляет секрецию ФСГ. Во время беременности основным продуцирующим органом ингибина А является плацента.

С возрастом вследствие неоднократного отбора фолликулов, их атрезии и овуляции, популяция премордиальных фолликулов падает, что выражается в снижении секреции ингибина А и В [12].

Активины – гормоны, которые принадлежат к суперсемейству трансформирующего фактора роста  $\beta$ . Активин, также как ингибин, состоит из двух субъединиц. Две  $\beta$ А-субъединицы образуют гомодимеры – активин А ( $\beta$ А- $\beta$ А), или гетеродимеры с  $\beta$ В субъединицами – активин В ( $\beta$ В- $\beta$ В), активин АВ ( $\beta$ А- $\beta$ В). У женщин гормон синтезируется в фолликулах, а у мужчин – в клетках Сертоли. Активин стимулирует секрецию ФСГ. Вне беременности активин синтезируется в различных тканях, включая яичники (клетки гранулезы) и гипофиз [13,14]. При беременности активин синтезируется трофобластом.

Органами-мишенями для ингибинов и активинов являются гипофиз и яичники [15].

Активин А ингибирует рост сосудистого эндотелия, вместе с TGF- $\beta$  может ингибировать рост капилляров во время инвазии трофобласта, модулирует эндотелиальную секрецию эндотелиальными клетками.

С наступлением беременности в области имплантации запускается важнейший биологический процесс – ангиогенез, обеспечивающий нормальное развитие сосудистой сети и формирование плаценты. Отклонения в механизмах формирования полноценной сосудистой системы являются ведущим фактором в патогенезе многих осложнений беременности. Нарушения в гестационной перестройке спиральных артерий после имплантации плодного яйца приводят к такому осложнению, как преэклампсия. Длительные расстройства децидуальной перфузии, нарушение плацентации и плодового сосудистого кровообращения играют основную роль в развитии фетоплацентарной недостаточности [15].

Децидуализация стромы эндометрия играет ключевую роль в создании специализированного микроокружения для имплантации эмбриона и вращающегося трофобласта. Группой авторов [15] было выявлено, что активин А служит эффективным регулятором децидуализации *in vitro* клеток стромы эндометрия. Децидуализированные клетки образуют активин А в больших концентрациях, превышающих концентрации антагонистов (ингибина и фоллистатина), что обеспечивает биологическую доступность активина А в децидуальной оболочке. Все компоненты активинового сигнального пути (активинового рецепторы и различные Smad) экспрессированы в децидуализированных клетках. В эндометрии идентифицирован активиновый механизм ниже по сравнению с регуляцией металлопротеиназ матрикса. Таким образом, было доказано, что активины и ингибины участвуют в процессе фертильности.

**Цель.** Определить экспрессию ингибина и

активина в группе высокого риска по развитию неразвивающейся беременности вне и в первом триместре беременности.

**Материал и методы.** Основную группу составили 76 женщин группы высокого риска по прерыванию беременности по типу неразвивающейся (из них 30 – вне беременности, 46 в 1 триместре беременности), контрольную группу составили 60 пациенток с нормальной репродуктивной функцией. Общеклиническое обследование проводили по стандартной схеме, предусматривающей выяснение жалоб, сбор анамнеза, объективное гинекологическое обследование. Определение содержания ингибина и активина проводилось в крови иммуноферментным методом с помощью диагностических наборов ЕА (Германия). Содержание ингибина выражали

в пг/мл, активина в нг/мл.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациенток основной группы составил  $31,3 \pm 5,4$  лет, в контрольной группе –  $29,9 \pm 5,1$  лет. 21 пациентка основной группы имела возраст 35 лет и старше, что составило  $27,6 \pm 5,1\%$ , в контрольной группе пациенток этой возрастной группы было 11 ( $18,35 \pm 5,0\%$ ).

При анализе особенностей репродуктивной функции было выявлено, что 76 пациенток основной группы имели всего 275 беременностей, из них срочные роды составили  $13,8 \pm 2,1\%$  против  $71,9 \pm 4,1\%$  в контрольной группе ( $p < 0,001$ ). Более половины беременностей в основной группе ( $53,1 \pm 3,0\%$ ) прервались по типу неразвивающейся в первом триместре (таб. 1).

Таблица 1 - Характеристика генеративной функции обследованных женщин (%)

	Основная группа N=76		Контрольная группа N=60		$\chi^2$
	Абс.	%	Абс.	%	
<b>Беременностей всего</b>	275		121		
<b>Срочные роды</b>	38	$13,8 \pm 2,1^*$	87	$71,9 \pm 4,1$	131
<b>Преждевременные роды</b>	10	$3,6 \pm 1,1$	3	$2,5 \pm 1,4$	17,4
<b>Самопроизвольные выкидыши</b>	36	$13,1 \pm 2,1^*$	-	-	17,4
<b>Неразвивающаяся беременность</b>	146	$53,1 \pm 3,0^*$	-	-	101,8
<b>Аntenатальная гибель плода</b>	12	$4,4 \pm 1,2^*$	-	-	5,4
<b>Внематочная беременность</b>	5	$1,8 \pm 0,8^*$	-	-	2,2
<b>Искусственный аборт</b>	22	$8,0 \pm 1,6^*$	31	$25,6 \pm 3,9$	22,5

<b>Прерывание беременности (пороки развития плода)</b>	6	2,2±0,9*	-		2,7
<i>Примечание: * - имеет достоверные отличия от данных контрольной группы (p&lt;0,05).</i>					

Экспрессия ингибина А вне беременности у пациенток основной группы была существенно ниже по сравнению с его уровнем в контрольной группе и составила 14,6±3,4 и 30,8±5,6 пг/мл соответственно (p<0,01) (таб. 2). При анализе уровня ингибина А в сыворотке крови в 1 триместре беременности

были получены следующие результаты: у беременных группы высокого риска по прерыванию беременности по типу неразвивающейся в 1 триместре показатель ингибина А составил 20,9±4,7 пг/мл, тогда как его уровень в контрольной группе был достоверно выше – 39,1±5,4 пг/мл (p<0,01).

Таблица 2 - Уровень ингибина и активина в сыворотке крови

	Вне беременности		Беременные		p
	Осн. группа (n=30)	Контр. группа (n=30)	Осн. группа (n=46)	Контр. группа (n=30)	
<b>Ингибин А (пг/мл)</b>	14,6±3,4*	30,8±5,6	20,9±4,7*	39,1±5,4	* p<0,01
<b>Активин А (нг/мл)</b>	10,2±2,2**	27,6±3,6	20,9±2,6**	43,8±4,7	** p<0,001

Определение экспрессии активина А в сыворотке крови основной и контрольной групп также обнаружило достоверные отличия. Так, показатель активина в основной группе вне беременности был снижен в 3 раза в сравнении с группой женщин с нормальной репродуктивной функцией и составил 10,2±2,2 нг/мл, в контрольной группе – 27,6±3,6 нг/мл (p<0,001). Определение уровня активина в 1 триместре беременности в основной и контрольной группах также выявило достоверные различия: уровень активина А в основной группе составил 20,9±2,6 нг/мл, в контрольной – 43,8±4,7 нг/мл (p<0,001).

Более низкий уровень ингибина у небеременных пациенток группы риска по развитию неразвивающейся беременности 1

триместра, возможно, связан со снижением овариального резерва, подтверждением чего является достоверно большая частота нарушений менструального цикла у пациенток основной группы, а также с более старшим возрастом представительниц основной группы. Так, по данным Марченко Л.А. ингибин является достоверным показателем овариального резерва, и у женщин по мере увеличения возраста отмечается снижение концентрации ингибина [13]. Не исключено, что низкая концентрация ингибина в 1 триместре беременности у пациенток группы высокого риска по развитию неразвивающейся беременности в сравнении с данными контрольной группы, связана со снижением функции плаценты и желтого тела, являющимися, как

известно, основным источником ингибина.

Одной из частых причин невынашивания является недостаточность лютеиновой фазы, которая характеризуется гипофункцией желтого тела яичника. Механизм прерывания беременности при НЛФ связан с теми изменениями, которые происходят в эндометрии в результате нарушения процессов секреторной трансформации. В эндометрии наблюдаются недоразвитие желез, стромы, сосудов, недостаточное накопление гликогена, белков, факторов роста, что создает неблагоприятные условия для адекватного развития трофобласта и питания зародыша, что обуславливает прерывание беременности в I триместре [7, 16, 17, 18].

Таким образом, снижение уровня ингибина в крови можно рассматривать, по-видимому, как один из патогенетических механизмов неразвивающейся беременности первого триместра.

Учитывая, что вне беременности активин синтезируется в фолликулах, то более низкий уровень активина у женщин с невынашиванием, возможно, связан с малым количеством фолликулов у пациенток. Это также подтверждается тем, что у 14,5% пациенток основной группы отмечено бесплодие в анамнезе.

Известно, что при беременности источником активина является трофобласт, вероятно, уменьшение уровня активина в крови беременных, угрожаемых по невынашиванию, обусловлено сниженной функцией трофобласта. Мы полагаем, что снижение функции трофобласта, низкий уровень активина влияют на децидуализацию и на рост капилляров во время инвазии трофобласта, что является одним из механизмов прерывания беременности в ранние сроки.

Таким образом, полученные достоверные изменения уровня пептидов, относящиеся к лигандам суперсемейства трансформирующего фактора роста  $\beta$ -ингибина и активина, могут лечь в основу разработки предикторов неразвивающейся беременности первого

триместра.

#### **Выводы:**

1. У пациенток группы высокого риска по развитию неразвивающейся беременности вне и во время беременности имеет место снижение уровня ингибина А в 2 раза, что, возможно, является одним из патогенетических механизмов неразвивающейся беременности первого триместра.

2. Выработка активина у пациенток основной группы вне и во время беременности снижена в сравнении с показателями контрольной группы, что является одним из механизмов прерывания беременности в ранние сроки.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Доброхотова Ю.Э., Чернышенко Т.А., Аушева А.А. Реабилитация репродуктивной функции у женщин с неразвивающейся беременностью в анамнезе // Журнал акушерства и женских болезней. - 2006. - Т.4. выпуск 1. - С. 911-994.
2. Серов В.Н., Тихомиров А.Л., Лубнин Д.М. Современные принципы терапии воспалительных заболеваний женских половых органов // Методическое пособие для врачей акушер-гинекологов. - М., 2003. - 19 с.
3. Мещерякова А.В. Иммуноморфологические аспекты неразвивающейся беременности I триместра: автореф. ... канд. мед. наук. - М., 2000. - 19 с.
4. Салов И.А. Неразвивающаяся беременность (патогенез, клиника, диагностика, лечение): автореф. ... докт. мед. наук. - М., 1998. - 43 с.
5. Серова О.Ф. Предгравидарная подготовка женщин с невынашиванием беременности: автореф. ... докт. мед. наук. - М., 2000.
6. Радзинский В.Е., Запретова Е.Ю., Мисник В.В. Генетические и иммунологические аспекты привычного невынашивания беременности // Акушерство и гинекология. - 2005. - №6. - с.24-29.
7. Сидельникова В.М. Актуальные про-

блемы невынашивания беременности // Цикл клинических лекций. – М., 2001. – 170 с.

8. Говало В.И. Иммунология репродукции. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.

9. Чернышов В.П., Теличкун С.В. Субпопуляция лимфоцитов, специфические белки беременности при физиологической ранней беременности и раннем спонтанном аборте неясного генеза // Иммунологические аспекты репродуктивного здоровья. – 1992. – С. 163-169.

10. Werbin Tuo, Troy L.Ott. Natural Killer Cell Activity of Lymphocytes Exposed to Ovine, Type 1, Trophoblast Interferon // American Journal of Reproductive Immunology. – 1993. – vol.29. – P. 26-27.

11. Назаренко Т.А., Мишиева Н.Г., Соловьева Н.Г., Фанченко Н.Д., Муллабаева С.М., Ревитшвили Н.А. Ингибин В как маркер овариального резерва у женщин с различным формами бесплодия // Проблемы репродукции. – 2005. – №3.

12. Lockwood G.M., Ledger W.L., Barlow D.H, Groome N.Y., and Muttukrislna S. Identification of the source of inhibins at the time of conception provides a diagnostic role for them in very early pregnancy // American Journal of Reproductive Immunology. – 1998. – 40(5). – P. 303-308.

13. Марченко Л.А. Желтое тело. Механизмы формирования и регресса // Гинекология. – 2000. – Т.2, №5, – С.25-32.

14. De Paolo L.V., Ricsak T.A., Erickson G.F. et al. Follistatin and activin: A potential intrinsic regulatory system within diverse tissues // Journal Proceedings of the Society

for Experimental Biology and Medicine. – 1991. – 198. – P. 500-512.

15. Орлов А.В., Орлов В.И., Сагамонова К.Ю., Друккер Н.А., Крукиер И.И., Погорелова Т.Н. Клинико-диагностическое значение факторов роста, интерлейкинов и вазоактивных компонентов в оценке характера осложнений беременности в 1 триместре // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2003. – №2. – С. 4-6.

16. Ан И.П. Реабилитация генеративной функции у женщин с внутриутробной гибелью плода в анамнезе: автореф. ...канд. мед. наук. – 2001. – 30 с.

17. Beer A.E., Kwak K.Y.H. Reproductive medicine program // Finch University of Health Science. – Chicago Medical School, 1999. – P. 132.

18. Стрижаков А.Н., Игнатко И.В. Потеря беременности. – М.: МИА, 2007. – 224 с.

### Түйін

Қазіргі таңда жүктілікті көтере алмау мәселесі артып барады. Трофобласт функциясының төмендеуі, активин деңгейінің төмендеуі жүктілікті ерте мерзімінде тоқтату механизміне әсер ететіндігі анықталды.

### Summary

The problem of miscarriage is currently increasing. We found that loss of function of the trophoblast, the low level of activin affects the mechanisms of abortion in the early stages.

---

---

УДК 618.3-06:616.831-008.6:616.13/.14.018.74-07

**Н.М. МАМЕДАЛИЕВА, Т.А. ПАТСАЕВ**

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Алматы

## **ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРОВ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ПРЕЭКЛАМПСИИ**

### **Аннотация**

В статье рассматриваются вопросы предотвращения перехода преэклампсии в самую тяжелую форму эклампсии. В настоящее время одной из самых значимых проблем является проблема преэклампсии и эклампсии

**Ключевые слова:** преэклампсия, эндотелин, оксида азота, фетоплацентарный комплекс.

**Актуальность.** На сегодняшний день одной из самых важных и значимых проблем в акушерской науке является проблема преэклампсии и эклампсии. Частота преэклампсии в общей популяции беременных женщин остается высокой – 5-18% и более, а в структуре материнской смертности, по данным мировой статистики, доля преэклампсии составляет 12-30% [1,2]. Частота преэклампсии в РК колеблется в пределах 14,5-21%. Подчеркивая значимость проблемы преэклампсии необходимо отметить, что перинатальная заболеваемость детей, родившихся у матерей, перенесших преэклампсию во время беременности, составляет 463-780‰, а смертность от 10 до 30‰. Доказано, что перенесенная во время беременности преэклампсия способствует формированию хронической патологии почек, показывает отрицательное влияние на показатели умственного и физического развития потомства.

Внимание большинства исследователей сосредоточено на том, чтобы предотвратить переход преэклампсии в самую тяжелую ее форму – эклампсию [1,3]. Возможности предотвращения развития преэклампсии связаны, прежде всего, с выявлением факторов, способствующих формированию данной патологии беременности, изучением патогенетических механизмов развития заболевания

и разработкой методов прогнозирования на ранних этапах с целью осуществления профилактических и лечебных мероприятий [2].

В настоящее время внимание исследователей все чаще привлекает комплекс изменений функционального состояния эндотелия, являющихся одним из основных звеньев патогенеза преэклампсии [4,5]. Активация, повреждение и последующая за ним дисфункция эндотелия приводят к нарушению эндотелий-зависимых механизмов регуляции сосудистого тонуса и сосудистой проницаемости, что лежит в основе развития основных проявлений преэклампсии – артериальной гипертензии, протеинурии, отеков, маточно-плацентарной недостаточности, изменений со стороны свертывающей системы крови [6,7]. В итоге нарушается микрорегуляция жизненно важных органов с развитием полиорганной недостаточности. Представление об активации эндотелия при развитии преэклампсии дает изучение метаболизма эндотелиальных факторов, являющихся вазоактивными медиаторами: эндотелина и эндотелиального релаксирующего фактора оксида азота.

**Цель.** Уточнение патогенетических механизмов развития преэклампсии и выделение критериев прогнозирования на основании изучения содержания эндотелина – 1,2 и кон-

центрации стабильных метаболитов азота.

**Материал и методы.** Для достижения поставленной цели были обследованы 107 беременных женщин. Из них 77 беременных женщин группы риска по развитию преэклампсии, которые были разделены в зависимости от особенностей течения и исхода беременности на две группы. Первую (основную) составили 45 пациенток, беременность которых осложнилась развитием преэклампсии. Вторую (сравнительную) группу составили 32 женщины с неосложненным преэклампсией течением гестации. Контрольную группу составили 30 соматически здоровых женщин с физиологическим течением беременности. Определение содержания эндотелина – 1,2 осуществлялось иммуноферментным методом на анализаторе «DIAPLUS» с помощью наборов фирмы «Biomedica» (Австрия). Определение концентрации стабильных метаболитов азота (нитраты/нитриты) проводилось спектрофотометрическим методом на спектрофотометре «Ultraspec». Содержание эндотелина – 1,2 выражалось в фмоль/мл, содержание стабильных метаболитов азота – в мкг/мл.

Результаты исследования. У беременных с физиологическим течением гестации (контрольная группа) содержание эндотелина в крови оставалось низким на протяжении всей беременности, составляя в сроке 12-16 недель  $0,682 \pm 0,29$  фмоль/мл, в 28-30 недель -  $0,534 \pm 0,32$  фмоль/мл, а в 33-38 недель –  $0,567 \pm 0,2$  фмоль/мл (табл. 1). Это подтверждало данные литературы о том, что субпороговые концентрации эндотелина обеспечивают базальный тонус сосудов.

У беременных основной группы (с развившейся преэклампсией) отмечалась неадекватная продукция эндотелина-1,2, начиная с 12-16 недель гестации: уровень исследуемого пептида оставался повышенным в течение всего периода гестации. По сравнению с группой контроля уровень содержания эндотелина в 12-16 недель был повышен в 3,6 раза, составив  $2,48 \pm 0,14$  фмоль/мл, а по отношению к группе сравнения повышен в 2 раза. В 28-30 недель уровень содержания эндотелина составил  $2,86 \pm 0,42$  фмоль/мл и  $4,36 \pm 0,37$  фмоль/мл в 33-38 недель гестации, достоверно отличаясь от группы контроля ( $p \leq 0,001$ ).

Таблица 1 - Содержание эндотелина-1,2 в сыворотке крови (фмоль/мл)

Срок гестации	Основная группа, n=45	Сравнительная группа, n=32	Контрольная группа, n=30
12-16 недель	$2,48 \pm 0,14$	$1,21 \pm 0,17^*$	$0,682 \pm 0,29^*$
28-30 недель	$2,86 \pm 0,42$	$1,46 \pm 0,31^*$	$0,534 \pm 0,32^*$
33-38 недель	$4,36 \pm 0,37$	$1,32 \pm 0,12^*$	$0,567 \pm 0,2^*$
* - достоверные различия по отношению к основной группе ( $p \leq 0,001$ )			

В сравнительной группе показатели содержания эндотелина также были выше по сравнению с контрольной группой, однако отклонения не были так резко выражены и были достоверно ниже, чем в основной группе ( $1,21 \pm 0,17$  фмоль/мл в 12-16 недель и  $1,32 \pm 0,12$  фмоль/мл в 33-38 недель,  $p \leq 0,001$ ). Вместе с тем наибольший интерес представляют данные о достоверных различиях содержания эндотелина - 1,2 между основной

и сравнительной группами.

Исследование содержания стабильных метаболитов оксида азота в динамике физиологической беременности показало, что в 12-16 недель этот показатель составил  $3,31 \pm 0,17$  мкг/мл, в 28-30 недель - мкг/мл и в 33-38 недель –  $3,045 \pm 0,32$  мкг/мл, достоверно отличаясь от основной и сравнительной групп (табл. 2).

Таблица 2 - Содержание стабильных метаболитов NO в сыворотке крови (мкг/мл)

Срок гестации	Основная группа, n=45	Сравнительная группа, n=32	Контрольная группа, n=30
12-16 недель	$1,14 \pm 0,11^{*} **$	$2,72 \pm 0,54^{**}$	$3,31 \pm 0,17^{*}$
28-30 недель	$1,16 \pm 0,18^{*} **$	$2,67 \pm 0,47^{**}$	$3,68 \pm 0,13^{*}$
33-38 недель	$1,208 \pm 0,21^{*} **$	$2,16 \pm 0,36^{**}$	$3,045 \pm 0,32^{*}$

\* -достоверные различия по отношению к основной группе ( $p \leq 0,001$ ,  $p < 0,05$ )

Графическое изображение соотношения основных вазоактивных факторов при физио-

логической беременности представлено на рис. 1.

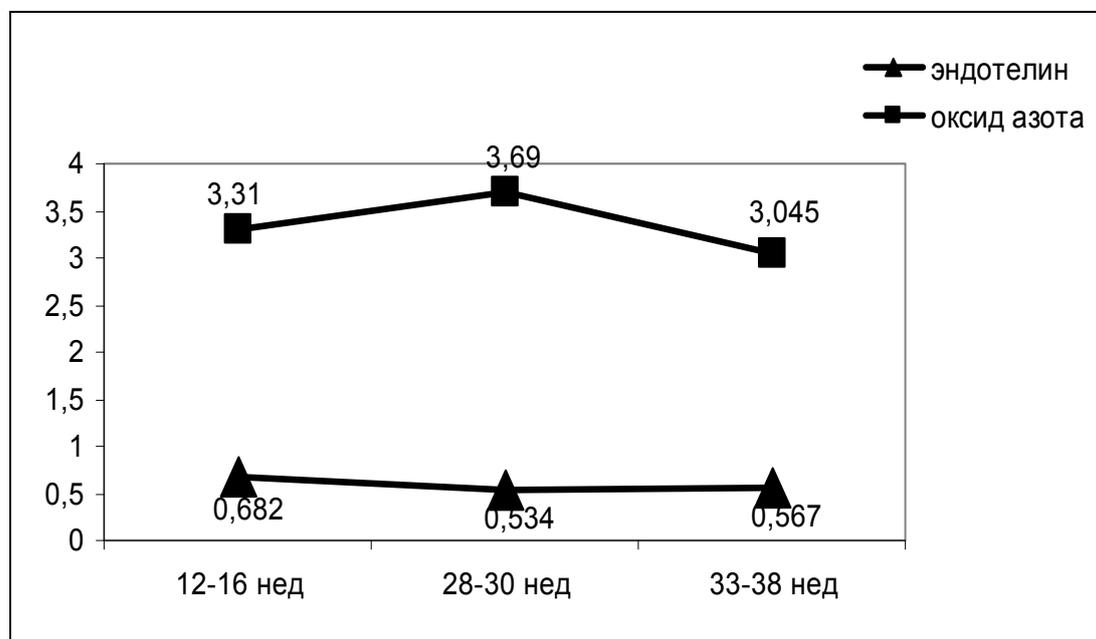


Рисунок 1 – Соотношение вазоактивных факторов при физиологической беременности

Подобное взаимоотношение содержания вазоактивных веществ при физиологической беременности способствует снижению системного сосудистого сопротивления, наблюдаемого у беременных с нормотензией, и является необходимым для формирования адекватного кровотока в фетоплацентарном комплексе. Последнее является одним из механизмов формирования адаптации женского организма к физиологической беременности.

Иное взаимоотношение вазоактивных веществ было получено у беременных с преэклампсией. Возрастание содержания эндотелина-1,2 и снижение содержания метаболитов оксида азота у беременных с преэклампсией являлось свидетельством наличия у них эндотелиальной дисфункции.

Исследованиями регуляции сосудистого тонуса доказано, что эндотелиальные клетки сосудистого русла, осуществляя синтез локально действующих медиаторов, морфофункционально ориентированы на оптимальное регулирование органного кровотока [8,9].

Наличие неповрежденного эндотелия является необходимым условием для реализации сосудодвигательного эффекта основных вазоактивных медиаторов. При повреждении эндотелиальной выстилки сосудов вазоактивные субстанции оказывают сосудосуживающий эффект. Основной причиной нарушения синтеза и секреции эндотелиальных сосудорасширяющих факторов при преэклампсии является повреждение сосудистой стенки, особенно в области маточно-плацентарного бассейна [10].

В эндотелии синтезируется ряд медиаторов, играющих ключевую роль в аутокринной и паракринной регуляции сосудистого тонуса – эндотелин, ангиотензин, простагландин, эндотелиальный релаксирующий фактор (оксид азота). В пределах сосудистой системы с эндотелиальными клетками связана функция механорецепторов, обеспечивающая реакции на непрерывные изменения кровотока и кровяного давления колебания-

ми уровня секреции этих веществ и модулирование сосудистого тонуса [11].

Эндотелин, первично вырабатываемый эндотелиальными клетками интимы сосудов, действует локально на подлежащие гладкие мышцы, вызывая вазоконстрикцию, тогда как повышение давления в токе крови ограничивается выбросом эндотелий-релаксирующего фактора – оксида азота (EDRF-NO). Сосудосуживающий эффект пороговых доз эндотелина продолжается 50-60 минут, что подтверждает его роль в регуляции базального тонуса сосудов [12].

Полученные нами данные о содержании эндотелина в периферической венозной крови свидетельствовали о раннем начале системной эндотелиальной дисфункции у пациенток с преэклампсией.

С целью определения прогностической значимости исследованных биохимических параметров при прогнозировании развития преэклампсии нами был проведен трансгрессионный анализ. В качестве биохимических маркеров прогнозирования развития преэклампсии нами были проанализированы показатели маркеров эндотелиальной дисфункции – эндотелина и метаболитов оксида азота.

Повышение уровня содержания эндотелина, начиная с I триместра беременности, является прогностически неблагоприятным в отношении развития преэклампсии и является свидетельством раннего начала дисфункции эндотелия у данного контингента беременных женщин. Нами установлено, что при показателях содержания эндотелина выше 1,45 фмоль/мл в I триместре беременности можно с точностью до 96,8% прогнозировать развитие преэклампсии.

При анализе показателей содержания метаболитов оксида азота нами установлено, что степень трансгрессии рядов распределения данного показателя у пациенток основной и сравнительной групп составила 36,3%, что говорит о высокой прогностической значимости данного показателя у пациенток

группы риска по развитию преэклампсии. Нами установлено, что при показателях содержания метаболитов оксида азота ниже 0,85 мкг/мл можно с точностью до 86,6% прогнозировать развитие преэклампсии.

Таким образом, важным патогенетическим фактором развития дисфункции эндотелия при преэклампсии является нарушение целостности эндотелиальной выстилки микрососудов, обнажение субэндотелиальных структур, что, в свою очередь, инициирует адгезию и агрегацию тромбоцитов и тромбогенез.

#### **Выводы:**

1. У беременных с преэклампсией, начиная с 1 триместра беременности, отмечается нарушение синтеза эндотелиальных факторов роста, выражающееся в снижении продукции плацентарного фактора роста и сосудисто-эндотелиального фактора роста, что ведет к развитию эндотелиальной дисфункции, проявляющееся в повышении уровня эндотелина-1,2, достоверном снижении метаболитов оксида азота.

2. Критерием прогнозирования развития преэклампсии являются повышение содержания эндотелина – 1,2 выше 1,45 фмоль/мл, снижение метаболитов оксида азота менее 0,85 мкг/мл.

#### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Каюпова Н.А. Беременные группы риска акушерских осложнений. - Алматы: Казахстан, 1996. - С. 111.
2. Кулаков В.И. Новые технологии и научные приоритеты в акушерстве и гинекологии // Акуш. и гинекол. – 2002.- №5. - С. 3-5.
3. Каюпова Н.А., Бикташева Х.М., Белеуханова Г.Р., Джусангалиева А.Ш. Репродуктивные потери и перинатальные потери при тяжелой преэклампсии и эклампсии // Актуальные проблемы акушерства, гинекологии

и перинатологии. Сборник статей. – Алматы, 2003. – С. 14-16.

4. CLASP Collaborative group. Low dose aspirin in pregnancy and early childhood development // Brit. J. Obstet. Gynaecol. - 1995. - Vol.102. - №3. - P. 399-413.

5. Елисеев О.М. Современные принципы ведения и лечения беременных, страдающих артериальной гипертензией // Тер. архив. - 1991. - №10. - С. 82-89.

6. Логанат А., Раджашекхар Г., Рой А.С., Пе К.Л., Лим К.Д., Вонг И.С. Ангиогенез плаценты человека: патологические процессы // Материалы VII Российского научного форума «Мать и дитя». Москва, 2005. - С. 120-121.

7. Марусов А.П., Ляличкина Н.А., Сурина О.В. Морфология и гистология плацент родильниц, перенесших гестоз // Материалы VII Российского научного форума «Мать и дитя». Москва, 2005. - С. 137-137.

8. Ferrara N. Role of vascular endothelial growth factor in the regulation of angiogenesis // Brit. J. Obstet. Gynaecol. - 2001. - Vol.1108. - P.777-783.

9. Ваизова О.Е., Крейнес В.М., Евтушенко А.Я. Роль эндотелиальных факторов в регуляции сосудистого тонуса и локального гемостаза // Сибирский мед.журнал. - 2000. - №2. - С. 27-37.

10. Петрищев Н.Н., Власов Т.Д. Физиология и патофизиология эндотелия // Дисфункция эндотелия. Причины, механизмы, фармакологическая коррекция: сб. статей. – Санкт-Петербург, 2003. - С. 4-38.

11. Palmer RMJ., Ferrige AG., Moncada S. Nitric oxide release accounts for the biological activity of endothelium-derived relaxing factor // Nature. - 1987. - Vol.327. - P. 524-526.

12. Mochuito M., Yamamoto N. Calcium metabolism in pregnancy-induced hypertension // J. Obstet. Gynaecol. Jap. - 1988. - Vol.40. - P. 238-240.

**Түйін**

Зерттелетін мәселенің маңыздылығын ескерсек, қазіргі уақытта преэклампсия дамуының этиопатогенезіне қарқынды зерттеу жүргізіледі. Ерте диагностика-лау және осы жүктіліктің асқынуының алдын алуда, болжамдаудың кезекті жүйесін әзірлеуде преэклампсия патогенезінің түрлі аспектілерін зерттеу өзекті болып табылады. Қазіргі уақытта зерттеушілердің арасында преэклампсия патогенезіндегі барынша мойындауды эндотелиальді дисфункция теориясы алып отыр.

**Summary**

Given the seriousness of the problem being studied, is currently under intensive study etiopathogenesis of preeclampsia. Relevant is the study of various aspects of the pathogenesis of preeclampsia with subsequent development of a system for forecasting, early diagnosis and prevention of complications of pregnancy. Currently, the highest recognition in the pathogenesis of preeclampsia among researchers is the theory of endothelial dysfunction.

УДК 616.24-002.5-053.6-073.75

А.Х. АСАНОВА, М. АБДЫНАСЫР, А.Н. ЖАРКИНТАЕВА, И.Н. КИДРАЛИЕВА,  
А. НАЗАРБАЕВА

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

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА У ПОДРОСТКОВ В ОБЩЕВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

### Аннотация

В статье рассмотрена проблема профилактики и раннего выявления туберкулеза среди подростков.

**Ключевые слова:** подростки 15 лет, туберкулез, профилактические осмотры.

**Актуальность.** Туберкулез является социально-медицинской проблемой не только развивающихся, но и развитых стран. Это как национальная, так и международная проблема. Противотуберкулезный диспансер является организационно-методическим центром борьбы с туберкулезом. Проведение противотуберкулезных мероприятий среди подростков в значительной степени сказывается на ситуации по туберкулезу в целом.

**Цель.** Главная цель борьбы с туберкулезом - снижение распространенности туберкулеза среди населения, или улучшение эпидемиологической обстановки по туберкулезу.

#### **Задачи исследования:**

1. Определить диагностическую ценность клинико-лабораторных и рентгенологических методов исследования у подростков при различных формах туберкулеза;

2. Провести сравнительную оценку диагностических возможностей традиционной рентгено-томографии и компьютерной томографии у подростков;

3. Разработать диагностические критерии туберкулеза у подростков из «групп риска».

**Методы исследования:** эпидемиологические, аналитические, статистические.

Эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в РК характеризуется некоторым снижением заболеваемости и смертности за период 2009-2013 гг. на 29,6% и 16,9% на 100 тыс.

населения. С целью анализа клинической структуры туберкулеза у детей и подростков на современном этапе проанализированы данные 325 детей и подростков, обратившихся в НЦПТ РК за 2013 г. Профилактические флюорографические медицинские осмотры проводят подросткам в возрасте 15 и 17 лет. При отсутствии данных о профилактических осмотрах в этих возрастах проводят внеочередное флюорографическое обследование. Если найдены изменения в флюорограмме, пациент проходит углубленное обследование у фтизиатра. Рентгенологическое исследование занимает ведущее место в диагностике туберкулеза органов дыхания. С помощью этого метода определяют клиническую форму и локализацию заболевания, проводят дифференциальную диагностику с другими заболеваниями легких, наблюдают за динамикой процесса, оценивают эффективность лечения.

С помощью рентгенографического и рентгеноскопического методов исследования определяют форму грудной клетки, прозрачность и ширину легочных полей, локализацию и размеры теней органов средостения и сердца. При проведении рентгеноскопии, определяют подвижность куполов диафрагмы и передних отрезков ребер.

Результаты исследования. Проведено исследование 30 подростков (из них 11 мальчи-

ков и 19 девочек) с симптомами общей интоксикации, с кашлем (не всегда), с небольшой температурой (37,2-37,8 °С), со снижением массы тела, с увеличением числа и размеров периферических лимфатических узлов. При простукивании легких над участком поражения определяется притупление легочного звука, при выслушивании в этих местах могут быть слышны влажные хрипы. При обследовании больных большое внимание уделялось изучению анамнеза жизни больного и болезни: данным о вакцинации и ревакцинации БЦЖ, наличию и величине поствакцинальных рубцов, сведениям о давности первичного инфицирования, перенесенным детским инфекциям и другим неспецифическим заболеваниям, а также наличию и характеру сопутствующих заболеваний.

При объективном осмотре больного оценивалось общее состояние, наличие увеличенных периферических лимфатических узлов (количество пальпируемых групп, консистенция, величина, спаянность между собой и с подлежащими тканями), наличие интоксикации (слабость, снижение аппетита, микрополиадения, дисгармоничное физическое развитие, увеличение печени, селезенки). При физикальном исследовании больного отмечался характер перкуторных и аускультативных изменений.

При рентгенологическом исследовании у 22 подростков не было выявлено каких-либо патологий, у 6 подростков обнаружено заболевание легких: из них - 2 подростка с признаками острого бронхита, 3 - с очаговой пневмонией, 1 - с воспалением плевры. У 2 подростков были выявлены признаки туберкулеза: у одного подростка на рентген-снимках видный инкапсулированный казеозный некроз размером до 1 см, а у второго - в виде округлых или неправильной формы крупных (до 10-15 мм) теней с нерезкими контурами, постепенно переходящими в окружающую легочную ткань. Которые далее были направлены к фтизиатру для углубленного обследо-

вание. Фтизиатр поставил диагнозы: острый очаговый туберкулез легких; фиброзно-казеозные очаги в стадии обострения.

**Заключение.** Повышение заболеваемости туберкулезом среди детей и подростков требует серьезного внимания к этой важной проблеме педиатров и врачей всех специальностей. У подростков туберкулез в большей части случаев выявляется при профилактических обследованиях. Выявление больных туберкулезом должно быть своевременным - только в этом случае удастся обеспечить высокую эффективность лечения. Основными методами выявления или ранней диагностики данного заболевания у подростков являются массовые проверочные флюорографические обследования, проводимые с 15-летнего возраста. Рано и своевременно выявленный туберкулез у детей и подростков хорошо поддается лечению.

Таким образом, предупреждение, раннее выявление и излечение туберкулеза среди подростков - обязательное условие для решения проблемы туберкулеза.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аксенова В.А. Туберкулез у детей и подростков: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 272 с.
2. Барышникова Л.А., Аксенова В.А. Остаточные изменения при туберкулезе органов дыхания у детей и подростков // Туберкулез сегодня: материалы VII Российского съезда фтизиатров. - М., 2003. - 154 с.
3. Батыров Ф.А., Киселевич О.К., Ширшов И.В. Генерализованная туберкулезная инфекция у детей раннего возраста // Пробл. туб. и болезней лёгких. - 2009. - №1. - с. 45.
4. Король О.И., Лозовская М.Э. Туберкулез у детей и подростков: руководство. - СПб.: Питер, 2005. - 424 с.
5. Ссылка в Интернете: [http://tuberkulez-forever.com/?page\\_id=928](http://tuberkulez-forever.com/?page_id=928).

**Түйін**

Туберкулез 15 жастағы жасөспірімдер арасында профилактикалық тексерулер жүргізу кезінде анықталады.

ӘОЖ 616-002.5-084:615.371

**БЕКМАҒАНБЕТОВА Ә.**

Ақтау Қалалық Жедел және Шұғыл Медициналық Көмек станциясы, Ақтау қ-сы

**Summary**

Tuberculosis among adolescents revealed during routine inspections at the age of 15 years.

**ТУБЕРКУЛЕЗДІҢ АЛДЫН АЛУ****Түсініктеме**

Туберкулез ауруы бүгінгі таңда денсаулық сақтау саласының өзекті мәселелерінің біріне айналды. Себебі, туберкулез – бұл ауа тамшылары арқылы таралатын жұқпалы ауру. Сондықтан бұл ауруды жұқтырмау амалдарын сақтау, ал жұқтырған жағдайда толық емдеу шараларын қатаң түрде жүзеге асыру шарт.

**Түйін сөздер:** туберкулез, қоздырғыш, алдын алу.

Туберкулез - ауа арқылы таралатын жұқпалы ауру. Туберкулез ауруының қоздырғышы микобактерий таяқшалары. Қазіргі таңда туберкулезбен күресу мәселесі еліміздегі денсаулық сақтау жүйесіндегі алдыңғы қатарлы бағыттардың бірі болып келеді. Аталған мәселенің маңыздылығы эпидемиологиялық, қоғамдық, экономикалық, экологиялық факторлармен қоса, санитарлы-гигиеналық факторларға да тәуелді.

Туберкулездің алдын алуының ең тиімді және сенімді әдісі - бұл туберкулезге шалдыққан барлық науқастарға толыққанды, кешенді және ең бастысы үзіліссіз ем жүргізу болып табылады. Себебі, туберкулезге қарсы препараттарды қабылдаған науқастан бактерия бөлінуі тоқтап, сәйкесінше жұқпаның қоршаған ортаға таралу процесі тежеледі.

Туберкулез-әлеуметтік және медициналық мәселе, сондықтан туберкулездің алдын алу мақсатында әлеуметтік және медициналық тұрғыда бағытталған шаралардың кешені жүргізіледі. Туберкулездің алдын алу екі бағытта жүргізіледі. Арнайы алдын алу, яғни

тікелей ауру қоздырушысына бағытталған және санитарлық алдын алу - дені сау адамдардың ауруға шалдығуларының алдын алуға бағытталған.

Сонымен, арнайы алдын алу шаралары ағзаның туберкулез қоздырғыштарына қарсы төтеп бере алуын арттыруға бағытталған және жеке бір адамға негізделген. Сау адамның туберкулез жұқпасына төтеп бере алуын, иммунизация жолы - вакцинация арқылы арттыруға болады. БЦЖ вакцинациясы көптеген елдерде ерекше мәнге ие болып келеді. Ол әлемнің 64 елінде міндетті шара болып есептелінеді, ал 118 елде ресми түрде ұсынылған. Аталған екпе жуық шамамен жас ерекшеліктері әр түрлі 2 млрд. адамға жасала отырып, көптеген елдерде туберкулездің ауыр түрлерінің артуын ескере отырып, ол аурудың алдын алу шараларының басты түрі болып саналады.

Қазақстан Республикасында туберкулезге қарсы жаппай вакцинация жасау, перзентханаларда жаңадан дүниеге келген сау нәрестелерге жүргізіледі, оны нәрестенің анасының жазбаша түрдегі келісіммен ар-

найы егуге арналған бөлмеде жасайды.

БЦЖ вакцинациясының құрамы туберкулез микобактерияларының тірі, әлсіз штаммаларынан тұрады. Олар адам ағзасына түсе салысымен көбейіп, туберкулезге қарсыарнайы иммунитеттің дамуына әсер етеді.

Әлсіз микробтар ауруды тудыра алмайтындықтан, аталған екпелер адам үшін қауіпсіз болып келеді. Ағзаға туберкулез жұқпасы енген жағдайда өз кезегінде, еш әрекетсіз қала бермей, керісінше қорғаушы күштері арқылы олармен күресе бастайды. Бұл күрес нәтижесінде маңызды қайта құрылулар жүретін жұқпалы ауруға қарсы төзімділікке ие біршама күрделі процесс болып табылады. Ағзаның мұндай төзімділігі иммунитет немесе әрекетсіздігі деп аталады. БЦЖ вакцинациясы, тек сол жақ иықтың жоғарғы және ортаңғы үшінші сыртқы жақ шекарасында тері астына жасалады. Дұрыс жасалған жағдайда, 15-20 минуттан кейін жоғалып кететін ақ түсті папула қалыптасады.

Туберкулезге қарсы вакцина егілгеннен кейін ағзада қалыптасатын иммунитет нақты бір уақыт аралығында ғана сақталады. Сондықтан, бірнеше жылдан кейін оны қайталау керек, яғни ревакцинация жасау қажет. Елімізде ревакцинацияны 6-7 жылда бір рет жүргізу тағайындалған, яғни бала орта мектептің бірінші сыныбына келген кезде (қыркүйек айында).

Ата-аналар жасалған вакцина баланы толығымен туберкулез жұқпасынан қорғай алмайтындығын білулері тиіс. Сондықтанда, олар туберкулездің алдын алу мақсатында қосымша шараларды да орындаулары керек. Ондай шараларға баланы жұқпадан оқшаулау, физикалық дұрыс тәрбие, дұрыс тамақтану, ағзаны шынықтыру жатады.

Санитарлық алдын алудың мақсаты - сау адамдардың ТМБ-сын жұқтұруының алдын алу. Туберкулез жұқпасының ең қауіпті көзі - тыныс алу жолдарының зақымдануымен өкпе тінінің ыдырауы. Мұндай науқастар

туберкулездің қоздырғыштарын жөтелген кезде ұсақ қақырық бөлшектері түрінде, түшкіргенде, қатты сөйлеу арқылы және де қақырық түкірген кезде көптеп шығарылады. Науқастың айналасындағы ауаны туберкулез микобактериялары көптеп құрайды. Мұндай ауамен тыныс алған сау адам туберкулезді жұқтырып және ауырып қалуы әбден мүмкін.

Туберкулез жұқпасының таралу қаупі адамның тұрмыс жағдайына, оның тұратын елді мекенінің мәдениетінің деңгейіне, науқастың әдетіне және онымен қарым-қатынаста болатын адамдарға байланысты.

Туберкулезбен ауырмау үшін не істеу қажет?

- Туберкулез таяқшаларының жұғуынан, яғни тыныс алу жолдары арқылы туберкулез ауруының қоздырғышының ағзаға түсінуінен сақтану керек (бөлмені жүйелі түрде желдетіп отыру, жөтеліп жүрген адамдардың бетперде тағуы, туберкулездің ашық түріне шалдыққан адамдармен тығыз қарым-қатынаста болмау);

- Есірткі заттарды қолданбау;
- Арақ-шарап пен темекіні қолданбау;
- Тамақтану тәртібі мен жиілігін сақтау, зиянды және улы қоспаларды қолданбау;
- Стрессстерге қарсы тұра білу;
- Жыл сайын емханада медициналық тексерілістен өтіп отыру;

- Ағзаның қорғаныс күштерін төмендететін кез келген ауруды (қабыну үрдістері, қанның азаюы, гормондық бұзылыстар, қалқанша безінің аурулары және басқаларды) уақытылы емдеп отыру.

Салауатты өмір салты, дұрыс тамақтану және жыл сайын медициналық алдын ала тексерістен өту - туберкулезбен ауру қаупін төмендетудің тиімді жолы.

## Резюме

В статье рассматриваются актуальные проблемы и профилактические мероприятия по туберкулезу.

---

---

## Summary

The article discusses the current problems and preventive measures for tuberculosis.

УДК 616.98:578.825.12-06:616-053.1

**Н.А. УТЕГЕНОВА, Г.Ж. ЕЛЕНБАЕВА**

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

## ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

### Аннотация

В статье рассмотрены особенности течения цитомегаловирусной инфекции и случай из практики.

**Ключевые слова:** цитомегаловирусная инфекция, внутриутробная инфекция, диагностика.

Согласно литературным данным, внутриутробная цитомегаловирусная инфекция (ЦМВИ) может протекать в виде генерализованной, локальной, клинической и субклинической формах. Выделяют острую, подострую и хроническую стадии.

Установлено, что клинические признаки зависят от сроков инфицирования. При инфицировании в позднем фетальном периоде или во время родов дети рождаются с признаками острой стадии ЦМВИ, для которой характерна генерализованная форма инфекции. Последняя часто симулирует течение гемолитической болезни новорожденных. Основным симптом - желтуха, причинами которой могут являться ЦМВ-гепатит или повышенный гемолиз эритроцитов, ее интенсивность постепенно нарастает и она сохраняется в течение 1-2 месяцев. Рано появляется гепатоспленомегалия, характерная для 95% новорожденных с внутриутробной ЦМВИ. Часто также встречаются поражения ЖКТ, преобладают диспептический синдром и прогрессирующая дистрофия. Для локализованных форм, кроме вышеперечисленных, характерны также интерстициальная затяжная пневмония, обструктивный бронхит.

Прогноз у детей генерализованной ЦМВИ неблагоприятный, смертность достигает 60-80%. У 90% выживших пациентов длительно сохраняются осложнения: у 28% отставание в умственном развитии, у 58% нейромышечные нарушения, в том числе церебральный паралич, а также самотосенсорная недостаточность, у 20% потеря слуха, у 24% - нарушения зрения.

**Диагностика внутриутробной ЦМВИ.** Клинические проявления не являются надежными критериями диагностики ЦМВИ. Для окончательного диагноза необходимы лабораторные исследования: цитологические, вирусологические, ИФА, ПЦР. Цитологический, вирусологический методы широко не используются из-за проводимых многократных исследований, длительности, трудоемкости и доступности лишь отдельным лабораториям.

Иммуноферментный анализ используется для определения титра антител класса М и G к цитомегаловирусу. Выявление иммуноглобулина М свидетельствует об остротекущем заболевании, в неонатальном периоде является доказательством внутриутробного заражения. Уровень специфических антител

класса G в неонатальном периоде не имеет диагностического значения, требует дополнительных методов исследования или исследования в динамике.

ПЦР является в настоящее время наиболее признанным методом диагностики. Материалом для исследований является кровь, моча, ликвор, слюна. Положительный результат является подтверждением внутриутробной инфекции.

**Случай из практики.** Пациент - 3 месяца, поступает в стационар для уточнения диагноза и тактики ведения. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне анемии 1 степени и отеков в конце беременности. Роды в сроке 39-40 недель, закричал сразу. Вес при рождении 3400 гр., рост 54 см. К груди приложен сразу. Выписан из род.дома на 3 сутки. Проф. прививки в род.доме получил. На 10 сутки мама заметила «синячки» на коже, которые в динамике увеличились. Обратилась в детскую больницу, госпитализирована. Ребенок находился с диагнозом «ВПР желчевыводящих путей. Кистозная форма атрезии общего желчного протока. ВУИ. ЦМВИ. Врожденный ЦМВ-гепатит. Билиарный цирроз печени. Церебральная ишемия 2 степени. Анемия 2 степени. Дисбактериоз». Ребенок был прооперирован. В б/х анализе крови – повышен билирубин за счет прямой фракции (171/н-71 ммоль/л).

*Проведены обследования:* МРТ брюшной области, УЗИ брюшной полости, УЗИ г.м., ИФА на гепатиты В, С (отрицат.), ИФА на ЦМВ, ВПГ положителен Ig G. Выписан под наблюдение гепатолога. Поступает в стационар через 1 месяц. Состояние тяжелое, стабильное. Самочувствие особо не страдает. Находится на грудном вскармливании, в массе прибавляет. В неврологическом статусе отмечается задержка в моторном развитии. Тяжелое состояние обусловлена поражением гепатобилиарной системы. Кожные покровы чистые, желтуха практически малозаметна. Периферические л/узлы не увеличены.

В легких везикулярное дыхание, со стороны сердца патологии нет. Живот увеличен в объеме: вздут, гепатоспленомегалия (печень +3,0+3,5+4,0; селезенка +1,0 см). Отеков периферических, свободной жидкости в брюшной полости нет. Стул окрашен. Мочится свободно. В б/х анализе цитолиз 1,5 нормы, билирубинемия за счет непрямой фракции. В ИФА крови – ЦМВ Ig M положит., IgG положит. Ребенок консультирован профессором, поставлен диагноз «ВУИ. ЦМВ - инфекция, продолжающийся активный первичный процесс с преимущественным поражением печени, генерализованная форма». *Рекомендовано:* учитывая отсутствие эффекта от применения нецитотекта (получал по месту жительства 2 курса) назначен ганцикловир из расчета 5 мг/кг в/в каждые 12 часов №21 (препарат применялся впервые в данном стационаре), виферонотерапия, гепатопротекторная терапия (урсофальк). Обследована мама ребенка, в ИФА крови – ЦМВ Ig M положит., IgG положит.+авидность 100%, ребенок переведен на искусственное питание (у матери идет острый процесс ЦМВИ). *Ребенку проведены следующие обследования:* УЗИ г.м. – постгипоксическая энцефалопатия, субэпидемиальная киста слева, УЗИ брюшной полости – диффузные изменения в ткани печени, селезенки, поджелудочной железы. Реактивный панкреатит. Гепатоспленомегалия. Ребенок выписан с улучшением (в б/х анализе крови показатели билирубина общий 8,4, прямой 5,6 ммоль/л, АлаТ 1,63, АсаТ 0,83 мкмоль/л, тимоловая проба 9,6 ед.). *Рекомендовано:* генферон свечи 125 тыс по 1 свече\*2 раза ректально в течение 1 мес. через день, усофальк 1/2 кап\*1 раз в день 2 мес., повторить ПЦР крови на ЦМВ, б/х анализ крови после окончания курса лечения, наблюдение гепатолога, невропатолога. Через 2,5 мес. вновь госпитализируется. Состояние тяжелое за счет поражения гепатобилиарного тракта. Кожные покровы чистые с бледно-сероватым колоритом. Геморрагических проявлений нет. Appetit сохранен. В

легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Живот увеличен в объеме 49 см, периодически вздутие (после еды), жидкость не определяется. Печень увеличена, правая доля заходит в малый таз +8+7+6см, «каменистой» консистенции. Селезенка +4 см, плотной консистенции. Стул регулярный. Мочится свободно. ПЦР крови ЦМВ(+), в анализах крови анемия 1 степени, б/х анализ крови билирубин общий 25,2/п-2,8 ммоль/л, АлаТ 2,41, АсаТ 1,21 мкмоль/л, тимоловая проба 11,2, о. белок 74,6 г/л, протромбиновый индекс 92%. *На УЗИ брюшной полости заключение:* гепатоспленомегалия, диффузные изменения в паренхиме печени. Признаки хронического гепатита не исключен цирроз печени. Рудиментарный пузырь. МРТ брюшной полости: картина гепатита, гепатоспленомегалия, умеренное расширение в/печеночных вен. Кровь ИФА на вирусные гепатиты отрицательны. Ребенок переносит хронический гепатит ЦМВ этиологии с переходом в цирроз печени, портальная гипертензия, компенсированная стадия. В терапии вновь назначена противовирусная терапия ганцикловир в/в №10, лактофилтрум №10, урсосан №10. Выписан с улучшением с рекомендациями (в б/х анализе крови билирубин о-19,6/п-7,0 ммоль/л, Алат 1,7, АсаТ 0,83 мкмоль/л, о.белок 63,2 г/л, гепатоспленомегалия сохраняется) под наблюдение гепатолога, хирурга, гастроэнтеролога.

**Заключение.** В данном клиническом случае ЦМВИ была врожденной, которая вызва-

ла врожденную патологию желчевыводящих путей, с поражением печени с дальнейшим переходом в цирроз печени. Инфицирование плода произошло от матери (ЦМВИ протекала бессимптомно), которая в последующем выделяла вирус с грудным молоком и поддерживала активный процесс.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Тастанбеков Б.Д., Диканбаева С.А., Божбанбаева Н.С. Герпесвирусные инфекции у детей. – Алматы, 2009

## Түйін

Герпесті вирус инфекциясы құрсақ ішілік инфекциялардың ішінде жетекші орынды алады, сондықтанда репродуктивті жастағы әйелдерде жұқпаның жоғары пайыз (93%) көрсеткіші шартты. Клиникалық көрінісінің кішкене өзгешелігі және ағымның персистенттілігі мен ұзақтығы диагностика мен ем жасауды қиындатады.

## Summary

Of intrauterine infection leading position occupied by herpesvirus infection that is caused by a high percentage of infection (93%) women of reproductive age. Persistent, long duration and low specificity of the clinical picture complicates their diagnosis and treatment.

УДК 616-002.5-084-073.75:618.2-055.1

**М. АСКАРОВ, Т.Т. ТАЖИХАНОВА, Т.П. ЗАХОВАЙКО**

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии, г. Алматы

**ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ****Аннотация**

Статья посвящена актуальной проблеме профилактики туберкулеза среди беременных. Клиническая картина течения туберкулеза при беременности может маскироваться токсикозами беременности.

**Ключевые слова:** беременность, рентгенологическое исследование, туберкулез.

**Актуальность.** Проблема туберкулеза и беременности приобретает огромное значение для здоровья матери и ее будущего ребенка. Следует отметить, что ежегодно в РК регистрируется до 23 тыс. новых больных туберкулезом с открытой формой заболевания. В наибольшей степени туберкулез диагностируется среди лиц трудоспособного возраста от 18 до 54 лет, причем более половины составляют больные моложе 34 лет.

Беременность не является фактором, повышающим риск заражения туберкулезом. Беременная с подозрением на туберкулез должна наблюдаться совместно с акушером-гинекологом и фтизиатром.

Заболевание туберкулезом легких выявляется почти в 2 раза чаще в первой половине беременности, чем во второй. Патологический процесс во время беременности, как правило, начинается остро и протекает менее благоприятно по сравнению с таковым, выявленным вне беременности.

В целом ряде случаев имеют место тяжелые формы заболевания с распадом легочной ткани и выделением туберкулезной палочки, что нередко сочетается с поражением структур, окружающих легкие, а также трахеи, гортани, бронхов. Однако в основном туберкулез у большинства женщин выявляется в виде ограниченных форм. Процесс с поражением одной доли легкого наблюдается у 70-75% больных.

На сегодняшний день вопрос о беременности при ТБС пересмотрен в связи с проведением широких оздоровительных и специальных противотуберкулезных мероприятий, усовершенствованием методов диагностики ТБС, внедрением в практику новых комплексных методов лечения (антибиотики, химиопрепараты, искусственный преформакс, оперативные вмешательства на легких и грудной клетке). Кроме того, установлен тот факт, что прерывание беременности часто не облегчало состояние здоровья женщин, а наоборот, еще более ухудшало течение основного заболевания. Необходимо знать, что должно пройти как минимум 2 года после выздоровления, так как беременность – это большая нагрузка на организм.

В настоящее время клиническая картина течения обострений туберкулезного процесса легких и вновь возникших очагов инфекции при беременности имеет весьма стертый характер и может маскироваться токсикозами беременности или респираторными заболеваниями.

**Цель.** Раннее выявление туберкулеза среди беременных.

В Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии проводятся все мероприятия по профилактике туберкулеза, регламентированные Постановлением Правительства РК №33 от 14.01.2013 г. Об утверждении «Санитарно-эпидемиологи-

ческих требований к организации и проведению санитарно-противоэпидемиологических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний».

Первоочередным мероприятием по про-

филактике и раннему выявлению туберкулеза является обеспечение прохождения рентгенологического исследования женщинами в послеродовом периоде.

Таблица 1 - Результаты по прохождению рентгенологических исследований в послеродовом периоде за 2011-2013 гг.

Период (год)	Всего родильниц	Из них прошли ФГ	% охвата рентгенолог. исслед.-ми	Впервые выявлено с подозрением на туберкулез и передано по месту жительства в ПТД	% впервые выявленных случаев туберкулеза
2011	3012	2665	88,4	3	0,1
2012	3023	2956	97,7	9	0,2
2013	2871	2808	97,8	9	0,3

По представленным результатам можно судить, что количество впервые выявленных случаев с подозрением на туберкулез среди родильниц увеличилось. Данную динамику можно связать с недостаточной работой по раннему выявлению туберкулеза среди населения на уровне ПМСП.

**Профилактика.** На уровне ПСМП женщина должна получить информацию, что при планировании беременности рекомендовано обследование на инфицированность туберкулёзом (проведение флюорографии).

Среди беременных к группам высокого риска относят:

- Пациенток с недавно перенесённым туберкулёзом - менее одного года после окончания лечения;
- Пациенток моложе 20 лет и старше 35 лет с туберкулёзом любой локализации;
- Беременных с распространённым туберкулёзным процессом независимо от его фазы;
- Беременных, имеющих контакты с больными туберкулёзом.

Эти женщины с ранних сроков беременности должны наблюдаться акушером-гинекологом совместно с фтизиатром.

Ранняя диагностика и раннее начало лечения туберкулёза у беременных обеспечивают благоприятный исход беременности и родов для матери и плода. Все новорожденные должны подвергаться профилактической вакцинации БЦЖ. Если у матери закрытая форма туберкулеза, она может кормить новорожденного грудью.

После выписки из родильного дома женщина с новорожденным должны находиться под наблюдением специалистов туберкулезного диспансера, женской и детской консультаций.

Для предупреждения формирования эпидемического туберкулезного очага в родовспомогательных учреждениях проводят следующие мероприятия:

- Амбулаторное обследование лиц из групп высокого риска;
- Обследование на туберкулез родильниц;

- Своевременная изоляция и перевод больного туберкулезом – источника туберкулезной инфекции в лечебные учреждения фтизиатрического профиля;
- Ежегодные медицинские осмотры сотрудников;
- Контроль за соблюдением, установленного для лечебных учреждений санитарного режима.

**Заключение.** При четком исполнении регламентирующих документов РК по профилактике и раннему выявлению туберкулеза среди населения мы можем достичь обеспечение целевых индикаторов Государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каюкова С.И. Взаимовлияние беременности, родов, послеродового периода и туберкулеза органов дыхания у женщин в условиях мегаполиса: дис. ... канд. мед. наук. - М.: 2004. - 136 с.
2. Омарова Х.М. Родовспоможение при туберкулезе у женщин: дис. ... канд. мед. наук. - М.: 2000. - 13 с.
3. Чеботарева Т.В. Проблема туберкулеза и материнства // Вестник Ивановской медицинской академии. - 2000. -Т. 5, №1. - С. 57–61.
4. Гурьев Д.Л., Охапкин, Хитров М.В. Ведение и родоразрешение беременных с заболеваниями легких // Методические рекомендации. ЯГМА, 2007.

5. Макаров О.В., Каюкова С.М., Стаханов В.А. Беременность и туберкулез // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2004. - №1. - С. 23-26.

6. Bothamley G. Drug treatment for tuberculosis during pregnancy: safety considerations // Drug. Saf. - 2001. - Vol.24, №7. - P. 553-565.

### Түйін

Босанғаннан кейінгі кезеңде әйелдерді зерттеудің нәтижесі бойынша алғашқы медициналық-санитарлық көмек көрсету құрылымының жұмысы туберкулезді ерте анықтау үшін және босанатын әйелдерге дәрігерлік көмек беретін мекемелерге туберкулездің белсенді түрімен ауыратын жүкті әйелдерді госпитализациялауға рұқсат бермеу үшін анамнез жинауға, жүкті әйелдердегі қауіп факторлын анықтауға, бағалауға бағытталған болуы тиіс екендігі анықталды.

### Summary

According to a survey of women in the postpartum period, it was found that the work structures provide primary care should be focused on medical history, identification and assessment of risk factors in pregnant women for the early detection of tuberculosis and to prevent hospitalization in organizing maternity pregnant women with active tuberculosis.

---

---

УДК 612.334:616.34-06:615.33:616-035:615.35

**Б.М. ИСПУЛОВА**

Костанайская городская детская больница, г. Костанай

## **КОРРЕКЦИЯ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ ПРИ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ**

### **Аннотация**

Пробиотики широко применяются при различных патологиях кишечной микрофлоры. Имеют доказанную эффективность при лечении диареи различной этиологии, синдрома раздраженного кишечника, а также предотвращают развитие и купируют симптомы атопического дерматита.

**Ключевые слова:** пробиотики, антибиотико-ассоциированная диарея, мета-анализ.

**Актуальность.** Широкое применение антибиотиков во врачебной практике привело к ряду проблем, которые усложняют проведение рациональной терапии. Во-первых, объективные причины – это рост антибиотикорезистентности: распространение фторхинолон-резистентных штаммов, рост резистентности к  $\beta$ -лактамам препаратами за счет  $\beta$ -лактамаз у *Enterobacteriaceae*, увеличение частоты обнаружения полирезистентных штаммов. Не менее значимыми негативными сторонами нерациональной и/или неэффективной антимикробной терапии являются антибиотик-ассоциированная диарея (ААД) и аллергические реакции, повышение стоимости терапии и, наконец, замедленное выздоровление. Во-вторых, помимо объективных причин существуют и субъективные, к которым можно отнести чрезмерное расширение показаний к применению антимикробных препаратов, «слепое» следование за симптомами или диагнозом, мнимая профилактика осложнений и др.

Ученые отмечают, что XX век был веком антибиотиков, а XXI век - эпоха пробиотиков. Пробиотики - это живые микроорганизмы, которые в настоящее время достаточно широко используются при самых различных патологических состояниях, но доказанной

эффективностью они обладают при определенных заболеваниях. Согласно обзору, опубликованному в ноябрьском номере журнала за 2012 г. «American Family Physicians», пробиотики эффективны для профилактики и лечения антибиотик-ассоциированной диареи, при инфекционной диарее, синдроме раздраженного кишечника и атопическом дерматите у детей.

Пристальное внимание к пробиотическим препаратам привлечено в связи с отличным профилем их безопасности, возможностью применения в разном возрастном диапазоне и, при необходимости, одновременно с антимикробными препаратами, наличием удобных лекарственных форм, довольно низкой стоимостью. По мнению большинства исследователей, именно пробиотики идеально подходят для самолечения диареи путешественников, особенно для лиц из групп высокого риска (дети и беременные). Мета-анализ 10 рандомизированных контролируемых исследований показал, что при использовании пробиотиков с целью профилактики диареи путешественников ни в одном случае не было отмечено развития бактериемии, серьезных побочных реакций и т.д.

Проведено большое количество рандомизированных клинических испытаний (РКИ)

по изучению применения пробиотиков при острых гастроэнтеритах. Результаты этих испытаний свидетельствуют о пользе этих продуктов в отношении предупреждения вышеназванной патологии. Результаты РКИ поддерживают применение пробиотиков в лечении острой инфекционной диареи, т.к. их использование укорачивает продолжительность диареи и снижает частоту стула.

Пробиотики обладают несколькими механизмами действия, которые совместно обуславливают их широкое применение при различных патологических состояниях, такие как: прямая конкуренция с патогенной микрофлорой пищеварительного тракта, иммуномодулирующее и иммуностимулирующее действие, воздействие на ранние этапы становления иммунной системы.

Из всех известных и доступных на сегодня пробиотиков наиболее распространёнными микроорганизмами, эффективность которых изучалась во многих клинических исследованиях, являются лактобактерии (*L. acidophilus*, *L. rhamnosus*, *L. bulgaricus*, *L. reuteri* и *L. casei*), бифидобактерии и *Streptococcus thermophilus*.

Эффективность пробиотиков зависит от их устойчивости к действию соляной кислоты и желчных кислот, а также способности сохранять биологическую активность при прохождении через желудочно-кишечный тракт. Пробиотики считаются безопасными и эффективными для профилактики и лечения антибиотик-ассоциированной и инфекционной диареи.

В медицинской литературе приводятся клинические рекомендации по использованию пробиотиков и уровень их доказательности:

- Пробиотики эффективны для профилактики антибиотик-ассоциированной диареи (уровень доказательности А). В недавно опубликованном мета-анализе было показано, что пробиотики снижают риск развития антибиотик-ассоциированной диареи на 52%, причем наилучшие результаты были

получены при назначении пробиотиков в течение 72 часов с момента начала антибактериальной терапии;

- В соответствии с результатами крупномасштабного Кокрановского обзора и мета-анализа, включивших исследования диареи вирусной этиологии и диареи путешественников, терапия пробиотиками при любой этиологии диареи снижает как продолжительность, так и тяжесть симптомов заболевания (уровень доказательности А). Согласно результатам данного обзора, использование пробиотиков приводит к значительному (на 34%) снижению риска сохранения диареи к 3 дню заболевания. Авторы обзора заключают, что пробиотики могут использоваться в качестве полезного дополнения к регидратационной терапии при лечении острой инфекционной диареи взрослых и детей;

- В соответствии с проведёнными до настоящего времени исследованиями, у пациентов с синдромом раздраженного кишечника терапия пробиотиками снижает выраженность болевого синдрома и вздутие живота (уровень доказательности В);

- У детей из группы риска возникновения атопии пробиотики могут предотвращать развитие атопического дерматита (уровень доказательности В), а также существуют предварительные доказательства эффективности купирования симптомов атопического дерматита при использовании пробиотиков.

В настоящее время у врачей есть большой выбор пробиотических препаратов. Однако, не все пробиотики отвечают вышеперечисленным требованиям. Препарат «Ферталь» максимально приближен как по составу (*L. acidophilus*, *L. rhamnosus*, *L. bulgaricus*; бифидобактерии и *Streptococcus thermophilus*), так и по гастроустойчивости пробиотиков. Кроме того, в состав препарата «Ферталь» входит пребиотик Алоэ вера, который является не только отличной средой для приживания пробиотиков, но и обладающий противовоспалительным, бактерицидным и регенериру-

ющим свойствами.

2 лекарственные формы препарата «Ферталь» специально созданы для удобства применения пациентами любого возраста (грудные малыши от 2-х месяцев и взрослые). Применение препарата «Ферталь» для профилактики антибиотико-ассоциированной диареи, при вирусных гастроэнтеритах, при синдроме раздраженного кишечника и детской атопии соответствует международным рекомендациям по применению пробиотических препаратов.

### **Түйін**

Мақалада әр түрлі патология кезіндегі пробиотиктерді қолдану бойынша рандомизирленген клиникалық зерттеулердің мета-анализ мәліметтері көрсетілген.

### **Summary**

The article presents a meta-analysis of randomized clinical trials of probiotics in different pathologies.

УДК 616.155.1-073.176:001.891.53

**У.К. ДОМБАЕВА, А.М. КОСБЕРГЕНОВА, Ф.М. МОМБЕКОВА,  
А.О. ОРАЗБАЕВА, М.М. УСЕНБАЕВ**

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

## **ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМИЧЕСКИЙ МОДУЛЬ В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРИ ПОВЫШЕНИИ СОЭ**

### **Аннотация**

В статье рассматривается алгоритм диагностического модуля при повышении СОЭ.

**Ключевые слова:** модуль, алгоритм, СОЭ, лабораторная диагностика.

**Актуальность.** Разработка алгоритмов диагностики необходима для повышения качества лабораторного анализа.

**Цель.** Составить алгоритм в лабораторной диагностике при повышении СОЭ.

**Задачи.** Обследовать 20 больных с повышением СОЭ, в возрасте от 25 до 59 лет, из них мужчин - 7 (26,4%), женщин - 13 (73,6%).

**Материал и методы.** В исследование были включены истории болезни больных с повышением СОЭ.

СОЭ (скорость оседания эритроцитов) – это показатель общего клинического анализа крови, который показывает насколько быстро происходит оседание эритроцитов, т.е. агломерация (склеивание) эритроцитов. Этот показатель имеет очень важное диагностическое значение и помогает определиться в прогностическом плане, а также определить динамику при ряде заболеваний. Норма СОЭ у мужчин составляет 2-10 мм/ч, у женщин - 3-15 мм/ч, у новорожденных детей - 0-2 мм/ч, у детей в возрасте до 6 месяцев -12-17 мм/ч. У беременных женщин СОЭ может повышаться до 20-25 мм/ч и более.

Показания к назначению исследования: воспалительные заболевания, инфекционные заболевания, опухоли, скрининговые исследования при профилактических осмотрах. Чтобы понять всю важность и информативность СОЭ в общем анализе крови, необходимо знать от чего зависит повышение данного показателя общего анализа крови.

СОЭ повышается при:

- > уменьшении альбумина в крови (гипоальбуминемия),
- > увеличении рН крови, т.е. защелачивания крови и развитии алкалоза,
- > уменьшении вязкости крови, т.е. разжижения крови,
- > снижении количества эритроцитов в крови (связано с уменьшением вязкости крови), увеличении в крови фибриногена, а-глобулинов, g-глобулинов и парапротеинов, т.е. при гиперглобулинемии и гиперфибриногенемии.

СОЭ бывает повышенное при следующих заболеваниях и состояниях:

- > различные воспалительные процессы и инфекции, что связано с увеличением выработки глобулинов, фибриногена и белков острой фазы воспаления, заболевания, при которых наблюдается не только воспалительный процесс, но и распад (некроз) тканей, форменных элементов крови и поступлением продуктов распада белков в кровоток: гнойные и септические заболевания; злокачественные новообразования; инфаркты миокарда, легких, мозга, кишечника, туберкулез легких и др., заболевания соединительной ткани и системные васкулиты: ревматизм, ревматоидный артрит, дерматомиозит, узелковый периартериит, склеродермия, системная красная волчанка и др., болезни обмена веществ: гипертиреоз, гипотиреоз, сахарный диабет и др., гемобластозы (лейкозы, лимфо-

гранулематозы и др.) и парапротеинемические гемобластозы (миеломная болезнь, болезнь Вальденстрема), анемии, связанные с уменьшением количества эритроцитов в крови (гемолиз, кровопотеря и др.), гипоальбуминемия на фоне нефротического синдрома, истощении, кровопотерях, заболеваниях печени, беременность, послеродовой период, во время менструаций.

**Результаты.** Ревматоидный артрит, в стадии обострения – 4 больных (20%) – СОЭ – 35 мм/час; первичный туберкулез легкого – 2 больных (10%) – СОЭ – 40 мм/час; хронический пиелонефрит в стадии обострения – 5 больных (23%) – СОЭ – 25 мм/час; внебольничная пневмония – 4 больных (20%) – СОЭ – 23 мм/час; ЖДА средней степени тяжести – 2 больных (10%) – СОЭ – 20 мм/час; беременные женщины – 3 больных (17%).

**Заключение.** Таким образом, определение повышения СОЭ имеет значение для многих заболеваний. Показатель СОЭ меняется в зависимости от множества физиологических и патологических факторов. Показатели СОЭ у женщин несколько выше, чем у мужчин. Изменение белкового состава крови при беременности ведут к повышению СОЭ в этот период. Этот показатель имеет очень важное диагностическое значение и помога

ет определиться в прогностическом плане, а также определить динамику при ряде заболеваний.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шиффман Ф.Дж. Патофизиология крови. – М.: Бином, 2001. – 445 с.
2. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. – М.: Медицина, 2000. – 544 с.
3. А.А. Кишкун. Руководство по лабораторным методам диагностики. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2007. – 822 с.

## Түйін

Әр түрлі аурулар кезінде эритроциттердің тұну жылдамдығының мәні әр түрлі болады және ол маңызды диагностикалық критерий болуы мүмкін.

## Summary

ESR in various diseases has different meanings, and may be an important diagnostic criterion.

УДК 616.155.391-076:001.891.53

**М. АБЕТОВА, М. ДЖУМАДИЛОВ, Ж. ЕРЕЖЕПОВ, Г. НУРТАЗАЕВА,  
А. ИМАДИЕВ**

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

**АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА  
В ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПРИ ЛЕЙКОЦИТОЗЕ****Аннотация**

В статье рассматривается алгоритм диагностики заболеваний при лейкоцитозе.

**Ключевые слова:** алгоритм, лейкоцитоз, лабораторная диагностика, лейкоцитарная формула.

**Цель.** Составить алгоритм диагностического поиска в лабораторной диагностике при лейкоцитозе.

**Задачи.** Были обследованы 20 больных в возрасте 25-50 лет с лейкоцитозом.

**Материал и методы.** В исследование была включена амбулаторная карта больного с лейкоцитозом. Норма лейкоцитов в крови -  $5,5-8,8 \cdot 10^9/\text{л}$ , но этот показатель может отличаться в большую или меньшую сторону, в зависимости от лаборатории и используемых методов. Для взрослых *лейкоцитозом* считается повышение количества лейкоцитов в крови более  $9,0 \cdot 10^9/\text{л}$ . Для детей разных возрастов понятие *лейкоцитоз* различно, что связано с колебанием нормы лейкоцитов в крови по мере роста ребенка. Так, например, для ребенка в возрасте 1-3 дня лейкоцитозом будет считаться повышение лейкоцитов более  $32,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , а для 7-летнего ребенка - более  $11,0 \cdot 10^9/\text{л}$ .

**Результаты.** Были получены следующие показатели:

- 3 больных с острым бронхитом средней степени тяжести, обострение гайморита (15%), лейкоцитоз -  $18 \cdot 10^9/\text{л}$ ;
- 4 больных с хроническим холециститом, в стадии ремиссии средней степени тяжести (20%), лейкоцитоз -  $18 \cdot 10^9/\text{л}$ ;

- 5 больных с хроническим пиелонефритом, в стадии обострения, средней степени тяжести (20%), лейкоцитоз -  $18 \cdot 10^9/\text{л}$ ;

- 5 больных с внебольничной пневмонией средней степени тяжести (20%), лейкоцитоз -  $20 \cdot 10^9/\text{л}$  (10%);

- 2 больных с фолликулярной ангиной при компенсаторной стадии (10%), лейкоцитоз -  $10 \cdot 10^9/\text{л}$ ;

- 1 больной с ревматизмом, не уточненный кардит (5%), лейкоцитоз -  $22 \cdot 10^9/\text{л}$ .

На основе этого нами был составлен алгоритм. При *нейтрофильном лейкоцитозе* количество нейтрофилов в лейкоцитарной формуле превышает 75%, а их абсолютное содержание составляет свыше  $7,5 \cdot 10^9/\text{л}$ . Этот вид лейкоцитоза наблюдается при острых инфекционных заболеваниях, особенно бактериальных, гнойных воспалительных процессах, ожогах, интоксикациях эндогенного и экзогенного происхождения, инфаркте миокарда, инсульте, острых кровопотерях. *Нейтрофильный лейкоцитоз* обычно сопровождается ядерным сдвигом в лейкоцитарной формуле.

*Эозинофильный лейкоцитоз* характеризуется увеличением содержания эозинофилов в периферической крови свыше 5% и превышением абсолютного количества эозинофилов более  $0,45 \cdot 10^9/\text{л}$ . *Эозино-*

*фильный лейкоцитоз* связан с антиоксидантной и фагоцитарной функцией эозинов, с их способностью обезвреживать ряд биологически активных веществ (таких как гистамин, кинин), захватывать комплексы антиген-антитело. *Эозинофилия* наблюдается при аллергических реакциях немедленного типа, глистных инвазиях, паразитарных, аутоиммунных заболеваниях, в период выздоровления после острых инфекционных заболеваний. *Эозинофилию* часто можно наблюдать при опухолевых заболеваниях, лимфогранулематозе, хроническом миелолейкозе, некоторых эндокринопатиях (гипофизарная кахексия, микседема). Некоторые лекарственные препараты (сульфаниламиды, нитрофураны, аспирин, препараты йода) могут вызывать эозинофилию. Изредка наблюдается стойкая бессимптомная *эозинофилия* у совершенно здоровых людей, в таком случае ее называют «конституциональной». Эозинофильный лейкоцитоз необходимо отличать от гиперэозинофильного синдрома, известного еще как «*синдром Леффлера*».

*Гиперэозинофильный синдром* - редко встречающееся заболевание неясного происхождения. Этот синдром характеризуется увеличением числа лейкоцитов до  $15,0-150,0/10^9/л$ , выраженной эозинофилией (до 70% в лейкоцитарной формуле), тяжелым течением и высокой смертностью.

*Базофильный лейкоцитоз* - достаточно редко встречающаяся форма лейкоцитоза. О базофилии говорят в тех случаях, когда количество базофилов в лейкоцитарной формуле превышает 1% и составляет более  $0,15 \cdot 10^9/л$ . Наиболее часто базофилия встречается в сочетании с эозинофилией (базофильно-эозинофильная ассоциация) при хроническом миелолейкозе. Кроме того, базофильный лейкоцитоз может встречаться при некоторых аллергических реакциях, вирусных инфекциях, некоторых видах опухолевых заболеваний, анемиях, гемофилии, а

также при вакцинациях.

*Моноцитоз* - форма лейкоцитоза, при которой имеет место увеличение в лейкоцитарной формуле числа моноцитов свыше 10% (при этом, абсолютное число моноцитов превышает  $0,7 \cdot 10^9/л$ ). Моноцитоз является показателем развития в организме иммунных процессов и может наблюдаться у больных с хроническими инфекциями (туберкулез, бруцеллез, риккетсиозы, инфекционный эндокардит), с вирусными заболеваниями (инфекционный мононуклеоз, краснуха, ветряная оспа, корь и др.), лейкозами.

*Лимфоцитоз* - состояние, характеризующееся увеличением содержания лимфоцитов в крови свыше 40% (абсолютное число лимфоцитов более  $5,0 \cdot 10^9/л$ ). Эта форма лейкоцитоза встречается при ваготонии (преобладание тонуса парасимпатического отдела нервной системы над симпатическим), при инфекциях, вызванных внутриклеточными паразитами, а также при тех инфекциях, когда имеет место длительное умеренное антигенное раздражение (инфекционный мононуклеоз, коклюш, туберкулез, бруцеллез, сифилис), при некоторых эндокринопатиях (гипертиреозе, акромегалии, надпочечниковой недостаточности, отдельных видах лейкозов, лимфомах).

У детей до 10 лет отмечается *физиологический лимфоцитоз*. Физиологический лимфоцитоз отмечается также у вегетарианцев и после физических нагрузок.

**Заключение.** Лейкоцитоз обычно возникает в связи с увеличением одного из вида лейкоцитов. В динамике, чтобы определить этот вид, назначается исследование лейкоцитарной формулы (входит в общий анализ крови).

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шиффман Ф.Дж. Патология физиология крови. - М.: Бином, 2001. - 445 с.

2. Назаренко Г.И., Кишкун А.А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. - М.: Медицина, 2000. - 544 с.

3. А.А. Кишкун. Руководство по лабораторным методам диагностики. - М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2007. - 822 с.

4. Маянский Д.Н. Хроническое воспаление. - М.: Медицина, 1991. - 272 с.

5. Чучалин А.Г., Синопальников А.И., Яковлев С.В. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. - Смоленск, 2003. - (5). - С. 198-224.

### Түйін

Лейкоцитоз әдетте лейкоциттің бір түрінің жоғарылауы нәтижесінде пайда болады. Динамикада лейкоциттің осы түрін анықтау үшін жалпы қан анализіне кіретін лейкоцитарлық формуланы зерттеу тағайындалады.

### Summary

Leukocytosis usually occurs due to an increase of one type of white blood cells. In dynamics, to determine this kind of leukocytes assigned study leukocyte, which included in a complete blood count.

УДК 616.12-008.331.1-053.9-085

**Г.Б. АЙЕТОВА, Ж.Н. ЕРЕЖЕП, М. НУРБОЛАТ, Б.М. ОРАКБАЕВА,  
А.Б. ТУЛЕГЕНОВА, А.М. ШЫНГЫСБАЕВА**

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

## ЛЕЧЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ У ПОЖИЛЫХ

### Аннотация

Статья посвящена актуальной проблеме лечения артериальной гипертензии среди пожилого населения. Освящены меры профилактики АГ и самоконтроля АД пациентами.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, блокатор рецепторов ангиотензина, Школы здоровья для больных с АГ.

**Актуальность.** Артериальная гипертензия имеет широкую распространенность среди пожилого населения и является фактором риска развития ИБС и других осложнений.

**Цель.** Проведение сравнительного анализа схем антигипертензивной терапии для лечения артериальной гипертензии у пожилых в условиях поликлиники.

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе поликлиники №10 и поликлиники №15 г. Алматы за 2012–2013 гг. Обследованию подлежало 70 больных с диагнозом «Артериальная гипертензия» (АГ) 2 степени с уровнем АД 160-100 мм рт.ст., мужчины в возрасте от 63-74 лет, женщины - от 58-74 лет, с длительностью АГ  $7,5 \pm 1,5$  лет, из них I группу наблюдения составили 50 больных с АГ 2 степени и II группу 20 больных артериальной гипертензией 2 степени в сочетании с метаболическим синдромом (индекс Кетле 31). Больным первой группы был назначен телмисартан в дозе 20 мг/сут., во второй группе - телмисартан (20 мг/сут.) + симвастатин (10 мг/сут.).

**Результаты и обсуждение.** В ходе исследования изучалось действие блокатора рецепторов ангиотензина II – телмисартана у больных АГ 2 степени (160-100 мм.рт.ст) на показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики в процессе длительной 24-не-

дельной монотерапии в суточной дозе 20 мг/сут. в амбулаторно-поликлинических условиях и у больных АГ 2 степени + МС действие этого же препарата в сочетании с гиполлипидемическим препаратом симвастатином в дозе 10 мг.

На фоне длительной терапии все больные АГ 2 степени и АГ 2 степени + МС отмечали улучшение общего самочувствия, выражающееся в исчезновении головных болей, шума в ушах, головокружения, улучшения памяти и работоспособности, так за анализируемый период головные боли не беспокоили в первой группе у 7 (14,0%) больных, во второй - у 11 (11,0%). Боли в области сердца отмечали до начала лечения в первой группе у 22 (44,0%) больных, после лечения улучшение почувствовали 18 (36,0%) больных, а во второй группе до начала лечения у 25 (30,0%) больных, после - у 22 (27,0%). Признаки цереброваскулярной патологии (шум в ушах, тошнота, мелькание «мушек» перед глазами и т.д.) отмечали в первой группе у 5 (7,0%) обследованного больного, во второй – у 7 (7,0%). За период лечения в первой группе пациентов у 3 (5,0%) эти проявления заболевания не возникали, во второй - у 2 (2,0%) отмечено отсутствие данной жалобы.

Результаты показателей СМАД, проведенного через 12 недель от начала лечения,

свидетельствовали о достоверной нормализации и стабилизации уровней САД и ДАД у больных пожилого возраста. Выявлено, что наибольший подъем уровня АД у исследуемых больных пожилого возраста до лечения отмечался в ночное время, преимущественно систолического АД. По окончании периода наблюдения (через 12 недель) отмечена нормализация и стабилизация средних систолического и диастолического АД в течение суток.

Так, среднее систолическое АД снизилось до  $135,5 \pm 3,8$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ), в среднем на  $29,6$  мм рт.ст., диастолическое артериальное давление – до  $85,5 \pm 3,9$  мм рт.ст. ( $p < 0,05$ ), в среднем на  $15,3$  мм рт.ст., во второй группе среднесуточное систолическое артериальное давление –  $132,6 \pm 2,4$  мм.рт.ст, в среднем на  $38$  мм.рт.ст., диастолическое артериальное давление –  $82,3 \pm 4,4$  мм.рт.ст., в среднем на  $20,2$  мм.рт.ст. Через 12 недель отмечалось достоверное снижение САДн и ДАДн в первой группе до  $138,8 \pm 2,0$  мм.рт.ст. (на  $36,6$  мм.рт.ст.) и  $90,0 \pm 1,2$  мм.рт.ст. (на  $8,4$  мм.рт.ст.), во второй группе – до  $139,4 \pm 1,5$  мм.рт.ст. (на  $37,9$  мм.рт.ст.) и  $90,1 \pm 0,4$  мм.рт.ст. (на  $9,9$  мм.рт.ст.) соответственно.

Всем респондентам было проведено исследование биохимического состава крови до и после гипотензивной терапии. На фоне лечения в обеих группах произошло достоверное снижение уровня общего холестерина в первой группе до  $4,5 \pm 0,1$  ммоль/л, во второй группе до  $5,6 \pm 0,1$  ммоль/л, ХСЛПНП до  $3,6 \pm 0,03$  ммоль/л и  $3,7 \pm 0,1$  ммоль/л соответственно, повышение содержания ХСЛПВП на  $0,79 \pm 0,02$  ммоль/л и  $1,12 \pm 0,6$  ммоль/л, снижение коэффициента атерогенности до  $3,1 \pm 0,04$  ммоль/л и  $3,4 \pm 0,02$  ммоль/л. По данным ЭхоКГ у больных АГ 2 степени и АГ 2 степени +МС в процессе лечения выявлено достоверное снижение конечно-систолического размера в первой группе до  $42,4 \pm 0,1$ , во второй до  $39,2 \pm 0,02$  ( $p < 0,05$ ) и конечно-диастолического размера до  $58,4 \pm 0,3$  и

до  $56,7 \pm 0,04$  ( $p < 0,05$ ) соответственно. Также наблюдалась положительная динамика снижения показателей конечно-систолического объема до  $67,6 \pm 0,06$  и до  $68,3 \pm 0,02$  ( $p < 0,05$ ), конечно-диастолического объема до  $159 \pm 0,63$  и до  $148,5 \pm 0,4$  ( $p < 0,05$ ) соответственно у групп наблюдения. На фоне длительной терапии наблюдалась тенденция к снижению массы миокарда левого желудочка. Так, в первой группе она составила  $170,5 \pm 0,7$ , во второй –  $171,1 \pm 1,6$ , причем во второй группе отмечено более достоверное уменьшение показателя ММЖЛ. Было отмечено снижение показателя индекса массы миокарда левого желудочка в первой группе до  $87,3 \pm 0,06$ , во второй группе – до  $171,1 \pm 1,6$  ( $p < 0,05$ ). Оценивались показатели диастолической функции левого желудочка в процессе лечения. Показатели скорости кровотока на митральном клапане приблизились к норме, что отражало положительную динамику на фоне проведенной терапии. Отношение Е/А достоверно возросло на фоне проводимой терапии, свидетельствуя об улучшении пассивных диастолических свойств.

В обеих группах отмечается улучшение активного расслабления ЛЖ, что оценивается по тенденции к укорочению ВПР ЛЖ, достигавшему порога статистической достоверности в группе больных АГ 2 степени +МС.

**Заключение.** Больные с АГ 2 степени нуждаются в регулярном наблюдении составом врачей поликлиник. Кратность визитов при динамическом наблюдении зависит от общей категории риска пациента и уровня АД. После достижения цели лечения, в том числе контроля факторов риска (курение, гиподинамия, нерациональное питание), достижение целевого АД, частота визитов может быть уменьшена, в особенности, если пациент обучен самоконтролю АД. Больные с низким уровнем риска, АД 1 степени или высоким нормальным АД, получающие монотерапию, могут посещать врача 1 раз в 6

месяцев. При более тяжелой АГ частота визитов должна быть увеличена. Всем пациентам необходимо посещать Школы здоровья для пациентов с АГ.

### Түйін

Артериялық гипертониясы бар (1, 2 сатысы) науқастар систолиялық ем мен учаскелік дәрігердің бақылауына мәжбүр болады. Оларға әлеуметтік-психологиялық көмек және профилактика бөлімінде емдік шара

лардан басқа профилактикалық тренингтер (денсаулық мектебі) өткізіп тұру қажет.

### Summary

Patients with hypertension (1.2 degree) in systolic need treatment and observation at the local doctor. Besides therapeutic measures they need to take preventive training (school health) offices in the prevention and psycho-social support.

УДК 616.13/.14-002.4(01.048)

**Г. АБИЛЬДА, И. АШИРБАЕВА, А. КАНАТБЕККЫЗЫ, Д. САДЫКОВА,  
Ж. ТУРЫСМАГАНБЕТОВА**

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

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГРАНУЛЕМАТОЗА ВЕГЕНЕРА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

### Аннотация

В статье описаны морфологические аспекты и особенности течения гранулематоза Вегенера.

**Ключевые слова:** гранулематоз Вегенера, васкулиты, гранулемы.

**Актуальность.** Гранулематоз Вегенера - гранулематозно-некротизирующий васкулит неизвестной этиологии, поражающий мелкие сосуды верхних дыхательных путей, легких и почек. Системные ревматические заболевания, включающие первичные системные некротизирующие васкулиты (микроскопический полиангиит, узелковый полиартериит, гранулематоз Вегенера), системные аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка, системная склеродермия, полимиозит/дерматополимиозит, ревматоидный артрит), являются актуальной проблемой клинической медицины в связи с тяжестью их течения, трудностью диагностики и быстрой инвалидизацией больных [1].

Общими морфологическими прояв-

лениями длительно текущих первичных системных некротизирующих васкулитов (микроскопический полиангиит, узелковый полиартериит, гранулематоз Вегенера) и системных аутоиммунных заболеваний (системная красная волчанка, системная склеродермия, полимиозит, ревматоидный артрит) являются продуктивные варианты артериолита, капиллярита и венулита, характеризующиеся выраженной экспрессией фибриногена и иммуноглобулинов в периваскулярных пространствах кожно-мышечного локуса при иммуногистохимическом исследовании [2].

При гранулематозе Вегенера не происходит интенсивной инфильтрации эозинофилами, в то время как образование асептической

некротической полости более характерно для ранних его стадий, а при синдроме Чардж Стросса возможно лишь на далеко зашедших стадиях болезни. Экстравазкулярная гранулема не встречается при узелковом полиартериите, и поражение легких не является ведущим проявлением при этом васкулите [3].

В сосудах процесс проходит те же стадии отека, некроза, но специфичным является образование гранулем с большим количеством гигантских многоядерных клеток. Гранулемы или связаны с близлежащим сосудом, или отделены от него. В почках - ГН, главной особенностью которого является наличие гигантоклеточных гранулем [4].

При биопсии воспаленных тканей носа и носоглотки выявляются гранулематозные изменения с наличием эпителиоидных клеток, клеток Лангханса, гигантских клеток инородных тел, значительных повреждений сосудов, измененных эритроцитов, а также лейкоцитов разных стадий деструкции. При биопсии легких и кожи находят периваскулярные воспалительные экссудаты и отложения фибрина в мелких артериях, капиллярах и венах. Биопсия почки выявляет признаки очагового и сегментарного гломерулонефрита разной степени выраженности, иногда в сочетании с некротизирующим васкулитом [5].

Наиболее характерные морфологические изменения при гранулематозе Вегенера наблюдаются в артериях среднего и мелкого калибра. При этом, в зависимости от калибра сосуда и стадии процесса распространенность и форма сосудистых поражений может меняться, однако, обычно имеется последовательная смена альтеративных, экссудативных и пролиферативных процессов, при этом в зависимости от преобладания тех или других процессов выделяют деструктивные, деструктивно-продуктивные и продуктивные артерииты [6].

Характерно также поражение вен и капил-

ляров.

Эти поражения сосудов сочетаются с гранулематозным воспалением. Гранулемы развиваются, в первую очередь, в участках некротического и некротически-язвенного поражения полости рта и носа, гортани, трахеи, легких, глотки, а позднее в фазе генерализации в других органах и тканях [7].

В операционном материале из верхней доли обнаружены продуктивные васкулиты, хроническое воспаление с некрозом с полиморфным клеточным инфильтратом, содержащим лимфоциты, плазматические клетки, макрофаги, нейтрофилы, гранулемы с гигантскими клетками инородных тел [8].

В биоптатах слизистой оболочки гайморовой и решетчатой пазух выявлено некротизирующее гранулематозное воспаление с гигантскими многоядерными клетками. Позднее обнаружены типичные изменения в почках, характерные для гранулематоза Вегенера [9].

В резецированной левой верхней доле легкого в стенке бронхов обнаружены эпителиоидно-клеточные гранулемы с центральными зонами некроза и многоядерными гигантскими клетками, в окружающей ткани легкого - фиброз и бронхоэктазы [10].

В то же время подчеркивается значение иммунокомплексного механизма повреждения тканей, по-видимому, с участием аутоантител. Очаговый процесс в легких сочетался с поражением кожи, причем в дерме имел место панникулит с инфильтрацией стенок вен и артерий. В инфильтрате авторы отметили атипичные клетки и митозы. Из литературы известно, что возможна вирусная природа заболевания (вирус Эпштейна Барр) [11].

Дифференцируют заболевание от узелкового периартериита, при котором также поражаются артерии и вены, преимущественно среднего калибра, и наблюдаются некротические гранулематозные изменения. Однако, при гранулематозе Вегенера больше, чем при периартериите, вовлекаются мелкие артерии

и вены, а гранулемы всегда подвергаются некрозу. В ранних стадиях дифференцировать эти два заболевания очень трудно, позднее при гранулематозе Вегенера обычно находят гранулемы с эозинофильными гранулоцитами, а также радиально расположенные вокруг зоны некроза эпителиоидные и гигантские клетки [12].

Итак, близкие по иммунопатологическим процессам первичные системные васкулиты, ассоциированные с продукцией ANCA антител, имеют разный характер патологии органов дыхания. Так, для синдрома Чардж Стросса характерно развитие аллергического ринита и бронхиальной астмы тяжелого течения. Гранулематоз Вегенера проявляется некротической деструкцией хрящевой ткани носа, образованием гранулем и асептических полостей в легочной ткани. Микроскопический полиангиит проявляется некротическим ринитом и легочным капилляритом, что может стать причиной легочного кровотечения [13].

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Клименко С.В., Кривошеев О.Г. Гранулематоз Вегенера на современном этапе: варианты течения, прогноз. - 2005.
2. Ямпольская С.А. Гранулематоз Вегенера: манифестация поражений кожи // Архив патологии, 2007. -Т. 69, №3.- С. 39-42.
3. Семенова Е.Н. Системные некротизирующие васкулиты.- М, 2001.
4. Lamprecht P., Gross W.L. Wegener's granulomatosis. - Herz, 2004.
5. Ярыгин Н.Е., Насонова В.А., Потехина Р.Н. Системные аллергические васкулиты. - М.: Медицина, 1980.
6. Seo P., Stone J.H. The antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitides. // American journal of medicine. - 2004.
7. Allen S.D., Harvey C.J. Imaging of Wegener's granulomatosis // The British Journal

of Radiology. - 2007.

8. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина И.П. Васкулиты и васкулопатии. - 1999.

9. Hoffman G.S. et al. Wegener's granulomatosis: an analysis of 158 patients // Journal Annals of Internal Medicine. - 1992. - 116(6). - P. 488-98.

10. Струков А.И., Кауфман О.Я. Гранулематозные болезни. // Клин. Мед.- 1985.- №7.- С. 6-15.

11. Е.Л. Насонов и др. Антинейтрофильные цитоплазматические антитела при системных васкулитах. // Клин. Мед. - 1992. - №11-12. - С. 21-27.

12. Горнак К.А., Ярыгин Н.Е. Узелковый периартериит, гранулематоз Вегенера, сочетанные формы системных васкулитов - М.: Медицина, 1970. - 183 с.

13. Т.В. Бекетова и др. Иммунологические методы оценки активности некротизирующих васкулитов (гранулематоз Вегенера и микроскопического полиангиита) с поражением почек // Тер. Архив, 1996.- №6. - С. 50-52.

## Түйін

Бұл мақала Вегенер Гранулематозы ауруының морфологиялық ерекшеліктеріне арналған. Мақала ауруды диагностикалау барысында жеңілдік тудыру, ерте және тиімді ем тағайындау, ауру асқынуының алдын алу мақсатымен ұсынылып отыр.

## Summary

The article dedicated to morphological features patient of Wegener's granulomatosis. In this article patient in motion of diagnosticating discount gives an opportunity to purpose, early and advantageous means for treatment to appoint, sick to start to anticipate given with aim.

УДК 616.233-002-036.11/12

**Т. АБИШЕВА, М. ДОСЖАН, Б. БАХИТЖАНУЛЫ, Е. РАЙ, Н. СУЛЕЙМЕНОВ**

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

**ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ****Аннотация**

Бронхит – заболевание, которое ходит в десятку самых распространенных причин обращения за медицинской помощью. В последнее время неосложнённый острый бронхит часто рассматривается как воспалительный, а не инфекционный процесс, в связи с этим противовоспалительная терапия представляется более оправданной, нежели антимикробная.

**Ключевые слова:** бронхит, воспаление легких, заболевания дыхательной системы, кашель, мокрота.

**Актуальность.** Бронхит занимает ведущее место среди всех заболеваний органов дыхания. Бронхит (лат. *bronchitis*, от бронх + -itis - воспаление) - заболевание дыхательной системы, при котором в воспалительный процесс вовлекаются бронхи. Входит в десятку самых распространенных причин обращения за медицинской помощью. В основном, причиной появления бронхита является инфекция, например, вирусная или бактериальная, и требуется лечение антибиотиками.

*Острый бронхит* - острое диффузное воспаление слизистой оболочки трахеобронхиального дерева, характеризующееся увеличением объёма бронхиальной секреции с кашлем и отделением мокроты. Острый бронхит обычно длится около 10 дней. Заболевание обычно начинается с сухого кашля, который может быть сильным, особенно ночью, и может тем самым лишать больного нормального сна и отдыха. Через несколько дней сухой кашель переходит во влажный кашель, который может сопровождаться небольшим повышением температуры, усталостью, головными болями. Жар, недомогание, состояние усталости и апатии могут пройти всего через несколько дней, но кашель может длиться и несколько недель. Следует обязательно обратиться к врачу, если больной выкашливает вместе с мокротой кровь, чтобы

исключить такие тяжёлые заболевания, как туберкулёз или рак лёгких [1].

**Лечение.** В большинстве случаев острый бронхит вызывается вирусной, а не бактериальной инфекцией, и острая стадия обычно проходит сама собой без применения антибиотиков в пределах недели. Антибиотики могут применяться при лечении бронхита, имеющего бактериальную природу, а иногда и в качестве вспомогательного средства при подозрении на возможные осложнения или сопутствующие заболевания.

В последнее время *неосложнённый острый бронхит* более рассматривается как воспалительный, а не инфекционный процесс, в связи с чем противовоспалительная терапия представляется более оправданной, нежели антимикробная. Так, в ходе рандомизированного плацебо-контролируемого исследования, проводившегося в Испании (протокол ВААР), была показана бóльшая эффективность противовоспалительного лечения (ибупрофен по 600 мг через 8 часов в течение 10 дней) в сравнении с плацебо и антибиотикотерапией (комбинация амоксициллин + клавулановая кислота 500/125 мг через 8 часов в течение 10 дней) [2]. Существуют эффективные немедикаментозные способы лечения кашля, в том числе острого бронхита, которые полезно применять как

при наличии назначенного врачом медикаментозного лечения, так и в его отсутствие. Больному необходимо как можно больше дышать и много пить. Требуется достаточное количество не содержащих кофеина напитков, таких как вода, соки или травяной чай (до 2 - 4 л. жидкости в день). В условиях холодного климата для лечения кашля по традиции рекомендуется тёплое питьё: *чай с малиной, мёдом, липовым цветом; подогретая щелочная минеральная вода*. Так как воспалению бронхиальных путей, как правило, сопутствует и воспаление глотки, то во время бронхита рекомендуется *мягкая, неострая, не вызывающая раздражение горла* пища. В качестве согревающего противокашлевого средства применяется растирание *тёплым камфорным маслом*.

Поскольку в сухом воздухе состояние больного бронхитом может усугубиться, обязательно нужно принимать меры для повышения влажности воздуха в помещении. Для этого можно или использовать *комнатные увлажнители воздуха*, или простое *домашнее средство*: по мере высыхания постоянно развешивать в комнате больного *влажные* полотенца либо простыни. Это особенно важно в холодном климате, когда осенью и зимой внутренние помещения отапливаются и воздух в них очень сухой.

В холодном климате важно также обращать внимание на температуру тела и одежду. При бронхите может наблюдаться нарушение терморегуляции организма и, как правило, повышается потообразование, причём выделение необычно сильного пота может происходить даже при небольшом, привычном физическом усилии. Больному бронхитом необходимо быть одетым по погоде, чтобы не мёрзнуть и не простудиться, но также необходимо в случае пропотевания принимать душ и обязательно менять влажную одежду на сухую.

Чтобы не усугублять состояние при кашле и способствовать скорейшему заживлению

воспалённых бронхиальных путей, курильщикам настоятельно рекомендуется резко уменьшить количество сигарет (а если возможно, то лучше совсем бросить курить), и стараться воздерживаться от курения в том помещении, где они сами живут или работают.

В период выздоровления, когда восстанавливается самочувствие и близкая к нормальной температура, но ещё мучает кашель и всё равно часто нарушается сон, рекомендуется не стремиться к длительному лежанию в постели, а в перерывах сна совершать недолгие прогулки на свежем воздухе в тёплый период года - по лесу или парку, возле моря. Это поможет откашливанию болезненной мокроты и улучшит общее состояние, и, в конечном итоге, поможет скорее нормализовать сон больного и восстановить его силы.

*Хронический бронхит* - диффузное прогрессирующее поражение бронхиального дерева с перестройкой секреторного аппарата слизистой оболочки с развитием воспалительного процесса, сопровождающегося гиперсекрецией мокроты, нарушением очистительной и защитной функции бронхов. Бронхит считается хроническим, если кашель с выделением мокроты продолжается не менее 3 месяцев в году в течение 2 лет и более. Хронический бронхит является самым распространённым хроническим неспецифическим заболеванием дыхательной системы.

Основные причины хронического бронхита: длительное раздражение бронхов вредными факторами (пыль, окись углерода, различные химические вещества), рецидивирующая респираторная инфекция (вирусы, палочка инфлюэнцы, пневмококки), длительное воздействие сырого и холодного воздуха. Реже хронический бронхит вызывается некоторыми генетическими отклонениями. Хронический бронхит может быть вторичным на фоне воспалительных заболеваний лёгких и верхних дыхательных путей.

Необходимость гигиены дыхания очень ясно и точно выразил советский писатель В.В. Маяковский: «Нельзя человека закупорить в ящик. Жилище проветривай чище и чаще». Для сохранения здоровья необходимо поддерживать нормальный состав воздуха в жилых, учебных, общественных и рабочих помещениях, постоянно их проветривать. Зеленые растения, выращиваемые в помещениях, освобождают воздух от избытка углекислого газа и обогащают его кислородом. На производствах, загрязняющих пылью воздух, используются промышленные фильтры, специализированная вентиляция, люди работают в респираторах - масках с фильтром для воздуха.

Большой вред организму наносит *курение*, т. к. в табаке и табачном дыме содержится никотин - сильный растительный яд, действующий отрицательно на центральную нервную систему. Вредное действие никотина на органы дыхания проявляется в уменьшении жизненной емкости легких, в хроническом раздражении слизистых оболочек дыхательных путей, вызывающем хронический бронхит курящего.

Среди болезней, поражающих органы дыхания, есть инфекционные, аллергические, воспалительные. К *инфекционным* относятся грипп, туберкулез, дифтерия, пневмония и др., к *аллергическим* - бронхиальная астма, к *воспалительным* - трахеит, бронхит, плеврит, которые могут возникнуть при неблагоприятных условиях: переохлаждении, действии сухого воздуха, дыма, различных химических веществ или, как следствие, после инфекционных заболеваний [3].

В Казахстане, в целом, если сравнивать с 2010 г., то можно заметить незначительное снижение уровня заболеваемости (2010 - 313,5 случая на 100.тыс населения и 2011 - 321,0). Как видно из рисунка 1 в 2011 г. наблюдается высокий рост заболеваемостью в Южно-Казахстанской области (ЮКО) как среди взрослого населения, так и среди подростков и детей (рис. 1).

Среди населения показатели заболеваемости бронхитом в ЮКО равны 668,2 случая на 100 тыс. населения, что превышает в 2 раза республиканский показатель (321,0), среди подростков - 760,3, детей - 722,0 случая [4]. На втором месте среди всего населения - Актыбинская область (399,8), на третьем - Алматинская область (396,1). Среди подростков от 15-17 лет на втором месте Алматинская (732,3) и далее Жамбылская области (608,5). Среди детей от 0-14 лет на втором месте Кызылординская (499,8) и Жамбылская области (360,4).

Анализируя данные можно отметить, что высокие уровни заболеваемости бронхитом в южных регионах республики связаны с климато-экологическими проблемами. Предупредить заболевания органов дыхания можно самостоятельно, придерживаясь несложных гигиенических правил:

- В период эпидемии инфекционных заболеваний своевременно пройти вакцинацию (противогриппозную, противодифтерийную, противотуберкулезную и др.);
- В этот период не следует посещать многолюдные места (концертные залы, театры и др.);
- Придерживаться правил личной гигиены;
- Проходить диспансеризацию, т.е. медицинское обследование;
- Повышать устойчивость организма к инфекционным заболеваниям путем закаливания, витаминного питания.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Н.Мазнев. Заболевания органов дыхания. – СПб.: Рипол Классик, Дом. XXI век, 2010. – 64 с.
2. Llor C., Moragas A., Bayona C. et al. Effectiveness of anti-inflammatory treatment versus antibiotic therapy and placebo for patients with non-complicated acute bronchitis with purulent sputum. // The BAAP Study protocol. - BMC Pulm Med, 2011. - Т.11. - №38.

3. Н.Мазнев. Лечение заболеваний органов дыхания. – СПб.: Рипол Классик, Дом. XXI век, 2010. – 64 с.

4. Здоровье населения РК и деятельность организаций здравоохранения в 2011 году // Статистический сборник. - Астана, 2012.

### Түйін

Жедел және созылмалы бронхит аурушаң-

УДК 616.126.42-008.28-071/-073

**К.У. КОПЖАСАРОВА, Ж. ДАНИЯРБЕККЫЗЫ, Н.С. СЕРИКБАЕВ,  
О.П. УЗГАНБАЕВ, Б.М. САПАР**

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

## ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМИЧЕСКИЙ ПОДХОД ПРИ ДИСАТОЛИЧЕСКИХ ШУМАХ В РАБОТЕ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

### Аннотация

Артериальная гипертензия является независимым фактором риска развития ИБС, и поэтому в работе врачей общей практики (ВОП) важно своевременно диагностировать диастолические шумы и их выявление.

**Ключевые слова:** артериальная гипертензия, ВОП, диастолические шумы, стеноз митрального клапана.

**Актуальность.** Сердечные шумы - шумы, возникающие в полостях сердца и в надклапанном отделе восходящей части аорты или легочного ствола при появлении завихрений в них потока крови. Условия для образования вихревых потоков и сердечные шумы возникают при патологии клапанов и дефектах перегородок сердца, расширении его полостей и участков легочного ствола или аорты (аневризмы), значительном ускорении потока крови при снижении ее вязкости (например, при анемии) или вследствие гиперкинезии сердечных сокращений (например, при тиреотоксикозе).

В редких случаях в образовании шума участвуют высокие гормональные колебания, которые воспринимаются ухом как

дығы жоғары байқалады. Гигиеналық шараларды ұстанумен байланысты профилактика шаралары.

### Summary

There is a high incidence of acute and chronic bronchitis. Prevention measures related to compliance with hygienic measures.

музыкальный шум. Хотя тоны сердца по физиологической природе также относятся к шумам, по восприятию они отличаются от протяжных сердечных шумов краткостью и отрывистостью звучания.

В работе врача общей практики – практически важной является своевременная диагностика диастолических шумов и выявление их особенностей при стенозе митрального клапана.

Диастолические шумы в работе ВОП особенно при стенозе митрального клапана происходит сужение левого предсердно-желудочкового отверстия. Митральный клапан расположен между левым предсердием и левым желудочком и состоит из двух створок. При митральном стенозе створки утолщаются

ся, срastaются друг с другом, размер предсердно-желудочкового отверстия уменьшается. Основной причиной митрального стеноза в 80% случаев является перенесенный ревматизм. На оставшиеся 20% приходятся другие инфекционные заболевания внутренней оболочки сердца, из-за повышенного давления в легочных сосудах возникает спазм и все это приводит к повышению давления в легочной артерии, которая выходит из правого желудочка и несет кровь в легкие. Правый желудочек сердца гипертрофируется из-за повышенной нагрузки. Постепенно его компенсаторный запас истощается, он расширяется, сократительная способность сердечной мышцы правого желудочка снижается. Правый желудочек уже не может полностью откачивать кровь из большого круга кровообращения. Возникает сердечная недостаточность.

Внешний вид больного с митральным стенозом в начале заболевания долгое время не изменен. Постепенно возникает одышка, сердцебиение. Больной плохо переносит физическую нагрузку. С течением времени при нарастании стеноза у пациента появляется так называемый «митральный румянец» – голубовато-розовый оттенок губ и щек. Если приложить руку к грудной клетке такого больного в области сердца, можно ощутить дрожание, так называемое «кошачье мурлыканье».

Диагностика стеноза митрального клапана. При выслушивании сердца определяется диастолический шум. Шум образуется, когда кровь в диастолу через суженное митральное отверстие течет в желудочек. Шум усиливается после физической нагрузки. На

электрокардиограмме находят увеличение левого предсердия и правого желудочка. Рентгенологически определяют изменения в легких. При проведении ультразвукового исследования сердца можно увидеть утолщение створок митрального клапана, нарушение их движения, уменьшение размеров предсердно-желудочкового отверстия, отложение солей кальция на створках клапана. Иногда в расширенном правом предсердии находят тромб.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кобалова Ж.Д., Моисеева В.С. Пропедевтика внутренних болезней: ключевые моменты: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
2. Манака Н.А. Руководство по кардиологии. – Минск: Беларусь.
3. Коваленко В.Н. Руководство по кардиологии. – МАРИОН, 2008.
4. Беленков Ю.Н. Руководство по амбулаторно-поликлинической кардиологии. – Москва, 2010.

### Түйін

Мақалада жалпы тәжірибелік дәрігерінің митральді қақпақша стенозы кезіндегі шудың диагностикалық алгоритмі туралы талқыланады.

### Summary

Article is devoted concerning diagnostics of warm noise at a stenosis of the mitralny valve and its value in work of the general practitioner.

---

---

УДК 616.345-072.1:615.246.6

**Ж.К. МУСТАФАЕВА**

Городская Клиническая Больница №7, г. Алматы

## ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ФОРТРАНС В ПОДГОТОВКЕ К КОЛОНОСКОПИИ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОЛИПЭКТОМИИ

### Аннотация

В статье рассматриваются вопросы применения препарата Фортранс в подготовке больных к обследованию методами колоноскопии и эндоскопической полипэктомии.

**Ключевые слова:** колоноскопия, эндоскопическая полипэктомия, очистка кишечника.

**Актуальность.** Качественная подготовка толстой кишки к эндоскопическому исследованию является необходимым условием для полноценной и быстрой колоноскопии, позволяет успешно и эффективно проводить лечебные манипуляции и снижает вероятность развития осложнений, связанных с процедурой. К «традиционным» методикам подготовки толстой кишки, широко используемых у нас в стране, относятся повторные очистительные клизмы в сочетании с приемом слабительных.

Другим способом очистки кишечника перед эндоскопическим исследованием и операцией является пероральный лаваж, благодаря которому может быть достигнута полная механическая очистка. В настоящее время для его осуществления широко используются изоосмотические растворы, позволяющие достигнуть хороших результатов на фоне приема сравнительно небольшого количества жидкости, не нарушая при этом водно-электролитного баланса и не вызывая местных осложнений.

Одним из вариантов подобного раствора является препарат «Фортранс» производства компании «Ипсен» (Франция). Препарат «Фортранс» представляет собой изоосмотический раствор полиэтиленгликоля (Макроголь 4000) и электролитов. Благодаря Макроголью 4000, который не метаболизируется и не всасывается в кишечнике, достигается

эффективный лаваж при пероральном приеме препарата, без развития электролитных нарушений и побочных явлений. Упаковка препарата «Фортранса» предназначена для одного пациента, состоит из 4 пакетов, содержащих 64 гр. полиэтиленгликоля в сочетании с 9 гр. электролитов - сульфата натрия, бикарбоната натрия, хлорида натрия и хлорида калия, а также ароматической и вкусовой добавки, растворяется в 1 л. кипяченой воды. Возможно проведение двух режимов приема препарата: первые два литра раствора назначают после обеда в день, предшествующий колоноскопии, вторая порция в количестве 1,5-2 л. принимается утром в день исследования. Никаких диетических ограничений в предшествующий исследованию отрезок времени не предполагалось.

**Результаты применения препарата «Фортранс».** Действие препарата в форме опорожнения кишечника без предшествующих болевых ощущений и тенезмов начинается через 50-80 минут после начала приема и продолжается 2-6 часов. Если препарат «Фортранс» принимают двукратно, опорожнение кишки при повторном приеме утром начинается спустя 20-30 минут. Частота актов опорожнения колеблется в пределах от 4 до 10. Конечным результатом является выделение прозрачной или слегка окрашенной жидкости без примеси кала. Длительность колоноскопии составляет 10-30 минут.

При исследовании, в просвете кишки отмечается остаточная жидкость в количестве 50-200 мл, не мешающая полноценному осмотру, которая свободно удаляется с помощью отсоса. Используемая подготовка позволяет однозначно трактовать эндоскопическую картину и выявлять в процессе исследования патологические изменения. Эндоскопическая полипэктомия проходит успешно, осложнений во время проведения и в отдаленном периоде не отмечается.

В качестве побочных явлений, связанных с приемом препарата, следует отметить возможное возникновение головной боли через 40-50 минут после начала подготовки, которая самостоятельно проходит в течение последующих 30 минут. Возможно ощущение переполнения в животе, чувство дискомфорта. При этом подготовка не должна прерываться. Общее состояние больных, показатели гемодинамики на фоне приема препарата «Фортранс» остаются неизменными. Существенного различия в качестве очистки толстой кишки при двух режимах приема препарата не бывает. Объем остаточной жидкости наблюдается при двухэтапной подготовке. Данные лабораторных анализов, включающие показатели гематокрита, общего белка, креатинина, глюкозы и электролитов остаются в пределах нормальных величин.

**Обсуждение результатов.** Методы подготовки толстой кишки к рентгенологическому и эндоскопическому исследованию традиционно сводились к приему слабительных средств, чаще касторового масла, и очистительным клизмам. При этом, одним из условий качественной подготовки являлось введение определенных диетических ограничений. Однако, у определенной части пациентов указанный способ неэффективен. Некоторым больным может быть противопоказан прием слабительных или очистительных клизм. В процессе подготовки обязательно участие медицинской сестры.

И, наконец, определенная часть пациентов испытывает психологический дискомфорт, связанный с процедурой подготовки.

Альтернативным методом очистки кишечника для рентгенологического и эндоскопического исследования и операций является пероральный лаваж с использованием различных солевых растворов. В процессе исследований и совершенствования этого метода для исключения возможных побочных эффектов подобной подготовки - гипергидратации и нарушения электролитного состава плазмы в 1980 г., G.R.Davis предложил состав раствора с оптимальной концентрацией электролитов, являющийся изоосмолярным из-за добавления нерастворимого и неметаболизируемого компонента полиэтиленгликоля.

Используемый в подобных же целях маннитол ферментируется кишечной флорой с выделением водорода, взрыв которого при электрохирургических манипуляциях может привести к катастрофическим последствиям. Раствор на основе полиэтиленгликоля лишен указанного недостатка. При этом не отмечено изменений в электролитном и биохимическом составе крови, показателей гематокрита. Масса тела на фоне приема раствора оставалась прежней. Качество подготовки было хорошим или отличным примерно в 90% случаев. Толерантность к препарату «Фортрансу» высокая и возникающие в связи с ним неприятные ощущения не требуют прекращения подготовки. В 90% для полноценной подготовки оказалось достаточным 3 литров раствора. Препарат «Фортранс» не вызывает побочных явлений и в группе больных с высокой степенью риска. Применяемая методика, не вызывает психологического отторжения, и ее ретроспективная оценка больными была позитивной.

**Заключение.** Таким образом, апробация и накопленный опыт применения кишечного лаважа для очистки толстой кишки позволяет

отнести его к одному из оптимальных способов подготовки толстой кишки к эндоскопическому исследованию или операции. Метод прост в использовании и при стандартной методике реализации гарантировано приводит к положительным результатам, не требуя при этом участия в подготовке медицинского персонала. Прием раствора не нарушает физиологических констант организма, не оказывает влияния на показатели гемодинамики, не меняет существенно самочувствия пациентов, что дает основание рекомендовать указанный метод для широкого использования в клинической практике.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология // Н.Новгород: Изд-во НГМА, 1997. – 463 с.
2. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И. Оперативная лапароскопия в гинекологии. – М.: Медицина, 1995.-184 с.

УДК 616.24-007.271-036.12-08-07

**М.Б. ЖАЙЛХАНОВА, А.А. КАРИМБАЕВА, Н.А. КАРИМБАЕВА,  
У.А. СЫРЛЫБАЕВА, А.Б. ШАЙЛАЕВА**  
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

### ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

#### Аннотация

В статье изложены данные динамического наблюдения больных ХОБЛ.

**Ключевые слова:** ХОБЛ, ингаляция ГКС, лечение больных.

**Актуальность.** ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких) является одной из актуальных проблем клинической пульмонологии ввиду её широкого распространения, инвалидизации лиц трудоспособного возраста, тяжести прогноза [1].

По данным Европейского респираторно

#### Түйін

Тоқ ішекті эндоскопиялық және рентгенологиялық зерттеуге дайындау тәсілдері дәстүрлі түрде іш өткізгіш дәрілерді қабылдаумен, жиірек үпілмәлік майы мен тазалағыш клизма көмегімен жүзеге асады. Эндоскопиялық және рентгенологиялық зерттеу, ота жасау үшін ішекті тазартудың баламалы әдісі - ол әр түрлі тұзды ерітінділерді қолдану арқылы пероральді лаваж жасау болып табылады.

#### Summary

Methods of preparation of the colon for X-ray and endoscopy traditionally boiled down to receive laxatives, most of castor oil, and a cleansing enema. An alternative method for cleaning the bowel radiology and endoscopy and operations is oral lavage with different salt solutions.

го общества в мире около 600 млн. (10,5%) человек страдает хроническими обструктивными заболеваниями легких (ХОБЛ). В Казахстане за последние 10 лет число больных ХОБЛ выросло более чем в 2 раза [2].

Обострения ХОБЛ значительно ухудшают качество жизни пациентов и прогноз заболе

вания существенно увеличивают затраты системы здравоохранения [3-5].

**Цель.** Исследовать оценку эффективности лечения больных с ХОБЛ за 2012-2013 гг. в городской поликлинике №10 г. Алматы.

**Задачи исследования.** Оценить эффективность существующей системы динамического наблюдения за больными ХОБЛ в условиях поликлиники, с последующей разработкой оптимального алгоритма диагностики и лечения данного заболевания.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ карт амбулаторного пациента у 156 больных, среди них мужчин было 118 (75,6%), женщин – 38 (24,4%).

**Результаты.** Средний возраст пациентов составил 57-60 лет. Сопоставимых с основной группой по полу и возрасту. Больным проводились: исследование функции внешнего дыхания (ФВД) - спирография, пикфлоуметрия, клиническое обследование, лабораторная диагностика – общий анализ крови, мочи, микробиологическое и цитологическое исследование мокроты, рентгенография грудной клетки в двух проекциях.

Больные ХОБЛ были разделены на 2 группы. Основную группу составили 125 больных с ХОБЛ средней степени смешанного фенотипа, в лечении которых использовалась ингаляция ГКС. В контрольную группу сравнения вошли 31 больной с ХОБЛ средней степени, которые на фоне базисной терапии получали ингаляции плацебо (физиологический раствор) вместо муколитика.

Больных с ХОБЛ в основном лечили амбулаторно. В необходимых случаях госпитализировали по показаниям: возраст старше 40 лет. Наличие сопутствующих хронических заболеваний: с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) – 18 (11,5%), сахарный диабет - 24 (15,4%), хронический бронхит - 63 (40,4%), бронхиальная астма - 51 (32,7%).

**Результаты.** Сравнительный анализ результатов лечения ингаляцией ГКС показал, что в группе больных получавших ингаляцию ГКС кашель сохранился у 55%, выделе-

ние мокроты у - 48%, одышка у - 50%, хрипы в легких у - 45%. В контрольной группе кашель и одышка регистрировались в 75%, выделение мокроты в 71%, хрипы в легких в 78% случаев. Следовательно, использование ингаляции ГКС в комплексной терапии больных с ХОБЛ обеспечивает положительную динамику респираторных симптомов.

**Заключение.** Динамическое наблюдение за больными ХОБЛ в условиях поликлиники под влиянием ингаляции ГКС у большинства больных ХОБЛ наблюдается более быстрое и значительное уменьшение всех симптомов бронхообструктивного синдрома и дыхательной недостаточности (ДН), позволяет снизить затраты на лечение при сохранении фармакокинетических показателей амбулаторной медицинской помощи.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Визель И.Ю., Шмелев Е.И., Визель А.А. Оценка состояния больных хроническим бронхитом и ХОБЛ в период семилетнего наблюдения // Пульмонология. – 2008. - №4. – С. 41-46.
2. Кокосов А.Н. (ред.). Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких. - Спб.: Лань, 2002.
3. Синопальников А.И., Воробьев А.В. Фармакотерапия хронической обструктивной болезни легких: глюкокортикостероиды // Consilium medicum. - 2006.
4. Ушкалова Е. GOLD – Всемирная программа по хронической обструктивной болезни легких // Фармацевтический Вестник. – 2001. - 36. - С.235.
5. Чучалин А.Г. Клинические рекомендации // Пульмонология.- 2006. - С. 170-176.
6. Langsetmo L., Platt R.W., Ernst P., Bourbeau J. Underreporting exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease in a longitudinal cohort // Amer. J.Crit.Care Med. – 2008. – 177(4). – P. 396-401.
7. Donaldson G.C., Seemungal T.A.R., Bhowmic A., Wedzicha J.A. Relationship

---

---

between exacerbation frequency pulmonary disease // *Thorax*. – 2002. – 57(10). – P. 847-852.

### **Түйін**

Глюкокортикоидты дәрілердің ингаляциясы өкпенің созылмалы обструктивті ауруымен ауыратын науқастардағы

бронхобструктивті синдром симптомдарын аса тезірек төмендетуге мүмкіндік береді.

### **Summary**

Inhalation glucocorticosteroid contribute to a more rapid decrease in symptoms of bronchial obstruction in patients with COPD.

Республиканское совещание на тему  
**«Мониторинг выполнения скрининговых осмотров по итогам 2013 года и совершенствование алгоритмов профилактической деятельности на уровне первичной медико-санитарной помощи» (13-14 февраля 2014 г., г. Алматы)**

В Республике Казахстан с 2008 года реализуется Национальная скрининговая программа.

*Одним из приоритетов* Национальной скрининговой программы является профилактика и скрининговое обследование на раннее выявление социально-значимых заболеваний или предрасположенности к ним, что необходимо для оказания своевременной лечебно-профилактической помощи.

Оценивая полученные данные в результате проведения значительного числа скрининговых программ, не возникает сомнений в эффективности скрининга с точки зрения снижения смертности от болезней системы кровообращения (БСК), сахарного диабета (СД), рака молочной железы (РМЖ), рака шейки матки (РШМ) в изучаемой популяции.

**13-14 февраля 2014 года** в городе Алматы прошло очередное Республиканское совещание **«Мониторинг выполнения скрининговых осмотров по итогам 2013 года и совершенствование алгоритмов профилактической деятельности на уровне первичной медико-санитарной помощи»** с участием представителей Министерства здравоохранения, представителей областных управлений здравоохранения, директоров областных центров ЗОЖ, республиканского центра электронного здравоохранения, специалистов научно-исследовательских институтов-членов республиканской рабочей группы по научному и методическому сопровождению Национальной скрининговой программы.

Наиболее полного охвата скринингом населения следует добиваться с помощью проведения разъяснительной работы, издания популярных печатных материалов (брошюр, памяток и т.д.) и привлечения средств массо-

вой информации.

Немаловажным аспектом эффективности скрининга является не только охват обследованием, но и строгий учет тех, у кого обнаружены факторы риска.

В скрининговые осмотры взрослого населения включены:

1) основные болезни системы кровообращения среди мужчин и женщин в возрасте 25,30,35,40 лет, от 40 до 64 лет—1 раз в 2 года, не состоящих на диспансерном учете по поводу артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца.

2) сахарный диабет среди мужчин и женщин в возрасте 25,30,35,40 лет, от 40 до 64 лет—1 раз в 2 года, не состоящих на диспансерном учете по поводу сахарного диабета.

3) предопухолевые, злокачественные новообразования шейки матки среди женщин в возрасте 30,35,40,45,50,55,60 лет, не состоящих на диспансерном учете по поводу рака шейки матки;

4) предопухолевые, злокачественные новообразования молочной железы среди женщин в возрасте 50,52,54,56,58,60 лет, не состоящих на диспансерном учете по поводу рака молочной железы;

5) предопухолевые, злокачественные новообразования толстой и прямой кишки среди мужчин и женщин в возрасте 50,52,54,56,58,60,62,64,66,68,70 лет, не состоящих на диспансерном учете по поводу полипоза, рака толстой и прямой кишки;

6) раннее выявление глаукомы у мужчин и женщин в возрасте 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 лет, не состоящие на диспансерном учете по поводу глаукомы.

7) Профилактические (скрининговые) осмотры детей в возрасте 0-18 лет.

---



---

**Пресс-конференция, посвященная Всемирному дню борьбы против рака и приуроченного к нему декадника по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний (3-12 февраля 2014 г.)**

Всемирный день борьбы против рака отмечается ежегодно 4 февраля по инициативе Международного противоракового союза. В период с 3 по 12 февраля 2014 года в регионах республики проводится декадник по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний, приуроченный к Всемирному дню борьбы против рака.

По данным Агентства Республики Казахстан по статистике, в 2012 году в республике заболеваемость злокачественными новообразованиями составила 190,6 на 100 тыс. населения; смертность от злокачественных новообразований составила 103,9 на 100 тыс. населения. До 40% случаев заболевания раком возможно предотвратить благодаря здоровому образу жизни, путем избегания контакта с известными канцерогенами, как табачный дым, контроля над профессиональными вредными факторами, сокращения времени пребывания на солнце, а также иммунизации против инфекций, способных вызвать рак, таких как вирус гепатита В и вирус папилломы человека.

В 2014 году он пройдет под лозунгом «Развенчать мифы!» и будет направлено на достижение цели 5 Всемирной Декларации по борьбе с раком. Отношение населения к раку должно улучшиться, а вредные мифы и неверные представления о заболевании должны быть развеяны.

Всемирный День борьбы против рака и декадник позволят объединить совместные усилия в отношении повышения осведомленности о раке, мерах его профилактики и важности раннего выявления, освободиться от неверных представлений о болезни. С глобальной точки зрения, необходимо сосредоточить внимание на четырех мифах:

**Миф 1: Мы не должны говорить о раке.**

Правда: В то время как информация о раке является трудной темой, развернутая,

открытая информационная деятельность поможет улучшить ситуацию на индивидуальном, общественном и политическом уровне.

**Миф 2:** Рак не имеет признаков и симптомов.

Правда: У многих видов рака, существуют тревожные признаки и симптомы, преимущество раннего выявления бесспорное доказательство. Необходимо признать, что рак имеет - признаки и симптомы, это существенно важная информация для населения, медицинских специалистов и политиков, для того чтобы быть в курсе, и получить знания по распознаванию признаков и симптомов рака там где это возможно.

**Миф 3:** Я ничего не могу сделать по поводу рака.

Правда: Можно предотвратить, треть из наиболее распространенных раковых заболеваний

на индивидуальном, общественном и политическом уровне, а также с помощью правильных стратегий. Глобальные, региональные и национальные стратегии и программы, которые способствуют здоровому образу жизни, имеют важное значение для снижения рака, обусловленного такими факторами риска, как вредное употребление алкоголя, табака, неправильное питание и отсутствие физической активности, профессиональные факторы риска развития рака и другие.

Здоровые рабочие места могут создавать условия, которые защищают и поощряют здоровье своих сотрудников, путём:

- обеспечения среды 100% свободной от табака и табачного дыма
- предоставления и доступа здоровых вариантов питания
- внедрения Программы повышения информированности на рабочих местах и политики, при помощи которых вырабатывается понимание влияния факторов риска рака и

важность раннего выявления онкологических заболеваний.

**Миф 4:** У меня нет права на лечение рака.

Правда: Все люди имеют доступ к проверенным и эффективным методам лечения рака и получение помощи на равных условиях. Доступ к получению качественного медицинского обслуживания является вопросом социальной справедливости без какой-либо дискриминации.

В целях реализации Послания Президента Н.А. Назарбаева «Казахстанский путь-2050. Единая цель, единые интересы, единое будущее» по дальнейшему развитию первичной медико-санитарной помощи, повышению

солидарной ответственности работодателя и работника за его здоровье, а также каждого гражданина республики по сохранению и укреплению здоровья будут проведены мероприятия, направленные на повышение онконастороженности населения, медицинских работников первичного звена, усиление взаимодействия между ПМСП и онкологической службой; повышение информирования о мерах профилактики, своевременного прохождения скрининговых осмотров целевых групп населения, формирование мотивации у работодателей к созданию условий, способствующих сохранению и укреплению здоровья работающего контингента.

**В Казахстане прошел марафон «7 шагов к здоровью» под девизом  
«Твое долголетие в твоих руках!», приуроченный к Всемирному дню здоровья**

С 12 марта 2014 года в преддверии Всемирного дня здоровья в Казахстане стартовал **Марафон «7 шагов к здоровью»**, который продлился до 7 апреля т.г.

Цель марафона - повышение ответственности каждого гражданина за сохранение и укрепление своего здоровья от рождения и до пожилого возраста, формирование мотивации к ведению здорового образа жизни, привитие здоровьесберегающих навыков, способствующих повышению качества жизни и долголетию.

Марафон будет состоять из 7 шагов, которые необходимо соблюдать в течение жизни, чтобы быть здоровым.

**Шаг 1 – Школа планирования семьи, Школа подготовки к родам, Школа молодой матери.**

Ключевым фактором в рождении здоровых детей является ответственное отношение будущих родителей в планировании беременности, своевременном обследовании мужчины и женщины на раннее выявление заболеваний и своевременное лечение с целью предупреждения возможных врожденных пороков развития плода, заблаговременный отказ от вредных поведенческих факторов, влияющих на развитие угрожающих жизни плода состояний – угроза прерывания, невынашивания беременности и др., улучшение питания женщин до зачатия и в течение беременности, способствующее оптимальному питанию плода.

В рамках 1 шага с 12 по 16 марта т.г. в отделениях женского и мужского здоровья, Школах здоровья пройдут семинар-тренинги по вопросам планирования семьи, охране репродуктивного здоровья, мотивационному медико-психологическому консультированию подростков и молодежи, профилактике ранней и нежелательной беременности, поведенческим факторам риска; конкурсы на темы: «Я и мой будущий малыш!», «Счаст-

ливое материнство», «Самая обаятельная и привлекательная!»; Дни открытых дверей в организациях ПМСП с консультацией акушер-гинеколога, уролога, психолога, терапевтов и других специалистов.

**Шаг 2 - Школа здорового ребенка**

Здоровье ребенка, в первую очередь, зависит от начала грудного вскармливания. Своевременная вакцинация детей против управляемых инфекций позволит предупредить возникновение заболеваний у ребенка и сохранить его жизнь. Главной задачей родителей является обеспечение роста и развития здорового ребенка, формирование здоровьесберегающих навыков и ответственного отношения к своему здоровью в течение всей своей жизни, развитие приверженности к здоровому питанию - отказу от фастфуда, сладких газированных напитков, к активному образу жизни – занятиям спортом и физической культурой, созданию гармоничной, позитивной психологической атмосферы, а также социально неприемлемого имиджа табакокурения, употребления алкоголя и наркотических веществ.

В рамках 2 шага с 17 по 23 марта в родильных домах, перинатальных центрах, детских отделениях больниц и поликлиник пройдут лекции о преимуществах грудного вскармливания с рождения, иммунопрофилактики с раздачей Пособия «Уход за детьми раннего возраста», Национального календаря вакцинации; в детских дошкольных организациях - семинар-тренинги с родителями по аспектам здорового образа жизни; конкурсы на темы: «В каких продуктах много Витаминов?», «Дядюшка светофор – мой друг!» и др.

**Шаг 3. Молодежные центры здоровья**

Ребенок в подростковом и молодом возрасте требует к себе особого внимания, учитывая возрастные физические, эмоциональные, психологические особенности. Главным аспектом в сохранении здоровья в этом воз-

расте является своевременное информирование о поведенческих факторах риска, их негативном влиянии на здоровье, развитии заболеваний, ухудшающих качество жизни в дальнейшем; развитие устойчивой мотивации к отказу употребления психоактивных веществ, сохранению и укреплению репродуктивного здоровья, ответственному безопасному поведению по отношению к своему здоровью и здоровью близких, а также психологическая поддержка родителей, родных, школьного сообщества, сверстников по принципу «равный равному».

В рамках 3 шага с 17 по 23 марта пройдут тренинги для подростков и молодежи по развитию и укреплению здоровьесберегающего потенциала, профилактике поведенческих факторов риска; семинары по охране репродуктивного здоровья, профилактике ранней и нежелательной беременности; тренинги для подростков и молодежи по профилактике ВИЧ инфекции, наркомании, методов контрацепции; дни открытых дверей и прием у акушер-гинеколога, уролога, дерматовенеролога, психосоциальное и юридическое консультирование; спортивные мероприятия, диктанты, изложения, сочинения на темы: «Я выбираю здоровый образ жизни!», «В здоровом теле – здоровый дух» и т.д.;

#### **Шаг 4. Скрининги - раннее выявление заболеваний**

Здоровье взрослых, в первую очередь, зависит от раннего выявления социально-значимых заболеваний, своевременного лечения и предотвращения развития осложнений, ухудшения качества жизни, инвалидизации и сокращения продолжительности жизни. Ответственность человека в изменении образа жизни, включая адекватную физическую активность, соблюдение сбалансированного питания, контроль за массой тела, артериальным давлением, отказ от употребления табака и алкоголя позволяют предупредить развитие заболеваний.

В рамках 4 шага с 24 по 30 марта пройдут Дни открытых дверей с скрининговыми про-

филактическими осмотрами для раннего выявления социально-значимых заболеваний, пациенты будут приглашаться на скрининговое обследование путем подворных обходов; в местах массового пребывания населения организуется «Городок здоровья» с консультацией специалистов по разным аспектам здорового образа жизни.

#### **Шаг 5 - Партнерское взаимодействие пациента и каждого медицинского работника**

В сохранении здоровья, улучшении качества жизни, управлении заболеванием главенствующая роль принадлежит активному пациенту, обученному принципам самоконтроля, самопомощи и самоменеджмента, владеющим здоровьесберегающими навыками и высокой мотивацией к развитию личного потенциала здоровья. Главным инструментом для достижения данных целей является обучение в Школах здоровья, создание партнерского взаимодействия пациента и каждого медицинского работника мультидисциплинарной команды.

В рамках 5 шага с 24 по 30 марта проводятся Дни открытых дверей в поликлиниках для населения в Школах здоровья с привлечением специалистов: кардиологов, эндокринологов, пульмонологов, педиатров, акушер – гинекологов, урологов, онкологов с измерением артериального давления, уровня холестерина, сахара крови, индекса Кетле, глазного давления и остроты зрения с раздачей информационно-образовательных материалов;

#### **Шаг 6 - Школы здоровья по профилактике поведенческих факторов**

Значимость поведенческих факторов риска в развитии социально-значимых заболеваний доказана. Приверженность человека к отказу от вредных привычек при помощи мотивационного интервьюирования позволят сократить число курящих, употребляющих алкогольные напитки и наркотические средства.

В рамках 6 шага с 31 марта по 6 апреля пройдут тренинги, семинары по формиро-

---

---

ванию мотивации к отказу от табакокурения и других поведенческих факторов риска; разъяснительная работа медицинскими специалистами ПМСП во время приема населения; широкая информационно-образовательная и разъяснительная работа среди населения по вопросам солидарной ответственности.

#### **Шаг 7 - Активное долголетие**

Активное долголетие – возможность жить долго здоровым и активным, сохраняя приверженность оптимальной физической активности, соблюдению рационального питания с ограничением жиров и углеводов, повышая объем овощей и фруктов, сокращая

употребление поваренной соли, соблюдая режим сна и отдыха, умеренного напряжения и релаксации, и конечно же, социальной активности.

В рамках 7 шага с 31 по 6 апреля в Клубах пожилых людей пройдут тренинги, семинары по вопросам активного, здорового долголетия и обеспечения качества жизни по достижению средней продолжительности населения республики до 80 лет и выше.

**7 апреля** во всех регионах прошли пресс-конференции, посвященные Всемирному дню здоровья, с подведением итогов марафона «7 шагов к здоровью».

---

---

**Декадник по совершенствованию организации школьного питания  
с 1 по 10 апреля 2014 г.**

В рамках плана мероприятий реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 27 января 2014 года №45 при организационно-методической поддержке Национального центра проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения РК (НЦПФЗОЖ) и Казахской академии питания **с 1 по 10 апреля 2014 года** в регионах республики проводится декадник по совершенствованию организации школьного питания под девизом: «Здоровое питание - путь к отличным знаниям!».

**Цель декадника:** сохранение и укрепление здоровья школьников через повышение информированности школьного сообщества о здоровом питании, содействие созданию в общеобразовательных учреждениях условий для организации столовых с приготовлением качественной пищи, формирование навыков здорового образа жизни.

Питание – важнейший фактор роста и развития растущего организма ребенка. Правильное отношение к здоровому питанию формируется с детства.

В Послании главы государства Назарбаева Н.А. 2014 года отмечено, что в среднем образовании надо подтягивать общеобразовательные школы к уровню преподавания в Назарбаев - Интеллектуальных школах. Занятие спортом, правильное питание, регулярные профилактические осмотры – это основа предупреждения заболеваний.

Одним из важных вопросов является организация питания учащихся во время пребывания в школе. Оно является важным направлением деятельности организации образования, определяющим не только состояние здоровья школьников, но и эффективность их обучения. Для этого нужны современные столовые, оснащенные новым оборудованием с передовыми технологиями приготовления пищи на пару, что, в свою

очередь, требует профессионализма школьных поваров, создания школьной индустрии питания.

По данным 5-го Национального социологического исследования, проведенного в 2012 году в РК, энергетические напитки потребляют 25,5% городских детей, 22,7% - сельских детей. Численность детей, употребляющих еду быстрого приготовления одинаковая, в городской местности - 13,7% и в сельской 13,3%. Потребляют фаст-фуды один раз в день около 13,7% детей по всей республике обеспеченность горячим питанием-78%.

Постановлением Главного санитарного врача РК от 30 марта 2007 года №12 запрещена реализация газированных и безалкогольных энергетических напитков, чипсов, сухариков на территории школ. Мониторинг реализации данного Постановления указывает, что проводимые регулярные рейды, совместно со специалистами санитарно-эпидемической службы, пока ощутимых результатов не дают и ситуация не улучшается. До настоящего времени продажа, запрещенных продуктов для школьников, производится в близлежащих к школе торговых точках.

В период декадника во всех регионах страны будут проводиться круглые столы и пресс-конференции по вопросам контроля качества, безопасности продуктов питания, обеспечения горячим питанием школьников с участием местных исполнительных органов, специалистов Агентства по защите прав потребителей, образования, региональные службы ЗОЖ, СМИ; семинар - тренинги по организации сбалансированного питания для школьников, медицинских работников, школьников и поваров с привлечением специалистов Казахской академии питания, региональных Центров питания, специалистов Центров здорового образа жизни с освещением в СМИ.

## Республиканский месячник по профилактике дорожно-транспортного и бытового травматизма среди детей школьного возраста и молодежи

Ежегодно в Казахстане с 1 по 30 апреля проводится месячник по профилактике дорожно-транспортного и бытового травматизма среди детей школьного возраста и молодежи.

Девиз месячника 2014 года «Соблюдение ПДД - безопасные дороги детства!»

**Цель.** Привлечь внимание государственных органов, общественности к проблемам дорожно-транспортного и бытового травматизма среди детей школьного возраста, подростков и молодежи.

Среди причин общей смертности травмы занимают третье место, уступая лишь болезням системы кровообращения и онкологическим заболеваниям, и чаще уносят жизни людей наиболее молодого, трудоспособного возраста.

В Докладе Всемирной организации здравоохранения о состоянии безопасности дорожного движения в мире 2013 года представлена информация о безопасности дорожного движения из 182 стран, на которые приходится почти 99% населения мира, или 6,8 миллиарда человек. На дорогах мира ежегодно погибает около 1,24 миллиона человек, а от 20 до 50 миллионов человек получают несмертельные травмы. 59% случаев смерти в результате дорожно-транспортных аварий в мире происходит среди молодых людей в возрасте от 15 до 44 лет. Снижение средней скорости на 5% может способствовать уменьшению числа смертельных аварий на целых 30%. Сиденья для детей и дополнительные приспособления (подушки) могут снизить смертность детей на 54-80% в случае аварии.

Основными причинами высокого травматизма на дорогах и в быту являет-

ся недостаточное внимание взрослых к предупреждению детского травматизма, неорганизованность досуга детей, низкая культура школьников на дорогах, недостаточное знание правил дорожного движения, негативный пример родителей и недостаточное внимание водителей на участках дорог вблизи школ. Так, в ходе рейдов было выявлено, что около многих школ отсутствуют дорожная разметка, информационно-указательные, запрещающие, предупредительные дорожные знаки, часто требуют обновления дорожные знаки и пешеходные переходы. От всего количества зарегистрированных ДТП, произошедших с участием детей, 80% приходится на детей-пешеходов. Характерными бытовыми травмами для детей школьного возраста является катание на велосипеде, падение с качелей, высоты, термический ожог и электроожог. За последние годы ситуация усугубилась тем, что регистрируются групповые травмы с участием детей, сочетанные травмы у детей и подростков.

**Во всех регионах страны будут проводиться акции с участием специалистов ДВД «Мы, казахстанцы, с рождения - за безопасность движения!»;** родительские собрания, круглые столы с участием школьных медработников, работников дорожной полиции по вопросам профилактики дорожно-транспортного и бытового травматизма по теме «Безопасность детей – задача общая!»; совместно со специалистами ДВД проведение семинар-тренингов для педагогов общеобразовательных школ по новым подходам к обучению школьников правилам дорожного движения (ПДД) и оказанию первой доврачебной помощи на тему «Дорожная азбука – 2014!» с освещением в СМИ.

---

---

## Пресс-конференция, посвященная месячнику по профилактике туберкулеза, приуроченного к Всемирному дню борьбы с туберкулезом

В рамках реализации основных направлений Послания Президента Республики Казахстан Назарбаева Н.А. народу «Казахстанский путь - 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее», Государственной Программы развития здравоохранения «Саламатты Казахстан», приказа МЗ РК от 27.01.2014 года №45 «О проведении мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний на 2014 год», при организационно-методической поддержке НЦПФЗОЖ, с **24 февраля по 23 марта 2014 года** в регионах республики проводится месячник по профилактике туберкулеза под лозунгом: **«Остановить туберкулез!»**, приуроченный к **24 марта – Всемирному дню борьбы с туберкулезом**.

*Целью проведения Всемирного дня и месячника* являются повышение настороженности врачей ПМСП в отношении ранней диагностики ТБ и усиление профилактических мероприятий; солидарной ответственности работодателя и работника за его здоровье, создание условий ведения здорового образа жизни и своевременного прохождения профилактических осмотров; осведомленности населения о первых признаках туберкулеза, эффективности своевременного лечения, профилактических мероприятий, включая отказ от табакокурения, наркотиков, алкоголя, соблюдение рационального питания и физической активности. Привлечение общественности к данному заболеванию с целью изменения отношения к проблеме, поведения и мобилизация сил общества для улучшения ситуации по туберкулезу в Республике Казахстан.

Туберкулез (далее - ТБ) является одной из основных глобальных проблем здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2012г. в мире было зарегистрировано 8,6 миллиона случаев заболевания туберкулезом и 1,43 миллиона

случаев смерти от ТБ, в том числе 320 000 случаев смерти от ВИЧ-ассоциированного туберкулеза. Около одной трети населения мира инфицированы бактериями туберкулеза.

По данным экспертов ВОЗ риск того, что люди, инфицированные бактериями ТБ, заболеют на протяжении своей жизни, составляет 10%. Люди с ослабленной иммунной системой, такие, как люди с ВИЧ, недостаточностью питания, диабетом или люди, употребляющие табак, подвергаются гораздо более высокому риску заболевания. Употребление табака значительно повышает риск заболевания ТБ. Более 20% случаев заболевания ТБ в мире связано с курением.

*По данным Национального центра проблем туберкулеза (далее - НЦПТ) Республики Казахстан*, по предварительным данным, за 2013 г. по сравнению с 2012 г., отмечается снижение показателя заболеваемости по республике на 10%, и он составляет **73,5 против 81,7, а показатель смертности составил 5,6 против 7,4 на 100 тыс. населения (снижение на 24,3%)**. Наблюдается снижение регистрации запущенных форм туберкулеза с 31 случая в 2012г. до 26 в 2013г.

Казахстан относится к 24 странам Европейского региона с высоким уровнем распространенности туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью. Так, уровень первичной множественной лекарственной устойчивости в 2012г. составил 20,8%, а приобретенной – 53,6%.

В стране внедрены лабораторные технологии по ускоренной диагностике туберкулеза, что позволяет охватить постановкой теста на лекарственную чувствительность в 98,2% впервые выявленных и 98,9% повторных больных туберкулезом.

На базе НЦПТ внедрена новая технология хирургического лечения больных ТБ с по

мощью бронхоблокации (62 операции) и 15 операций селективного коллапса легкого силиконовым имплантом.

Мероприятия в рамках месячника позволяют повысить осведомленность населения

о значимости своевременного прохождения профилактических осмотров, повышения ответственности каждого гражданина республики за сохранение и укрепление здоровья.

*Пресс-служба  
НЦПФЗОЖ МЗ РК  
8 (701) 257 48 80*



САУ БОЛУ,

*әркімнің  
қолында!*

ҚОЗҒАЛЫС –  
ӨМІР!

**Күнің сәтті болсын десең,  
жаттығудан баста сен!**

**Дене жаттығулары:**

Жүктемеге төзімділікті жеңілдетіп, жұмысқа қабілеттілікті  
**жақсартады;**

Жалпы ағзаның жаттығуын **жетілдіреді;**

Дене салмағын қалыпты ұстауға көмектесіп,  
зат алмасу барысын **ынталандырады;**

Қауіптілікті азайтып, көңіл-күйді **көтереді;**

Буындардың қозғалысын жақсартып, тірек-қимыл аппаратына  
жағымды әсер етеді, келбеттің сақталуын **тұрақтандырады;**

Өзіңе деген сенімділікті арттырып, бұлшық ет тонусын **сақтайды;**

Әрекет жылдамдығын жоғарылатып, қозғалыс үйлесімдігін  
жақсартады, зейін қоюды **арттырады.**





USAID  
ОТ АМЕРИКАНСКОГО НАРОДА

# ӨЗІңДІ ТУБЕРКУЛЕЗДЕН ҚОРҒА

Туберкулез – инфекциялық ауру, ол ауа арқылы ауру адамнан сау адамға жөтелгенде, түшкіргенде, сөйлескенде жұғады



WWW.HLS.KZ

- Жөтелу әдебін сақтаңыз
- Жөтелгенде **АУЗЫҢЫЗ БЕН МҰРНЫҢЫЗДЫ** орамалмен/майлықпен жабыңыз
- Қолыңызда орамал/майлық болмаса, алақанға емес, **ШЫНТАҚТЫҢ БҮГІЛГЕН ЖЕРІНЕ** жөтелуге әдеттеніңіз
- **БӨЛМЕНІ** жиі **ЖЕЛДЕТІП**, үнемі ылғалдап сүртіп отырыңыз
- Егер екі аптадан артық жөтелсеңіз, кеуде тұсы ауырса, түнде терлесеңіз, демалғанда алқынсаңыз, әлсіздік байқалса, арықтасаңыз, дене қызуы көтерілсе **МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕГЕ ЖҮГІНІҢІЗ**

**БҰЛ УАҚЫТЫНДА ДИАГНОЗ ҚОЮҒА ЖӘНЕ  
ЕМДІ БАСТАУҒА КӨМЕКТЕСЕДІ**