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

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Издается с 2002 г.
№ 2. 2009 г. (УДК 614.2.574)

Учредитель:

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

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

Подписной индекс 75978

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

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

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

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦ ПФЗОЖ.

Адрес редакции:
г.Алматы, ул. Кунаева, 86
тел/факс 2916118, внутр. 126
Заказ № 29. Тираж 500 экз.

Главный редактор:

Профессор Диканбаева С.А.

Зам. главного редактора:

профессор Слажнева Т.И.

Ответственный редактор:

профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:

Горбачева А.Н.

Технический секретарь:

Акимбаева А.А.

Редакционная коллегия:

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

Научный совет:

Девятко В.Н., Алчинбаев М.К., Арзыкулов Ж.А., Дуйсекеев А.Д., Исмаилов Ш.Ш., Кульжанов М.К., Омарова М.Н., Султаналиев Т.А.

Редакционный совет:

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



МАЗМҰНЫ

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ ЖӘНЕ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНЫҢ ҚЫЗМЕТІН ҰЙЫМДАСТЫРУ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ 09.04.2009 Ж. №494 «ҚАЗАҚСТАН
РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЖҮЙЕСІНДЕГІ
МЕМЛЕКЕТТІК НОРМАТИВТЕРДІ БЕКІТУ ТУРАЛЫ» ҮКІМЕТТІҢ ҚАУЛЫСЫ 14

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРҒА ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ТЕКСЕРУДІҢ
БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ МОНИТРИНГІ. Қ.А.Төлебаев, А.Ж.Жылқайдарова ҚР ДМ Салауатты
өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы 18

КӘСПТІК ТӘУЕКЕЛДІКТІ БОЛЖАУДЫҢ ҚАЗІРГІ ЖАҒДАЙЫ. Ж.Т.Алпысбаева РМҚК «ҚР
Еңбекті қорғау Республикалық ғылыми-зерттеу институты», Астана қаласы. 21

ҚАУЫМДЫҚ МЕДИЦИНА -ХАЛЫҚ ИГІЛІГІНЕ АРНАЛАДЫ Р.Н.Нұрмұханбетова,
Г.Н.Серікбаева, З.Б. Ракишева ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру
проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы 23

ЕМДЕУ-ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ЖҰМЫСТАҒЫ АҚПАРАТТЫҚ ТЕХНИКАЛЫҚ ЖАБДЫҚТАР.
Л.К.Кошербаева. Қауымдық денсаулық сақтау жоғарғы мектебі, Алматы қаласы. 25

ХАЛЫҚТЫҢ САЛАУАТТЫ ӨМІР СҮРУІ МЕН ДЕНСАУЛЫҚТАРЫН ШЫҢДАУЛАРЫНЫҢ
ЭКОНОМИКАЛЫҚ ЖӘНЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬДЫҚ ПАЙДАСЫН АНЫҚТАУДЫҢ
ӘДІСТЕРІ. Т.С.Хайдарова ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының
Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы 28

МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРДЕГІ ЖАБДЫҚТАУДЫҢ МӘСЕЛЕЛЕРІ МЕН ЖОЛДАРЫ.
Д.К.Рахимбекова. ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық
Орталығы, Алматы қаласы 31

МЕДИЦИНАЛЫҚ МЕКЕМЕЛЕРДЕГІ ҚАРЖЫ МЕХАНИЗІМІН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІ
ЖЕТІЛДІРУ. Д.К.Рахимбекова. ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру
проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы 34

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА ЖӘНЕ БАСҚА ЕЛДЕРДЕ СӨСҚ ЖҮЙЕСІНІҢ ТЕОРИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ҰЙЫМДАСТЫРУ МӘСЕЛЕЛЕРІН ЖЕТІЛДІРУ.

ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ІСІК АЛДЫ ЖӘНЕ ІСІК АУРУЛАРЫН АНЫҚТАУҒА
СКРИНИНГ ЖҮРГІЗУ ЖОЛДАРЫНЫҢ МОНИТОРИНГІ. Қ.А.Төлебаев, А.Ж.Жылқайдарова
ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының
Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы 37

ҚАЗАҚСТАН ХАЛҚЫНЫҢ ҚАНТАМЫР АУРУЛАРЫ МЕН МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫҢ БҰЗЫЛУ
ФАКТОРЛАРЫ АУРУЛАРЫН ТЕКСЕРУ СКРИНГІСІНІҢ БІРІНШІ НӘТИЖЕЛЕРІ.
Қ.А.Төлебаев, А.Ж.Жылқайдарова ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру
проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы 41

ХАЛЫҚ ДЕНСАУЛЫҒЫН ҚАЛЫПТАСТЫРАТЫН ФАКТОРЛАРДЫҢ ӘСЕРІН БАҒАЛАУ

А.М.Арингазина, С.А. Егеубаева, Т.Ф.Балабаев ҚР ДМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қаласы.....44

СТУДЕНТТЕРДІҢ АУРУШАНДЫҒЫ МЕН ҚАТЕРЛІ СЕБЕПТЕРІ АРАСЫНДАҒЫ БАЙЛАНЫ-

СТЫ АНЫҚТАУ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ. М.Ә.Бөлешов, Н.А.Сарыбаева Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Медицина Академиясы, Шымкент қаласы.....47

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНА КӨШПІ КЕЛГЕНДЕРДІҢ АРАСЫНДАҒЫ АУРУЛАРҒА ЭКОЛОГО-ГИГИЕНАЛЫҚ ЖАҒДАЙЛАРДЫҢ ЗИЯНДЫ ӘСЕРЛЕРІН БАҒАЛАУ.

А.А.Есалиев. Сапарбаев атындағы Оңтүстік-Қазақстан облыстық Гуманитарлық институты, Шымкент қаласы.....49

КӨШПІ КЕЛГЕНДЕР АРАСЫНДАҒЫ ТУУ ЖАСЫНДАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЖӘНЕ ОЛАРДЫҢ БАЛАЛАРЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ҚАЛЫПТАСУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ. А.А.Есалиев.

Сапарбаев атындағы Оңтүстік-Қазақстан облыстық Гуманитарлық институты Шымкент қаласы.....51

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ БМСК ЖӘНЕ СӨСК АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУДА ҚОҒАМДАҒЫ ДӘРІГЕРЛЕРДІҢ РӨЛІ. Т.С. Хайдарова, Р.Н.Нұрмұханбетова,

А.А. Акимбаева ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.....54

ӘЛЕМДЕГІ ДАМУҒАН ЕЛДЕРДЕГІ ДӘРІГЕРЛЕРГЕ ҚОСЫМША БІЛІМ БЕРУДІҢ

ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ. М.Е.Әбілдаева С.Ж. Аспандияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы қаласы.....56

МЕКТЕПТЕГІ БАЛАЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫ МЕН САЛАУАТТЫ ӨМІРЛЕРІН

ҚАЛЫПТАСТЫРУЛАРЫНЫҢ ҚАЗІРГІ МӘСЕЛЕЛЕРІ. К.Т. Мырзахметов, Г. К. Қожахметова, Г.И. Жүргенова. Қызылора облысының СӨСКП ОО, Қызылорда қаласы.....59

ПОПУЛЯЦИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ЖЕКЕ ДЕҢГЕЙДЕГІ АЛДЫН АЛУ. МЕМЛЕКЕТТІҢ, ЖҰМЫС БЕРУШІНІҢ ЖӘНЕ АДАМНЫҢ ӨЗ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУДАҒЫ РӨЛІ.

ЕГДЕ ТАРТҚАН ЕР АДАМДАРДА КЕЗДЕСЕТІН ТӨМЕНГІ НЕСЕП ЖОЛДАРЫ СИМПТОМДАРЫНЫҢ АЛДЫНА АЛУ ӘДІСТЕРІНЕ ҰСЫНЫЛАТЫН ТӘСІЛДЕМЕЛЕР

А.М.Арингазина, Е.А.Сулейменов ҚР ДМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қаласы.....62

ҚУЫҚ АСТЫ БЕЗІНІҢ ТӨМЕНГІ НЕСЕП ЖОЛДАРЫ СИМПТОМДАРЫНЫҢ АЛДЫНА

АЛУ ЖӘНЕ ДИАГНОСТИКАЛЫҚ ШАРАЛАРЫ Е.А.Сулейменов ҚР ДМ Қоғамдық денсаулық сақтау жоғары мектебі, Алматы қаласы.....63

АУТОИММУНДЫҚ ТИРЕОИДИТІ БАР БАЛАЛАРДАҒЫ ИНТЕЛЛЕКТУАЛДЫҚ

ДАМУЫНЫҢ ДЕҢГЕЙІ. И.Ж.Талипова. М.Оспанов атындағы Батыс-Қазақстан мемлекеттік медициналық академиясы, Ақтөбе қаласы.....65

ПАРАДОНТ АУРУЫНЫҢ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ШАРАЛАРЫ. С.Ж.Турарова,

Б.К.Құрманғалиев, З.Б.Халықова. №5-ші Қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы.....69



«ҚАУІПСІЗДІК-МАРШУРЫТЫ» - АҚТҚ/ЖҚТБ ПРОФИЛАКТИКАСЫНЫҢ ИНТЕРАКТИВТІК
ӘДІСІ. Н.А.Сүлейманова, А.Т.Шайкенова. ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру
проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы. 70

**ТҰРҒЫНДАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫН САҚТАУ МЕН НЫҒАЙТУДЫҢ КӘЗІРГІ
ЗАМАНҒЫ ТЕХНОЛОГИЯЛАРЫ (аурулардың біріншілік, екіншілік
және үшіншілік алдын алу)**

МЕКТЕПТЕГІ ОРТАҢҒЫ ЖӘНЕ ОДАН ҮЛКЕН ЖАСТАҒЫ ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ
ДЕНСАУЛЫҚТАРЫНЫҢ ДЕТЕРМИНАНТЫН АНЫҚТАЙТЫН ӨМІР САТЫСЫ.
Ш.Е.Қаржаубаева ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының
Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы. 73

ТҰРҒЫНДАРДЫ ДӘРІСІЗ ӘДІСПЕН САУЫҚТЫРУ. Т.П.Палтушева, Г.А. Қуанышбекова ҚР
ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының
Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы. 76

КЕЙБІР МІНЕЗ-ҚҰЛЫҚТЫҢ ӨЗГЕРУЛЕРІ ФАКТОРЛАРЫНЫҢ ЖАС АДАМДАРДЫҢ
ДЕНСАУЛЫҚТАРЫНА ТИГЕР ӘСЕРЛЕРІ. Т.П.Палтушева., Г.А.Қуанышбекова ҚР ДМ
Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы,
Алматы қаласы. 79

ТӘЖІРИБЕЛІК ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

ГЕМОПОЭЗДІК ЖҮЙЕНІҢ РАДИАЦИЯЛЫҚ-ИНДУЦИРЛІК ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ
ЕРЕКШЕЛІГІ. Ж.Т. Молдағалиева Экология және радиациялық медицина ғылыми
зерттеу институты, Семей қаласы. 84

РАДИАЦИЯЛЫҚ ӘСЕРЛЕРДІ ЗЕРТТЕГЕНДЕГІ ГОМЕОСТАЗДЫҢ БҰЗЫЛУЫН
КОМПЛЕКСТІК БАҒАЛАУДАҒЫ РӨЛІ. Ж.Т. Молдағалиева Ж.Т. Экология және
радиациялық медицина ғылыми зерттеу институты, Семей қаласы. 87

БРОНХИАЛЬДЫҚ АСТМА АУРУЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ БЕЛГІЛЕРІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.
А.А.Мулюков. Қазақстан Республикасының Президентінің Істері Басқармасының
Медициналық Орталығының Орталық клиникалық ауруханасы, Алматы қаласы. 89

ПЕРИНАТАЛЬДІ ГИПОКСИЯНЫ ӨТКЕРГЕН НӘРЕСТЕЛЕР ҚАНЫНЫҢ
ЭРИТРОЦИТТЕРІНІҢ СОРБЦИЯЛЫҚ СЫЙЫМДЫЛЫҒЫН ЗЕРТТЕУ. С.М.Қабиева
Қарағанды мемлекеттік медицина академиясы, Қарағанды қаласы. 91

БАЛАЛАРДАҒЫ ШЕК ДИСБАКТЕРИОЗЫНА КОРРЕКЦИЯ. Л.М.Қарсыбекова.
«БОФУРИПСЕН ФАРМА» АҚ., Алматы қаласы. 92

ЭНТЕРОСОРБЕНТПЕН КОРРЕКЦИЯЛАУ ЖӘНЕ 3 МГ МӨЛШЕРДЕГІ ХЛОРЛЫҚ
КАДМИМЕН СОЗЫЛМАЛЫ ЭКЗОТОКСИКОЗДАҒЫ БАУЫР ЛИМФО
ТҮЙІРШІКТЕРІНІҢ КЕЙБІР ҚҰРЫЛЫМЫНА ЦИТОЛОГИЯЛЫҚ АНАЛИЗ ЖАСАУ.
А.К. Жаксылыкова, С.Ж. Аспандияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық
университеті, Алматы қаласы. 98

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯНЫҢ ТАРИХЫ. С.А.Амиреев, С.Ж.Жандосов, К.Н.Набенов, Аспандияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті эпидемиология кафедрасы, Алматы қаласы.....	102
СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ КЛИНИКАДАҒЫ МАРКЕТИНГ ЖҮЙЕСІН ҚҰЖАТТАРМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ. Т.С.Жетібаев. Аспандияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы қаласы.....	106
АУА АТМОСФЕРАСЫНДА КЕЗДЕСЕТІН ЗИЯНДЫ ЗАТТАРДЫҢ БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ. А.С.Күлімбетов. С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы	109
ТУБЕРКУЛЕЗ, АҚТҚ/ЖҚТБ ЖӘНЕ ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАРДЫҢ АЛДЫН АЛУ	
ҚАЗАҚСТАНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗ ПРОФИЛАКТИКАСЫНА АРНАЛҒАН КЕҢ КӨЛЕМДЕГІ АҚЦИЯЛАР ЖҮРГІЗУДЕГІ ПАРТНЕРЛІК ЖҰМЫСТАР. Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толғанбаева, Е.С. Белова, С.А.Усембаева, ҚР ДМ Салауатты өмір сүруді қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Туберкулез мәселелері ұлттық орталығы, Алматы қаласы.....	112
ҚАЗАҚСТАНДА АҚТҚ/ЖҚТБ БАҒДАРЛАМАСЫНЫҢ ОРЫНДАЛУЫНА ИНДИКАТОРЛАРДЫ ПАЙДАЛАНУ АРҚЫЛЫ МОНИТОРИНГ ЖАСАУ ЖӘНЕ БАҒА БЕРУ. М.А. Хасанова ЖҚТБ-ны алдын алу және күрес жөніндегі Республикалық орталығы.....	113
«ШОЛҒЫНШЫ» ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ҚАДАҒАЛАУ НЕГІЗІНДЕ АҚТҚ-ЖҰҚПАСЫНЫҢ ТАРАЛУЫН ТАЛДАУ М.А. Хасанова ЖҚТБ-ны алдын алу және күрес жөніндегі Республикалық орталығы.....	117
СӨСМҚҰО ПРЕСС-ҚЫЗМЕТІ ХАБАРЛАЙДЫ	121
ЫСТЫҚ АУА РАЙЫНЫҢ АДАМ ОРГАНИЗМІНЕ ӘСЕРІ: ҚАУІПТІЛІК ФАКТОРЛАР, АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ. Р.С.Колокина, Н.А. Сулейманова Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық Орталығы, Алматы қаласы.....	124



СОДЕРЖАНИЕ

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН от 09.04.2009г №494 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ГОСУДАРСТВЕННОГО НОРМАТИВА СЕТИ ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН»..... 14

МОНИТОРИНГ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ
ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. К.А.Тулебаев,
А.Ж.Жылкайдарова Национальный Центр проблем формирования здорового
образа жизни МЗ РК, г.Алматы 18

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА.
Ж.Т.Алпысбаева РГКП «Республиканский Научно-Исследовательский институт
по охране труда РК», г.Астана 21

ОБЩЕСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА – ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАРОДА.
Р.Н.Нурмуханбетова, Г.Н.Серикбаева, З.Б. Ракишева Национальный
Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы 23

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ.
Л.К.Кошербаева Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК,
г.Алматы 25

ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ
И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ. Т.С.Хайдарова Национальный
Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы 28

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОСНАЩЕНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ. Д.К.Рахимбекова Национальный
Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы 31

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ МЕХАНИЗМОВ ОСНАЩЕНИЯ
МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ. Д.К. Рахимбекова Национальный
Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы 34

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФЗОЖ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН И ДРУГИХ СТРАНАХ

МОНИТОРИНГ ХОДА ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГ ОБСЛЕДОВАНИЙ
НА ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ И ОПУХОЛЕВЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В КАЗАХСТАНЕ.
К.А.Тулебаев, А.Ж.Жылкайдарова Национальный Центр проблем
формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы 37

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГ ОБСЛЕДОВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА НА ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА. К.А.Тулебаев, А.Ж.Жылкайдарова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	41
ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ, ФОРМИРУЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ. А.М.Арингазина, С.А.Егеубаева, Т.Ф.Балабаев Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы	44
РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СВЯЗИ МЕЖДУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ СРЕДИ СТУДЕНТОВ И ФАКТОРАМИ РИСКА М.А.Болешов, Н.А.Сарыбаева Южно-Казахстанская Государственная медицинская академия, г.Шымкент	47
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ВРЕДНЫХ ЭКОЛОГО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МИГРАНТОВ. А.А.Есалиев Гуманитарный институт им. Сапарбаева Южно-Казахстанской области, г.Шымкент	49
ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН-МИГРАНТОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА И ИХ ДЕТЕЙ. А.А.Есалиев Гуманитарный институт им. Сапарбаева Южно-Казахстанской области, г.Шымкент	51
РОЛЬ ВРАЧЕЙ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПМСП И ФЗОЖ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. Т.С. Хайдарова, Р.Н.Нурмуханбетова, А.А. Акимбаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	54
ОСОБЕННОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ В ВЫСОКОРАЗВИТЫХ СТРАНАХ МИРА. М.Е.Абилдаева Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы	56
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ. К.Т. Мырзахметов, Г. К. Қожахметова, Г.И. Джургенова ОЦ ФЗОЖ Кызылординской области, г.Кызылорда	59
ПРОФИЛАКТИКА НА ПОПУЛЯЦИОННОМ И ИНДИВИДУАЛЬНОМ УРОВНЕ. РОЛЬ ГОСУДАРСТВА, РАБОТОДАТЕЛЯ И ЧЕЛОВЕКА В СОХРАНЕНИИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ	
МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У МУЖЧИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА. А.М. Арингазина, Е.А. Сулейменов Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г.Алматы	62
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. Е.А. Сулейменов Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г.Алматы	63



ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ. И.Ж.Талипова Западно-Казахстанская Государственная медицинская академия им. Марата Оспанова, г.Актобе	66
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА. С.Ж.Турарова, Б.К.Курмангалиев, З.Б.Калыкова Городская клиническая больница №5, г.Алматы	69
ИНТЕРАКТИВНАЯ МЕТОДИКА ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД – «МАРШРУТ БЕЗОПАСНОСТИ». Н.А.Сулейманова, А.Т.Шайкенова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	70
СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ (первичная, вторичная и третичная профилактика заболеваний)	
ЛЕСТНИЦА ЖИЗНИ КАК ОДНА ИЗ ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ДЕТЕРМИНАНТ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ СРЕДНЕГО И СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА. Ш.Е.Каржаубаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	73
БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ. Т.П.Палтушева, Г.А. Куанышбекова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	76
ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ. Т.П.Палтушева., Г.А.Куанышбекова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г.Алматы	79
ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
ОСОБЕННОСТИ РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ ГЕМОПОЭЗА. Ж.Т.Молдагалиева НИИ радиационной медицины и экологии, г.Семей.	84
РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ГОМЕОСТАЗА В ИЗУЧЕНИИ РАДИАЦИОННЫХ ЭФФЕКТОВ. Ж.Т.Молдагалиева НИИ радиационной медицины и экологии, г.Семей.	87
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ. А.А.Мулюков Центральная клиническая больница Медицинского Центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, г.Алматы	89
ИССЛЕДОВАНИЕ СОРБЦИОННОЙ ЕМКОСТИ ЭРИТРОЦИТОВ КРОВИ НОВОРОЖДЕННЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРИНАТАЛЬНУЮ ГИПОКСИЮ. С.М. Кабиева Государственная медицинская академия, г.Караганда	91
КОРРЕКЦИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ. Л.М.Карсыбекова АО «БОФУР ИПСЕН ФАРМА», г.Алматы	92

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ СТРУКТУР ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭКЗОТОКСИКОЗЕ ХЛОРИСТЫМ КАДМИЕМ В ДОЗЕ ЗМГ И КОРРЕКЦИИ ЭНТЕРОСОРБЕНТОМ. А.К. Жаксылыкова Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы	98
ИСТОРИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН. С.А.Амиреев, К.Жандосов, К.Н.Набенов Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы	102
ДОКУМЕНТАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ СИСТЕМЫ МАРКЕТИНГА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ. Т.С.Джетибаев Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы	106
ВЛИЯНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОДЕРЖИМЫХ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА НА ОРГАНИЗМ ДЕТЕЙ. А.С.Кулимбетов. КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, г.Алматы	109
ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА, ВИЧ/СПИДА И ДРУГИХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
ПАРТНЕРСТВО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ШИРОКОМАСШТАБНЫХ АКЦИЙ, ПОСВЯЩЕННЫХ ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В КАЗАХСТАНЕ. Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толганбаева, Е.С. Белова, С.А.Усембаева Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, Национальный Центр проблем туберкулеза, г.Алматы	112
МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПО ВИЧ/СПИДУ В КАЗАХСТАНЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДИКАТОРОВ. М.А.Хасанова Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД	113
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ «ДОЗОРНОГО» ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА М.А.Хасанова Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД	117
СООБЩЕНИЯ ПРЕСС-СЛУЖБЫ НЦПФЗЖ	121
ВЛИЯНИЕ ЖАРЫ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА: ФАКТОРЫ РИСКА, МЕРЫ ПРОФИЛАКТИ- КИ. Р.С.Колокина, Н.А. Сулейманова Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни, г.Алматы	124



CONTENTS

PUBLIC HEALTH AND HEALTH CARE MANAGEMENT. OFFICIAL DOCUMENTS

DECISION OF THE GOVERNMENT OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN FROM 09.04.2009
№ 494 «ON APPROVAL OF STATE STANDARDS OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS
NETWORK OF REPUBLIC OF KAZAKHSTAN» 14

MONITORING OF PREVENTIVE EXAMINATIONS PROGRAM AMONG CHILD POPULATION
IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. K.A. Tulebayev, A. Z. Zhylkaydarova National
Center for problems of healthy lifestyle development MH RK, Almaty 18

MODERN STATUS OF OCCUPATIONAL RISK FORECASTING. J. T. Alpysbayeva
«Republican Scientific-Research Institute for Occupational Safety under Ministry
of Labour and population employment RK», Astana 21

PUBLIC MEDICINE - FOR PEOPLE'S HEALTH. R.N. Nurmukhanbetova, G.N. Serikbayeva,
Z.B. Rakisheva National Center for problems of healthy lifestyle development MH RK, Almaty 23

INFORMATION TECHNOLOGIES IN TREATMENT-DIAGNOSTIC PROCESS.
L.K. Kosherbaeva School of Public Health MH RK, Almaty 25

APPROACHES TO DETERMINING MEDICAL-SOCIAL AND ECONOMIC
EFFICIENCY OF PRACTICING HEALTHY LIFESTYLE AND HEALTH PROMOTION AMONG
POPULATION. T.S. Khaydarova National Center for problems of healthy
lifestyle development MHRK, Almaty 28

PROBLEMS AND WAYS OF IMPROVING EQUIPMENT OF MEDICAL
ORGANIZATIONS. D.K. Rakhimbekova National Center for problems of healthy
lifestyle development MHRK, Almaty 31

IMPROVEMENT OF FINANCIAL MECHANISMS FOR EQUIPMENT OF MEDICAL
ORGANIZATIONS. D.K. Rakhimbekova National Center for problems of healthy lifestyle
development MHRK, Almaty 34

THEORETICAL AND ORGANIZATIONAL ISSUES ON IMPROVEMENT OF HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT SYSTEM IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN AND OTHER COUNTRIES

MONITORING THE IMPLEMENTATION OF CANCER AND PRETUMOR DISEASES
SCREENING SURVEY AMONG WOMEN IN KAZAKHSTAN. K.A. Tulebayev, A. Z.
Zhylkaydarova National Center for problems of healthy lifestyle development MH RK, Almaty 37

PRELIMINARY RESULTS OF SURVEY SCREENING AMONG KAZAKHSTAN
POPULATION FOR DETECTION DISEASES OF BLOOD CIRCULATORY
SYSTEM AND BEHAVIORAL RISK FACTORS. K.A. Tulebayev, A. Z. Zhylkaydarova National
Center for problems of healthy lifestyle development MH RK, Almaty 41

ASSESSMENT OF FACTORS INFLUENCING POPULATION HEALTH. A.M. Aringazina, S.A. Egeubaeva, T.F. Balabaev School of Public Health MH RK, Almaty	44
RESULTS OF IDENTIFYING RELATIONSHIP BETWEEN DISEASE RATE AMONG STUDENTS AND RISK FACTORS M.A.Boleshov, N.A.Saribayeva South-Kazakhstan State medical academy, Shymkent	47
ASSESSMENT OF THE IMPACT OF HARMFUL ECOLOGICAL- HYGIENIC FACTORS OF SOUTH KAZAKHSTAN OBLAST ON DISEASE RATES AMONG MIGRANTS. A.A. Essaliyev Humanities Institute named after Saparbaev, South Kazakhstan oblast, Shymkent	49
FEATURES OF HEALTH FORMATION AMONG MIGRANT WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE AND THEIR CHILDREN. A.A. Essaliyev Humanities Institute named after Saparbaev, South Kazakhstan oblast, Shymkent	51
ROLE OF THE PUBLIC AND DOCTORS IN DISEASE PREVENTION AT PHC LEVEL AND HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT IN KAZAKHSTAN. T.S.Khaydarova, R.N. Nurmukhanbetova, A.A. Akimbaeva National Center for problems of healthy lifestyle development MH RK, Almaty	54
FEATURES OF ADDITIONAL MEDICAL EDUCATION OF DOCTORS IN HIGHLY DEVELOPED COUNTRIES OF THE WORLD. M.E. Abildaeva Kazakh National Medical University named after S.D. Asphendiyarov, Almaty	56
CONTEMPORARY ISSUES OF HEALTH AND HEALTHY LIFESTYLE DEVELOPMENT AMONG PUPILS. K.T. Myrzakhmetov, G.K. Kozhakhmetova, G.I. Dzhurgenova Oblast center for healthy lifestyle development Kyzylorda oblast, Kyzylorda	59
PREVENTION AT POPULATION AND INDIVIDUAL LEVELS. ROLE OF THE STATE, EMPLOYERS AND HUMAN BEING IN HEALTH PROTECTION	
METHODICAL APPROACHES TO PREVENTION OF SYMPTOMS OF LOWER URINARY TRACT AT OLDER MEN. AM Aringazina, E.A. Suleymenov School of Public Health MHRK, Almaty	62
PREVENTIVE AND DIAGNOSTIC ACTIVITIES AT SYMPTOMS OF LOWER URINARY TRACT ON PROSTATE BENIGN HYPERPLASIA. E.A. Suleymenov School of Public Health MHRK, Almaty	63
INTELLECTUAL LEVEL OF DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS. I. Z. Talipova West Kazakhstan State Medical Academy named after Marat Ospanov, Aktope	66
PREVENTION OF PERIODONTAL DISEASES. S. Z. Turarova, B. K. Kurmangaliyev, Z.B. Kalykova City clinical hospital №5, Almaty	69



INTERACTIVE METHOD OF HIV / AIDS PREVENTION - «SAFETY ROUTE».

N.A.Suleymanova, A.T. Shaykenova National Center for problems of healthy lifestyle development MHRK, Almaty 70

MODERN TECHNOLOGY FOR POPULATION HEALTH PROTECTION AND PROMOTION (primary, secondary and tertiary disease prevention)

THE STAIRS OF LIFE IS AMONG THE KEY DETERMINANTS OF PUPIL HEALTH OF MIDDLE AND OLDER SCHOOL AGE. Sh.Karzhaubayeva National Center for problems of healthy lifestyle development, Almaty 73

NON- MEDICAMENTOUS METHODS OF POPULATION HEALTH IMPROVEMENT. T.P. Paltusheva, G.A. Kuanyshbekova National Center for problems of healthy lifestyle development MHRK, Almaty 76

INFLUENCE OF CERTAIN BEHAVIORAL RISK FACTORS ON HEALTH OF YOUNG PEOPLE. T.P. Paltusheva, G.A. Kuanyshbekova National Center for problems of healthy lifestyle development MHRK, Almaty 79

PRACTICAL HEALTH CARE

CHARACTERISTICS OF RADIATION-INDUCED PATHOLOGY OF HEMOPOIESIS SYSTEM. Z.T. Moldagaliyeva Scientific-Research Institute of Radiation Medicine and Ecology, Semey. 84

THE ROLE OF COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF HOMEOSTASIS DISORDERS IN STUDYING RADIATION EFFECTS. Z.T. Moldagaliyeva Scientific-Research Institute of Radiation Medicine and Ecology, Semey. 87

FEATURES OF CLINICAL COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA. A.A. Mulyukov Central Clinical Hospital of Medical Center of the President of the Republic of Kazakhstan, Almaty 89

INVESTIGATION OF SORPTION CAPACITY OF BLOOD ERYTHROCYTES IN NEWBORNS, WHO HAD UNDERGONE THE PERINATAL HYPOXIA. S.M. Kabieva State Medical Academy, Karaganda 91

CORRECTION OF INTESTINES DYSBACTERIOSIS AMONG CHILDREN. L.M.Karsybekova «BOFOUR IPSEN PHARMA» JSC, Almaty 92

CYTOLOGICAL ANALYSIS OF SOME STRUCTURES OF LIVER LYMPH NODES ON CHRONIC EXPOSURE TO CADMIUM CHLORIDE AT 3MG DOSE AND CORRECTION WITH ENTEROSORBENT. A.K. Zhaksylykova Kazakh National Medical University named after S.D. Asphendiyarov, Almaty 98

HISTORY OF EPIDEMIOLOGY IN THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN. S.A. Amireev, K.Zhandosov, K.N. Nabenov Kazakh National Medical University named after S.D.Asphendiyarov, Almaty 102

DOCUMENTARY MARKETING SYSTEM EQUIPMENT IN DENTAL CLINIC. T.S. Dzhetibaev Kazakh National Medical University named after S.D. Asphendiyarov, Almaty	106
INFLUENCE OF PATHOLOGICAL ATMOSPHERIC AIR CONTENTS ON ORGANISMS OF CHILDREN. A.S. Kulimbetov. Kazakh National medical university named after S.D. Asphendiyarov, Almaty	109
PREVENTION OF TUBERCULOSIS, HIV/AIDS AND OTHER INFECTIOUS DISEASES	
PARTNERSHIP IN MASS CAMPAIGNS IMPLEMENTATION DEDICATED TO TUBERCULOSIS PREVENTION IN KAZAKHSTAN. R.S. Kolokina, N.A. Suleymanova, K.A. Tolganbaeva, E.S. Belova, S.A. Usembaeva National Center for problems of healthy lifestyle development, National Center for Tuberculosis Problems, Almaty	112
MONITORING AND EVALUATION OF THE PROGRAM ON HIV / AIDS IN KAZAKHSTAN WITH THE USE OF INDICATORS. M.A. Khasanova National Center for AIDS Prevention and Control	113
PROGNOSIS OF HIV INFECTION PREVALENCE ON THE BASIS OF «SENTINEL SURVEILLANCE» DATA OF EPIDEMIOLOGIC SURVEILLANCE M.A. Khasanova Republican Center for AIDS Prevention and Control	117
NCPHLD PRESS- SERVICE MESSAGES	121
INFLUENCE OF HOT WEATHER ON HUMAN BODY: RISK FACTORS, PREVENTION ACTIONS. R.S. Kolokina, N.A. Suleimanova National Center for problems of healthy lifestyle development, Almaty	124



**Постановление Правительства
Республики Казахстан
от 9 апреля 2009 года
№494 _____**

**Об утверждении государственного норматива сети
организаций здравоохранения Республики Казахстан**

В соответствии с подпунктом 8) статьи 6 Закона Республики Казахстан от 4 июня 2003 года «О системе здравоохранения» Правительство Республики Казахстан ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемый государственный норматив сети организаций здравоохранения Республики Казахстан (далее – государственный норматив).

2. Акимам областей, городов Астаны и Алматы:

1) привести номенклатуру существующей сети организаций здравоохранения в соответствие с настоящим государственным нормативом до 1 января 2011 года;

2) обеспечить предоставление информации по реализации данного постановления в Министерство здравоохранения Республики Казахстан до 15 января 2010 и 2011 годов.

3. Министерству здравоохранения Республики Казахстан предоставить сводную информацию о выполненных мероприятиях в Правительство Республики Казахстан до 25 января 2011 года.

4. Признать утратившими силу:

1) постановление Правительства Республики Казахстан от 26 апреля 1999 года №472 «О мерах по улучшению первичной медико-санитарной помощи сельскому населению» (САПП Республики Казахстан, 1999г., №14, ст.148);

2) постановление Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2005 года №1304 «О мерах совершенствования первичной медико-санитарной помощи населению Республики Казахстан» (САПП Республики Казахстан, 2005г., №50, ст.642);

3) постановление Правительства Республики Казахстан от 5 февраля 2008 года №102 «О внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 28 декабря 2005 года №1304» (САПП Республики Казахстан, 2008г., №5, ст.56).

**Государственный норматив
сети организаций здравоохранения Республики Казахстан**

В зависимости от плотности населения и отдаленности населенных пунктов создается следующая сеть организаций здравоохранения:

1. Организации здравоохранения, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (далее - ПМСП):

1) районная поликлиника (далее - РП) создается в районном центре с количеством проживаю-



щего населения в районе более 30000 (тридцать тысяч) человек и включает в себя консультативно-диагностическое отделение, отделение общей практики и/или участковой службы, станцию (отделение) скорой медицинской помощи, а также структурные подразделения, оказывающие ПМСП:

медицинский пункт создается в сельских населенных пунктах (далее - СНП) с количеством прикрепленного населения до 800 (восемьсот) человек;

фельдшерско-акушерский пункт создается в СНП с количеством прикрепленного населения от 800 (восемьсот) до 2000 (две тысячи) человек;

врачебная амбулатория создается в СНП с количеством прикрепленного населения от 2000 (две тысячи) до 10000 (десять тысяч) человек;

сельская поликлиника создается в СНП компактного проживания населения с численностью от 10000 (десять тысяч) человек и более.

В районном центре с количеством проживающего населения в районе менее 30000 (тридцать тысяч) человек РП создается как структурное подразделение центральной районной больницы;

2) городская поликлиника (далее - ГП) создается в городах с численностью прикрепленного населения более 30000 (тридцать тысяч) человек и включает в себя консультативно-диагностическое отделение, отделение общей практики и/или участковой службы;

3) врачебная амбулатория создается в городах как структурное подразделение ГП с численностью прикрепленного населения менее 30000 (тридцать тысяч) человек.

2. Организации здравоохранения, оказывающие консультативно-диагностическую помощь:

1) в столице и городе республиканского значения создается консультативно-диагностический центр как самостоятельное юридическое лицо;

2) в областных центрах консультативно-диагностический центр создается как структурное подразделение областной больницы.

3. Организации здравоохранения, оказывающие скорую медицинскую помощь:

1) в городах с количеством проживающего населения более 100000 (сто тысяч) человек, областных центрах, городе республиканского значения, столице создается станция скорой медицинской помощи;

2) в городах с количеством проживающего населения менее 100000 (сто тысяч) человек станция скорой медицинской помощи создается как структурное подразделение поликлиники.

4. Организации здравоохранения, осуществляющие деятельность в области формирования здорового образа жизни:

1) в областных центрах, городе республиканского значения и столице создается центр формирования здорового образа жизни (далее-ЦФЗОЖ);

2) в районном центре ЦФЗОЖ создается как структурное подразделение областного ЦФЗОЖ.

5. Организации здравоохранения, оказывающие стационарную помощь:

1) центральная районная больница (далее-ЦРБ) создается в районном центре и представлена в виде многопрофильного стационара, в состав которой структурно входят детское, родильное, профильные и инфекционное отделения, а также сельская больница. Сельская больница создается в отдельных СНП с численностью проживающего населения не менее 5000 (пять тысяч) человек с учетом местных особенностей, включая климатно-географические условия, как структурное подразделение ЦРБ;

2) межрайонная больница создается в одном из СНП на несколько районов с количеством проживающего населения менее 20000 (двадцать тысяч) человек;

3) городская больница (далее ГБ) создается в виде многопрофильного стационара, в состав которой структурно входят детское, родильное, профильные и инфекционное отделения;

4) городская детская больница создается в городах с количеством проживающего населения более 100000 (сто тысяч) человек в виде многопрофильного стационара, в состав которой структурно входят профильные и инфекционное отделения.



В городах с количеством проживающего населения менее 100000 (сто тысяч) человек создается детское отделение при ГБ.

5) областная больница создается в виде многопрофильного стационара, в состав которой структурно входят консультативно-диагностическое, родильное, инфекционное и соматические отделения, отделение оказания экстренной медицинской помощи гражданам в труднодоступных местностях (санитарная авиация);

6) областная детская больница создается в виде многопрофильного стационара, в состав которой структурно входят профильные и инфекционные отделения;

7) перинатальный центр создается в областных центрах, городе республиканского значения, столице.

6. Организации здравоохранения, осуществляющие деятельность в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения:

1) в областных центрах, городе республиканского значения и столице создается центр санитарно-эпидемиологической экспертизы;

2) на республиканском уровне создается санитарно-эпидемиологическая станция;

3) на областном уровне создается противочумная станция.

7. Аптека, аптечные пункты, аптечные склады, осуществляющие фармацевтическую деятельность, создается как структурное подразделение организаций здравоохранения.

8. Научные организации в области здравоохранения (национальный и научный центры, научный центры, научно-исследовательский институт) создаются на республиканском уровне, в городе республиканского значения и столице.

9. Организации образования в области здравоохранения (организации среднего медицинского и фармацевтического образования, организации высшего и последиplomного медицинского и фармацевтического образования) создаются на республиканском, городе республиканского значения, столице, областном, районном (городе районного значения) уровнях.

10. Организации здравоохранения, осуществляющие деятельность в области службы крови, судебной медицины:

1) на областном и республиканском уровнях, в городе республиканского значения и столице создается центр крови;

2) на республиканском уровне с филиалами в областных центрах создается центр судебной медицины.

11. Иные организации здравоохранения, предусмотренные законодательством Республики Казахстан:

1) на районном и областном уровнях, в городе республиканского значения и столице создается противотуберкулезный диспансер (больница);

2) в областных центрах, городе республиканского значения и столице создается онкологический диспансер;

3) в областных центрах, городе республиканского значения и столице создается наркологическая лечебно-профилактическая организации;

4) в областных центрах, городе республиканского значения и столице создается психиатрическая лечебно-профилактическая организация;

5) в областных центрах, городе республиканского значения и столице создается кожно-венерологический диспансер;

6) в областных центрах, городе республиканского значения и столице создается центр по профилактике и борьбе со СПИД;

7) на республиканском уровне создается лепрозорий;

8) на областном и республиканском уровнях создаются специализированный санаторий, профилакторий, реабилитационный центр;



9) в городах районного значения, областных центрах, городе республиканского значения и столице создается дом ребенка;

10) в городах районного значения, областных центрах, городе республиканского значения и столице создаются больница сестринского ухода, хоспис;

11) на республиканском уровне создается медицинский холдинг;

12) по согласованию с уполномоченным органом в области здравоохранения создаются иные медицинские организации.



МОНИТОРИНГ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.

К.А.Тулебаев, А.Ж.Жылкайдарова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

С 2002 года в Казахстане разработана и внедрена программа скрининг обследования детей с 12 до 18 лет, направленные на профилактику, раннее выявление заболеваний с последующим динамическим наблюдением. В рамках Государственной программы реформирования и развития здравоохранения на 2005-2010 гг. с 2006 года начаты профилактические осмотры детей от 0 до 18 лет.

В 2009 году подлежит профилактическому осмотру 4338926 детей в возрасте 0-17 лет. За первые пять месяцев текущего года охвачено 45,6% подлежащих осмотру детей, за аналогичный период 2008 года – 39,8%.

Наиболее высокий уровень охвата запланированного контингента детей отмечен в Костанайской (55,8%), Западно-Казахстанской (53,1%), Павлодарской (52,3%) областях. Менее 40% от запланированного контингента в течение 5 месяцев осмотрено в Акмолинской (38,9%), Атырауской (34%) областях и г.Астане (35,9%).

За отчетный период выявлено 526193 детей с различной патологией, т.е. каждый четвертый осмотренный ребенок (26,6%) имеет какое-либо заболевание. За аналогичный период прошлого года выявлено 583060 больных детей, что составило 25,6% от числа осмотренных.

В Алматинской, Атырауской, Жамбылской и Южно-Казахстанской областях заболевания чаще выявляли среди сельских жителей – от 57% до 73,8% от числа выявленных больных. В Мангыстауской и Карагандинской областях три четверти выявленных больных составляли городские жители.

В возрастном аспекте отмечено четыре пика наибольшей выявляемости заболеваний: в возрастных группах 0-1 (25,3%), 11 лет (31,7%), 14 лет (32,5%) и 17 лет (30,4%). Аналогичные возрастные пики были отмечены и в первом квартале 2008 года. Среди сельских жителей первый пик отмечен в возрасте 2 года, затем следует 7-8

лет, 10 и 15 лет.

При анализе базы данных у 62729 больных детей выявлено 79838 заболеваний, т.е. один ребенок страдает двумя и более заболеваниями. У 79,4% детей выявлено одно заболевание, у 15,4% - два, у 4,04% - три, более трех заболеваний – у 1,2%. На рисунке 1 представлено распределение детей, имеющих одно и более заболеваний в разрезе областей. В г.Астане практически каждый второй ребенок имеет два и более диагнозов, в Павлодарской, Мангыстауской, Акмолинской, Восточно-Казахстанской областях, г.Алматы – каждый четвертый. Три и более диагнозов чаще регистрируется в г.Астана, Восточно-Казахстанской, Павлодарской, Мангыстауской, Акмолинской областях.

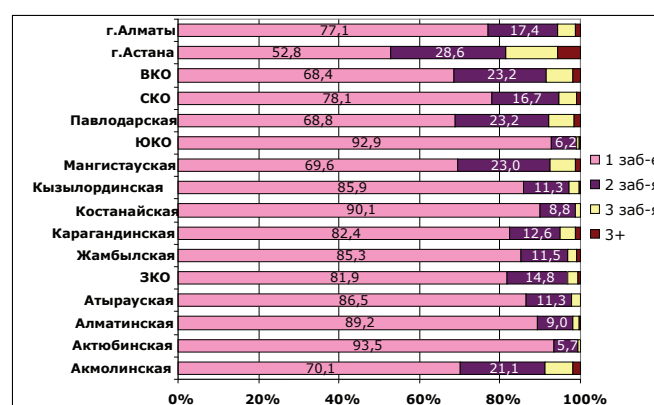


Рисунок 1. Удельный вес детей 0-17 лет с одним и более заболеваниями в разрезе по регионам.

За отчетный период оздоровлено более половины выявленных больных – 294065 ребенка (55,9%). Наиболее высокие коэффициенты оздоровления отмечены в Костанайской (76,4%), Павлодарской (69,7%), Карагандинской (67,2%), Западно-Казахстанской (62,8%) областях и г.Алматы (77,8%). Самый низкий показатель – до 40% - отмечен в Актюбинской области.

Первое ранговое место в структуре заболеваемости по данным первого квартала 2009 года, также как и в 2008 году, занимают болезни орга-

нов пищеварения – 35,3%, что на 39% больше, чем за аналогичный период прошлого года (рисунки 2). Удельный вес этой патологии неодинаков по регионам: от 13,9% в Карагандинской области (самый низкий показатель) до 83,7% в Акмолинской области (самый высокий показатель). Второе ранговое место занимают болезни крови и кроветворных органов – 15,11%, что на 17,1% больше данных прошлого года. Наибольший удельный вес зарегистрирован в Мангыстауской (33,2%), Южно-Казахстанской (31,45%) и Актюбинской областях (30,53%). Наименьший – в Акмолинской области (2,09%).

Далее следуют болезни органов дыхания (10,2%), глаза и его придатков (8,6%), нервной системы (6,5%). По сравнению с аналогичным периодом прошлого года отмечается значительное увеличение доли болезней органов пищеварения – с 21,6% до 35,3%, незначительное – болезней крови и кроветворных органов – с 12,5% до 15,1%. По остальным позициям при сохранении ранговых мест в структуре заболеваемости уровень 2009 года ниже, чем в 2008 году.

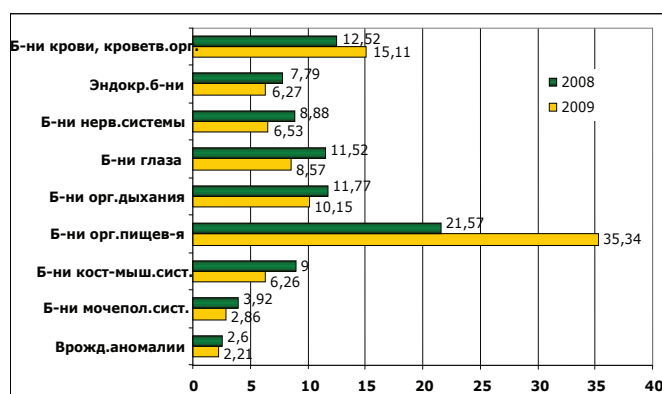


Рисунок 2. Структура заболеваемости детей 0-17 лет по основным классам заболеваний, выявленных за первый квартал 2009 года в сравнении с аналогичным периодом 2008 года.

Болезни органов пищеварения диагностировались у каждого третьего пациента в Кызылординской (37,1%), Западно-Казахстанской (34,7%), Южно-Казахстанской (31,7%) областях, у каждого четвертого – в Мангыстауской (28,3%), Алматинской (27,2%), Актюбинской (24,7%), Костанайской (23,1%) областях и г.Алматы (23,3%). Следует выделить Акмолинскую область, где у 8 из 10 осмотренных был выставлен диагноз заболевания органов пищеварения (83,7%).

Следующие по рангу болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм, диагностировались у каждого третьего больного в Южно-Казахстанской, Мангыстауской и Актюбинской областях, каждого пятого – в Атырауской, Кызылординской, Западно-Казахстанской и Жамбылской областях.

Заболеваемость болезнями органов дыхания значительно различается в разрезе областей. Так, в Алматинской области данный диагноз установлен у каждого четвертого пациента (25,1%), у каждого шестого – в Атырауской (17,4%), Карагандинской (16,3%) областях. Самый низкий удельный вес данной патологии среди детей 0-17 лет отмечается в Мангыстауской (0,97%) и Акмолинской (3,3%) областях.

Миопия чаще диагностировалась среди детского населения г.Алматы (18,9%), Карагандинской (15,5%), Мангыстауской (14,1%), Павлодарской (13,9%), Актюбинской (13,6%), Северо-Казахстанской (13,4%), Западно-Казахстанской (12,6%) и Атырауской (12,5%) областей, реже всего – в Акмолинской (1,95%), Южно-Казахстанской (2,9%), Алматинской (4,1%) областях.

Наиболее чаще болезни нервной системы диагностировались в Павлодарской (17,4%), Жамбылской (11,4%), Северо-Казахстанской (11,1%), Карагандинской (9,5%) областях и г.Алматы (12,3%).

Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ наиболее часто диагностировались в Костанайской (12,9%), Восточно-Казахстанской (9,5%), Северо-Казахстанской (9,4%) областях и г.Алматы (11,9%), реже – в Акмолинской (1,2%), Западно-Казахстанской (4,3%), Атырауской (4,4%), Жамбылской (4,5%), Южно-Казахстанской (4,7%) областях.

Среди болезней костно-мышечной системы в детском возрасте выделяют сколиозы, которые в дальнейшем способны формировать массу других заболеваний. Удельный вес диагностируемых сколиозов среди детей, прошедших профилактический осмотр, варьирует в различных областях от 0,08% (Атырауская) и 0,1% (Кызылординская) до 3% (Восточно-



Казахстанская, Карагандинская), 5% (г.Астана) и до 8,7% в Павлодарской области. Наиболее подверженной возрастной группой в развитии сколиозов являются школьники.

Заболевания органов мочеполовой системы наиболее часто диагностировались в Северо-Казахстанской, Восточно-Казахстанской, Павлодарской областях и г.Алматы (5,27-5,41%). Несколько реже – от 2,3% до 4,1% - в Кызылординской, Карагандинской, Западно-Казахстанской, Жамбылской, Алматинской и Актюбинской областях.

Нормальное физическое развитие имеют свыше 90% осмотренных детей. Наибольший процент нормального физического развития зарегистрирован в Южно-Казахстанской, Жамбылской областях и г.Алматы; наименьший – в г.Астана, Костанайской и Атырауской областях.

В центильном диапазоне по массе тела отклонения от нормы, которая равна 3-97 центилям, в 2008 году зарегистрированы у 8,16% здоровых детей, то есть у этих детей годовичная прибавка массы тела (кг в год) снижена. Это требует дальнейшего обследования для уточнения причины снижения центилей ниже 3 и постановки диагноза. Самые значимые отклонения в сторону уменьшения наблюдались в

Жамбылской – 20,69% и Костанайской областях – 15,7%. Выше 97 центилей зарегистрировано у 0,37% здоровых детей.

По длине тела отмечены следующие показатели: снижение ниже 3 центилей всего лишь у 0,59%, выше 97 центилей у 6,35% здоровых детей, то есть отклонения от нормы в ту или иную сторону приближаются к 7 %. В Акмолинской области 18,57% случаев находятся в диапазоне выше нормального значения (выше 97 центилей), что является самым высоким показателем. Самый низкий в г.Алматы – 4,11%.

Таким образом, среди всех осмотренных каждый четвертый имеет ту или иную патологию, в структуре выявленной патологии лидирующее место с большим отрывом занимают болезни органов пищеварения - 35,34%.

Учитывая возрастные пики выявленной патологии в возрастных группах 0-1 (25,3%), 11 лет (31,7%), 14 лет (32,5%) и 17 лет (30,4%) и с целью повышения качества, результативности и эффективности проводимых профилактических осмотров среди детей 0-17 лет целесообразно решить вопрос о выделении возрастных групп, приоритетных по раннему выявлению основных заболеваний, а также вернуться к внедрению скрининг методов.

ТҰЖЫРЫМ.

Балаларды туылған күнінен бастап 18 жасқа толғанға дейінгі ауруларын анықтап, одан кейін ылғый денсаулықтарын сақтау үшін бақылап тұру мақсатында профилактикалық тексеруден өткізу, ҚР 2005-2010 жж. денсаулық сақтау саласының дамуы мен реформалаудың Мемлекеттік бағдарламасының негізгі шараларының бірі болып есептелінеді.

Мақалады 2009 жылдың 5 айдағы алдын ала тексерудің нәтижесі көрсетілді, онда балалардың дене бітімінің дамуы, анықталған ауытқулардың деңгейі мен құрамы және тұрғылықты жердің ерекшеліктері көрсетілді. Балалардың профилактикалық тексеруін жетілдіретін жолдары ұсынылды.

SUMMARY

Preventive examinations of children from 0 to 18, to early detection of disease, followed by dynamic monitoring and health improvement are one of the main activities in the frame of State Program of Health Care Reform and Development of Kazakhstan for 2005-2010.

The article presents preliminary results for 5 months of 2009, in particular, the level and structure of identified pathology and physical development of children, and regional peculiarities. Ways of improving the effectiveness of preventive examinations among children are presented.



СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РИСКА.

Ж.Т.Алпысбаева
РГКП «Республиканский научно-исследовательский институт
по охране труда РК»

В настоящее время, приоритетным в числе проблемных вопросов общества является сохранения трудовых ресурсов страны как важнейшей производительной силы, а эти вопросы нельзя решить без улучшения условий труда и состояния здоровья трудового потенциала страны. Именно трудоспособное население подвергается воздействию сложного комплекса неблагоприятных производственных и социальных факторов, негативно отражающихся на его здоровье.

Использование концепции профессионального риска (ПР) позволяет учитывать не только профессиональную заболеваемость работников как основной показатель специфического воздействия вредных производственных факторов, но и сохранение жизни, здоровья, функциональных способностей организма, продолжительности предстоящей жизни работника и, что особенно важно, - здоровья будущих поколений, а количественная оценка риска дает возможность выбора приоритетных профилактических мероприятий с последующей оценкой их эффективности.

Парадигма профессионального риска позволяет анализировать и ранжировать значимость для здоровья работника не только профессиональных, но и общих заболеваний, учитывая, что значительное количество их сегодня может быть отнесено к группе так называемых профессионально обусловленных болезней, которые в существенной мере определяют в целом уровень здоровья работающего населения (1).

Оценка риска – это процесс, итогом которого является расчет или оценка риска для данной системы в результате воздействия конкретного фактора, с учетом характеристик, присущих как фактору, так и самой системе.

Управление риском – это процесс принятия решения, который наряду с информацией по

оценке риска учитывает политические, социальные, экономические соображения, а также технические факторы, обусловленные особенностями производства. Конечной целью управления риском являются: разработка мер по его минимизации, сравнительный анализ вариантов возможных решений и реализация оптимальных действий для защиты работника от соответствующей опасности.

Используя методику оценки профессионального риска, можно определить безопасный срок работы при воздействии неблагоприятных факторов труда. Ранжирование по группам риска позволяет выявить контингент работников с повышенным уровнем воздействия профессиональных вредностей.

Для оценки уровня риска людей, работающих на производстве алюминия проведена гигиеническая оценка условий труда. На основе полученных данных создана персонифицированная база данных и рассчитаны профессиональные риски фтористой интоксикации у 1162 работников, занятых в неблагоприятных условиях труда. Основным критерием для выделения групп риска по медицинским показаниям стало отклонение минеральной плотности костной ткани (МПКТ) как в сторону гиперминерализации, так и в сторону гипоминерализации.

Используя методику оценки профессионального риска, определен безопасный срок работы при воздействии неблагоприятных факторов труда, осуществлен прогноз уровня профзаболеваемости, проведена оценка эффективности мероприятий по улучшению условий труда, планируется лечебно-профилактическая работа (2).

Одним из эффективных направлений сохранения профессионального здоровья может быть защита работающих во вредных условиях временем, а именно, внедрение допустимого срока



работы в зависимости от интенсивности действия вредных производственных факторов.

Разработана инструкция по определению допустимых сроков работы в условиях действия вредных производственных факторов (пыль, шум, вибрация) в различных отраслях производства. Инструкция устанавливает порядок определения допустимых сроков работы во вредных условиях на основе оценки вероятности развития профессиональных заболеваний в зависимости от стажа/дозы, учитывающей уровни и время действия производственных факторов. В инструкции рассчитаны величины допустимого стажа работы во вредных условиях при риске возникновения профзаболевания до 10%. Этому уровню риска у забойщиков угольных шахт пылевой патологии соответствует стаж 7-12 лет и 6-10 лет по шумовибрационной патологии. Для проходчиков и ГРОЗ- 12-15 лет и 17 лет, соответственно (3).

В свете современных концепций ВОЗ, МОТ разработаны методология и принципиальные подходы и методы оценки профессионального риска. Оценка ПР как меры вероятности повреждения здоровья и тяжести последствий в результате неблагоприятного влияния факторов производственной среды и трудового процесса, как правило, проводится с учетом их экспозиции и показателей нарушения здоровья.

Апробация методов определения ПР нарушения здоровья проведена на примере ведущих предприятий Восточной Сибири и Крайнего Севера. На основе моделирования зависимостей распределения числа горнорабочих с различными профзаболеваниями от стажа работы был выявлен ряд закономерностей. Наибольшая выявляемость больных с вибрационной болезнью на шахтах Севера отмечается при стаже 10 лет,

с пылевой патологией – при стаже 14 лет, с тугоухостью – при стаже 16 лет. При дальнейшем росте стажа количество выявленных больных заметно снижается, что связано с уменьшением числа стажированных рабочих на данном производстве.

Обеспечение права работника на труд без риска потери здоровья является приоритетным направлением политики в области безопасности и охраны труда. Внедрение новых технологий, призванных обеспечить профилактику развития неблагоприятных изменений здоровья работающих людей,- социально значимая задача. Перспективной является разработка новых методов профилактики профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний и на основе теории риска, с использованием компьютерных технологий, современных методов оценки состояния здоровья и его коррекции.

Литература:

1. Измеров Н.Ф. Оценка профессионального риска и управление им – основа профилактики в медицине труда //«Гигиена и санитария», 2006, №5, С.14-16);

2. И.П. Данилов, В.В. Захаренков Мониторинг профессионального риска как инструмент охраны здоровья работающих во вредных условиях труда //Гигиена и санитария.-2007.-№3.-С.49-50.

3. Тепловат Е., Шаптала А.В., Волынько Т., Мухина И. Обоснование допустимых сроков работы во вредных условиях с учетом профессиональных рисков// Материалы VВсероссийского конгресса «Профессия и здоровье». М., 2006;

4. С.Ф. Шаяхметов, М.П. Дьякович Методические аспекты оценки профессионального риска работающих //Медицина труда и промышленная экология.-2007.-№6.-С.21-26.

ТҰЖЫРЫМ.

Жұмысшы еңбек істегенде денсаулығына еш зиянын тигізбейтін құқықпен қамтамасыз етуі, қауіпсіздік саясатының және еңбекті қорғаудың басты бағыты болып есептелінеді.

Жаңа технологияларды енгізу, жұмыс істеуші адамдардың денсаулығына қолайсыз өзгерулердің болмауы үшін профилактикалық шараларды қолдану - елеуметтік ең маңызды мақсат.

Кәсіпшілік профилактикалық және кәсіпшілік аурулардан сақтандыру жаңа әдістерін жасау және оның негізгі



тәуекел теорияларында компьютерлік технологияларды қолдануымен қатар денсаулық күй-жағдайларында жаңа әдістерін өңдеу келешектегі жұмыстың сапалы болуына әсер береді.

SUMMARY

Ensuring the rights of employee to labour without risk for health loss is a priority for policy on labour security and safety. Introduction of new technologies designed to prevent the development of adverse health effects among working people is a social problem. The development of new methods of occupational diseases prevention based on theory of risk is a promising direction including the use of computer technology, modern methods of health status assesment and its correction.

ҚАУЫМДЫҚ МЕДИЦИНА - ХАЛЫҚ ИГІЛІГІНЕ АРНАЛАДЫ

Р.Н.Нұрмұханбетова, Г.Н.Серікбаева, З.Б. Ракишева

Салауатты өмір салтын қалыптастыру мәселелері Ұлттық Орталығы

Басты байлық – денсаулық дегендей, қай уақытта да адамзаттың ең басты көздеген мақсаты тек денсаулықты қорғау болып қала бермек. Дәрігер саласында демографиялық көрсеткіштермен сипатталатын адам денсаулығының жалпы жағдайы – кез келген елдің дамуының өркениеттілік даму деңгейін айқындайтын, әлеуметтік пен экономикалық жағдайларының кепілдікті негізі бола алады.

Қазіргі демократиялық кезеңдегі еліміз тәуелсіздік алғалы бергі он сегіз жыл уақыт зымырап өте шыққанын бірі-сезсе бірі сезбей қалған уақыт болды ғой. Уақыт көзді ашып шыққанша өте шығатын құбылыс екенін осыдан да бір байқауға болды. Халқымыздың өмірінде және соның ішіндегі қауымдық денсаулық сақтау істерінде де көптеген өзгерістер мен жетістіктер болып жатыр. Өзгерістер жалпы денсаулық сақтау саласын да әсерін тигізіп жатыр деуге болады. Әсіресе, жүйкені зақымдайтын ішімдік заттарын қолданудың негізінде 2007 жылмен салыстырғанда 2008 жылы жүз мың адамға есептегенде 12 пайызға өскені байқалады. Бұл пайыз мөлшері жүйкені зақымдайтын ішімдік заттарын алғашқы қолданғандардың арасында анықталған себептер қатарына жатады [1]. Уақыт шіркін тез өтеді. Кейде бір әңгімелесіп отырған кезінде «адамның өмір - бұл жалған дүниеде» - деп айтылудың бекер емесітігін осы зымырап өтіп бара жатқан уақытқа қарап айтатын шығар

дейсің. Сол – «көзід ашып жұмғанша» ғана өте шығатын адамның қысқа өмірінде араққа тойып алып, өмірінің алтын уақытын мас болумен текке жіберетін, осы өмірге адаммын деп келіп адам кейпінен ауытқып кетеін маскүнемдерге қарап ішің ашиды.

Сондықтан, халық арасында аурудың алдын алу арқылы денсаулықты нығайту шараларын қарқынды ұйымдастыру қажет екені ылғи айқайлап тұрады. Ол шара іске асырылып та жатыр. Атап айтқанда, біздің Ұлттық орталықтың қызметкерлерінің ұйымдастыруымен туберкулез ауруының алдын алу, нашақорлық пен ішімдікке салынып кетпес үшін тұрақты түрде тренингілер, дебаттар, акциялар өткізіліп тұрады. Онда аурудың қандай салдарлары болатынын және одан қалай сақтану керектігі толығымен айтылады. Сонымен қатар бейне материалдар да жиі-жиі көрсетіледі.

Салауатты өмір сүру салтын қалыптастыру мәселелерінің жалпы жұмыс бағыты әлеуметтік маңызы бар аурулардың алдын алу шараларын іске асыру бағытында жұмыс істейтін болғандықтан, ең басты мақсат халық арасындағы үгіт-насихат жұмысын жақсы жүргізу болып саналады. Балалар мен жасөспірімдер және үлкендер арасында әңгімелесу, көрнекі түрде плакаттар мен кітапшалар таратумен қатар арнайы тақырыптарда дәрістер де өткізіледі.

Халық арасында қаншалықты жиі шығып,



әлеуметтік маңызы бар туберкулез, туа біткен және жүре пайда болған жүрек ақаулары, нашақорлық пен ішімдік, жүре пайда болған иммунитет жетіспеушілігі ауруларының алдын алу шараларын жеткілікті тұрғыда дәріс беріп тұрудың маңызы зор және айтайрықтай сапасы болатындығын осы бағытта жұмыс істеп жүрген мамандар растап отыр. Себебі сондай дәрістен кейін адамдар арасында түсінбеген сұрақтарын қайта-қайта тәпшітеп жатқан адамдар саны көбеюде.

Жас-өспірімдер арасында ішімдік пен нашақорлықтың көбейіп кетуіне бірден-бір себеп мектеп жасындағы балаларға арналған әр-салалы әр-тақырыпты кружоктардың, спорт секцияларының, лагерьлердің және аула алаңдарының мүлде жоқтығы.

Кеңестер уақытында сегізжылдық және онжылдық мектепті бітірген жастар мен жас-өспірімдер жоғарғы білім алатын оқу орнына оқуға түсе алмаған жағдайда Ауылдық және Мемлекеттік көппрофильдік-техникалық училищелерге (СПТУ және ГПТУ) барып арнайы орта мамандықта білім ала алатын, мектеп балаларына арналған лагерьлер жұмыс істейтін. Осы лагерьлерге әр-тоқсан аяқталған сайын да жіберуге болатын орындар болған. Осындай жағдайлар жас-өспірімдер мен жастардың бос уақыттарын текке өткізбей, басқалай денсаулыққа зияны бар заттармен айналысуларына мүмкіндіктер берілмейтін. Осындай ұйымдастыру шараларының әлеуметтік маңызы бар аурулардың алдын алуға өте зор әсерін тигізетін. Қазіргі уақытта бұның бәрі тек сөз ретінде ғана жүргізіліп жатыр. Соның негізінде әлеуметтік маңызы бар аурулардың азаюы мүмкін болмай тұр.

«Ел боламын десең бесігіңді түзе» демей ме? Ауылды жердегі тұрғылықты адамдар біздің алтын бесігіміз және әлеуметтік байлығымыз. Ауылды жерлердегі ауыл-селолардың бір-бірінен

алшақ орналасуы, тұрғындардың ақпараттық алмасуларына кедергі тигізетіні сөзсіз түсінікті. Сол кезде радио мен теледидар арқылы ақпарат алулары арқылы көптеген аурулардың алдын алатын шараларды естіп немесе көріп білулеріне болады. Әрине, қазіргі уақыттан он жеті жыл бұрынғы уақытпен салыстыратын болсақ, қазіргі уақытта құдайға-шүкір әжептеуір алға жылжығандық бар. Ауылда - жарықта бар, радио мен көгілдір экрандарынмен күндегілікті хабарды тыңдап, біліп тұрады. Дегенмен де ауылдағы жастар мен жас-өспірімдер арасында салауатты өмір салты туралы мәселерді әлі де болса жақсартуды қажет екендігі сезіліп тұрады [2].

Салауатты өмір сүруді қажетті деңгейге көтеріп, жақсы салалы дамыту үшін осы мәселемен айналысатын арнайы мамандармен қатар жергілікті денсаулық сақтау мекемелері, милиция, мектеп, діни ұйымдар және ата-аналарымен бірігіп тығыз қатынаста жұмыс істеу керек. Соған қоса халықтың әлеуметтік тұрмыс-жағдайын жақсартуға тиісі бар барлық мекемелердің де мамандарымен бірігіп жұмыс жүргізу керектігі қазіргі уақыттың талабы болып тұрғаны анықталуда.

Халықтың әлеуметтік тұрмыс-жағдайы тек сол халықтың мемлекетінің ғана тарапынан көрсетілетін көмек арқылы ғана жөнделе салмай бүкіл дүниежүзілік қауымдастық болып күресу керек екендігін дәлелдеп жатыр. Осы жолда әсіресе Қазақстанмен шекаралас жатқан туыстас және достық қатынастағы Қырғызстан, Өзбекстан, Ресей және Қытай мемлекеттерімен бірігіп жүргізіп жатқан нашаны өткізбеу, ал ішімдік заттарының сапасыздықтарына тексеру жүргізу жұмыстары ашық түрде көгілдір экраннан көрсетіліп және радиомен хабар беріліп жататындығы оң нәтижесін берер деген ниеттеміз.

РЕЗЮМЕ

Общественное здоровье Казахстана направлено на организацию профилактических и лечебных мероприятий и имеет своей целью охрану здоровья, сохранение трудоспособности и долголетие его граждан.

**SUMMARY**

Public health of Kazakhstan is directed on the organization of preventive and medical actions and has the purpose of health protection, preservation of work capacity and longevity of the citizens.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ.

Л.К. Кошербаева Высшая Школа общественного здравоохранения МЗ РК

В Программе «Казakhstan-2030» Президент Республики Казахстан (РК) отметил, что необходимо улучшение информационного обеспечения в стране, создание и внедрение собственной независимой и эффективной системы телекоммуникационных услуг, конкурентоспособной нации с аналогичными инфраструктурами развитых стран мира [1].

В послании Президента страны народу Казахстана от 28.02.2007 г. «Новый Казахстан в новом мире» определены 30 важнейших направлений внутренней и внешней политики. В 21 и 24 направлениях главных приоритетов Нового этапа всесторонней модернизации Казахстана Президент отметил необходимость проведения тщательного анализа результатов работы по созданию «электронного правительства» [2].

В настоящее время трудно представить совершенствование системы здравоохранения без комплексной разработки и внедрения в медицинскую деятельность информационных технологий (ИТ).

Популярность ИТ возрастает, потребность в их применении все больше испытывают специалисты разного профиля: врачи, организаторы, здравоохранения, технологические и информационные службы лечебно-профилактических организаций (ЛПО).

Информационные и телекоммуникационные технологии, являясь сегодня одной из основных движущих сил в торговле, экономике и политике, имеют равноважное значение для здравоохранения. Развитие адекватных недо-

рогих телекоммуникационных инфраструктур может помочь обеспечить равный доступ к медицинской помощи богатым и бедным. Конечно, здесь много проблем: защита информации, международные стандарты, этические, правовые аспекты, вопросы обучения. Однако можно утверждать, что информационная революция радикально преобразует технологию медицинского обслуживания.

В настоящее время в мире известны более 250 проектов, связанных с информационными технологиями в здравоохранении, которые по своему характеру делятся на клинические (подавляющее большинство), образовательные, информационные и аналитические. По географической распространенности проекты распадаются на: местные (локальные внутри одного учреждения, их 27%), региональные (40%), общенациональные (16%) и международные (17%). Многие проекты являются многоцелевыми, в половине случаев (48%) они связаны с телеобразованием и телеобучением. В каждом четвертом проекте новые каналы передачи информации используются для нужд управления и администрации. В 23% телемедицина используется для медицинского обслуживания жителей сельских и удаленных районов.

Использование Интернет и телекоммуникационных технологий стало неотъемлемой частью медицинской науки и практики, оно влияет на поведение врачей. Так, выборочный опрос 400 американских врачей в марте 2001 г. показал, что 356 из них (89%) регулярно пользуют-



ся Интернет для пополнения своих знаний, для повышения эффективности работы и для контактов с пациентами. Информация из Интернет в определенной мере влияет на диагнозы, которые ставят врачи и на выбор лекарств, которые они прописывают своим пациентам [3].

Для совершенствования системы здравоохранения необходимо развитие инфраструктуры связи и телекоммуникационных технологий. Поэтому особую актуальность приобретает внедрение в медицинскую практику новых форм и технологий организации оказания медицинской помощи [4].

Информационные ресурсы - новый самый ценный и динамичный вид медико-производственных ресурсов. Несмотря на экономический кризис в Республике Казахстан (РК) все эти годы быстрыми темпами развивается технико-технологическая база информатизации здравоохранения, растет сеть информационно-коммуникационных структур, ориентированных как на работников здравоохранения, так и на конечных потребителей их услуг и товаров медицинского назначения граждан РК [5].

В Концепции государственной информационной политики Российской Федерации представлены содержание и основные объекты Государственной информационной политики, ее воздействие на различные области общественной жизни и актуальные проблемы построения в России информационного общества.

Предложены также основы для решения таких крупных задач, как формирование единого информационного пространства России и ее вхождение в мировое информационное пространство, обеспечение информационной безопасности личности, общества и государства, формирование демократически ориентированного массового сознания, становление отрасли информационных услуг, расширение правового поля регулирования общественных отношений, в том числе связанных с получением, распространением и использованием информации [6].

Разработка автоматизированных рабочих мест (АРМ) специалистов медицинского профиля, уточнение их состава и создание профильного программного обеспечения (ППО) служит основой для реорганизации лечебно-диагностического процесса (ЛДП).

Результатом исследований Н.Н. Кайдаковой [7] явилось создание и внедрение единой информационной системы в Центральной больнице Медицинского Центра Управления делами Президента Республики Казахстан. В больнице автоматизирована повседневная деятельность, созданы и функционируют комплексы программ, обеспечивающие учет, хранение и анализ информации в приемном отделении больницы, поликлинике, стационаре, лаборатории, отделениях статистики, бухгалтерии, архиве, отделе кадров. Объединение комплексов в единую информационную систему больницы позволило оптимизировать процесс контроля и управления, ускорить реализацию управленческих решений, обеспечить как эффективный контроль за использованием ресурсов, так и современный уровень планирования.

Программное обеспечение в Центральной больнице Медицинского Центра Управления делами Президента Республики Казахстан (ЦБМЦУДП РК) состоит из 8 основных модулей и предназначена для комплексной автоматизации документооборота медицинских служб: АРМ «Регистратура», АРМ «врач поликлиники», АРМ «Врач скорой помощи», АРМ «лаборатория», АРМ «диагностика», АРМ «Касса», АРМ «Статистика» и АРМ «Интеграция с бухгалтерией» и таким образом, предложенная организационно техническая модель комплексной автоматизации предусматривает быстрый доступ к необходимой информации путем использования: [8]

- Электронных историй болезни;
- Полных сведений о предыдущем лечении;
- Информации о результатах диагностических исследований;
- Результатов проводимых лечебных процедур, включая применение лекарственных средств;
- Сведения о медицинском страховании и.т.д.

В работе Н.Ж. Асылова, В.М. Погребницкого [9] подчеркивается, что современные информационные системы ориентированы не на отдельные функции, а на процессы, т.е. объектом управления становятся сквозные материальные, финансовые и информационные потоки.



Поэтому возникает потребность оценивать не локальные «успехи» в автоматизации отдельных участков деятельности, а вклад автоматизации в успешность деятельности организации в целом. Современное состояние информатизации в здравоохранении Республики Казахстан позволяет перейти от автоматизации отдельных процессов учета медицинских услуг к созданию интегрированных информационных систем, обладающих аналитическим механизмом для правильного принятия решений. Функционирование системы позволит выбирать наиболее рациональные управленческие решения для оптимального и экономического использования ресурсов здравоохранения. Это главный элемент повышения эффективности деятельности лечебных учреждений.

Оценивая сложившуюся систему информационного обеспечения в области охраны здоровья населения, ее соответствие современным задачам здравоохранения М.Б. Калажанов [10] отмечает, что в текущей статистике общей заболеваемости населения имеет место избыточность информации при ее малой надежности и низких возможностях для анализа и профилактической работы. Так как самостоятельное финансирование информационной подготовки еще не вполне определенного в своей масштабности и направленности проекта, как правило, отсутствует, затраты на получение информации в здравоохранении сводятся до минимума путем использования только имеющихся документов регистрации болезней. Затраты на ее получение сводятся к переносу медицинских данных на специальные формуляры и их последующей обработке. В настоящих условиях это могут быть электронные носители с выдачей аналитических данных. С целью упрощения процедуры сбора и анализа статистических данных в здравоохранении автор предлагает кодировку физических (пациенты) и юридических (лечебные организации) лиц. По мнению автора, это позволило бы решить часть задач:

1. регистрации населения в медицинских целях, создания банка данных здоровья населения

2. учета и анализа лечебной деятельности каждого врача, отделения, лечебно-

профилактической организации и создания банка данных на каждом из этих уровней

3. функционирования оперативной системы контроля качества медицинской помощи в автоматизированном режиме

4. предоставления систематической отчетности в вышестоящие органы здравоохранения.

В.П.Маджуга и соавт. [11] в работе по новым технологиям в информационной системе отрасли здравоохранения Республики Казахстан отмечают, что все процессы, осуществляемые в отрасли здравоохранения, невозможны без информационного сопровождения, которое включает в себя формирование, обработку и анализ статистических данных, и их мониторинг.

Мы склоняемся к точке зрения авторов, что необходимо интенсифицировать работу по введению новых технологий по созданию Единой Информационной Системы (ЕИС) отрасли здравоохранения. Основная цель ЕИС - обеспечение многоспекторного анализа деятельности лечебно-профилактической организации с возможностью привязки этих данных к информации о затратах подразделений, для определения профилактических мероприятий по работе с прикрепленным населением, выработки управленческих решений для минимизации затрат на оказании медицинской помощи и обеспечения эффективного функционирования медицинской организации.

Литература:

1. Послание Президента Республики Казахстан от 10.10.1997 г. «Казахстан-2030: Процветание, безопасность и улучшение благосостояния всех казахстанцев».

2. Послание Президента страны народу Казахстана от 28.02.2007 г. «Новый Казахстан в новом мире»

3. American Medical Informatic Association, Annual report AMIA. www.amia.org.

4. Антонов Д.П., Беляков В.К. Перспективы применения современных информационных и телекоммуникационных технологий в системе здравоохранения РФ. Источники финансирования и развития региональной телемедицины. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2002. №3. - С.21-25.

5. Галахов Г., Шиленко Ю. Информацион-



ные ресурсы здравоохранения // Медицинский вестник. — 2003. - №11.

6. Россия: Концепция государственной информационной политики Российской Федерации, 1997 (Интернет публикация)

7. Кайдакова Н.Н. Создание единой информационной системы Центральной больницы // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением.-Алматы, 1998.-№ 7.-С.47-49

8. Абдрахманов А.А., Бекбосынов Т.К., дерновой А.Г., Ибраев С.Е., Рамазанов А.М. Перспективы применения информационных технологий в системе здравоохранения // Информационные вестники Медицинского Центра управления делами Президента Республики Казахстан. Астана-2002 - №4 - С.21.

9. Асыллов Н.Ж., Погребницкий В.М. Реализация вопросов управления при информатизации здравоохранения // Проблемы социальной

медицины и управления здравоохранением. Алматы, 2006.-№40.-С.21-24

10. Калажанов М.Б. О новых подходах к исполнению Указа Президента Республики Казахстан «О государственной программе формирования и развития национальной информационной структуры Республики Казахстан» // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением.-Алматы, 2002. -№24. -С.46-47

11. Маджуга В.П., Садыков А.А., Даржуманова К.М., Кусанова А.Б., Айтмуханов А.А. Новые технологии в информационной системе отрасли здравоохранения Республики Казахстан // В кн.: Материалы международной конференции «Новые технологии в медицине и фармации», посвященной 10-летию независимости Республики Казахстан.- 24-25 апреля 2001 г., Астана.-С.54-55

ТҮЖЫРЫМ.

Біз, денсаулық сақтау саласында бірінғай ақпараттық жүйе (БАЗ) жасаумен жаңа технологияларды қарқынды дамыту керек – деген көзқарастарына зейін қоямыз. Негізгі мақсат – емдеу-профилактикалық мекемелердің қызметін көпспекторлық талдау, бөлімшелердің шығарған шығындарын осымен байланыстыра отырып, бекітілген адамдарға профилактикалық көмек көрсетуді анықтап, медициналық көмек көрсетудегі шығынның аз жұмсалуды және медициналық ұйымдардың сапалы жұмыс істеуі қамтамыз етуді жақсарту.

SUMMARY

We agree with the view of the authors that there is a need to intensify efforts to introduce new technologies for creation a unified information system (UIS) in the health sector. The main objective of UIS - ensuring multispectral analysis of health care organizations activity with the possibility of linking these data to information on the cost of units, to determine preventive measures for population, making management decisions to minimize the cost of providing medical care and ensure the efficient operation of medical organizations.

ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЕДЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ.

Т.С.Хайдарова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни.

Вложение средств в здравоохранение приносит отдачу и может укрепить здоровье населения, увеличить общественное богатство и

благополучие населения. В научных работах, посвященных связи между здоровьем и благополучием и эффективности здравоохранения,



в основном акценты направлены на определение экономической эффективности здравоохранения.

В доступной литературе не имеется научных исследований по определению медицинской, социальной и экономической эффективности при изменении образа жизни, и изменении поведенческих факторов в сторону здорового образа жизни, т. е. искоренении отрицательных факторов риска развития заболеваний, как курение, чрезмерное употребление алкоголя, гиподинамии, неправильного питания и др.

В кратком обзоре исследований Комиссии ВОЗ по макроэкономике и здоровью и Генерального директората Европейского Союза по защите здоровья и прав потребителей, анализируется возможное влияние укрепления здоровья населения на общественное благосостояние в Европейском регионе ВОЗ. Так, в данных по микро и макроэкономическим издержкам показано, что при экономической оценке мер по укреплению здоровья должны учитываться социальные издержки, убедительно показано, что правительствам стран Европы следует вкладывать средства в укрепление здоровья населения, плохое здоровье приносит значительные экономические убытки и отрицательно сказывается на благосостоянии общества [1].

В данном обзоре ВОЗ показано, что эффективная деятельность систем здравоохранения может способствовать укреплению здоровья, росту благосостояния и увеличению общественного богатства, и указаны способы повышения эффективности работы здравоохранения.

По проведенному анализу научных данных можно выделить три разновидности концепций:

- 1) социальные издержки;
- 2) микро и макроэкономические издержки;
- 3) расходы на медицинское обслуживание.

Самой всеобъемлющей является концепция социальных издержек, обусловленных плохим здоровьем, — они показывают, насколько высоко люди оценивают свое здоровье. Сюда входит ценность здоровья как такового; социальные издержки намного превосходят дополнительный доход, который получит человек, если проживет более долгую, здоровую и продуктивную жизнь.

Оценить стоимость, которую люди присваивают здоровью, трудно, поскольку оно не является рыночным товаром. Однако возможна косвенная оценка на основании решений, которые люди принимают в ситуациях выбора между деньгами и здоровьем, например, размера компенсации, которую они хотят получить за выполнение работы, связанной с опасностью.

Простые расчеты показывают, что во многих странах Европейского региона ВОЗ повышение благосостояния, связанное с ростом средней продолжительности жизни за период 1970–2003 гг., составило 29–38% валового внутреннего продукта (ВВП) — величина, намного превышающая расходы на здравоохранение в каждой из этих стран.

Микроэкономические и макроэкономические издержки — более вещественный, но и более ограниченный способ оценки экономического урона, причиняемого плохим здоровьем.

На микроэкономическом уровне накоплен значительный и продолжающий расти массив данных, говорящих о том, что плохое здоровье снижает производительность и предложение труда. В нескольких исследованиях состояние здоровья оказалось основным фактором, влияющим на предложение труда у работников пожилого возраста.

На макроэкономическом уровне результаты не столь однородны. Многочисленные данные говорят о том, что плохое здоровье снижает темпы экономического роста в развивающихся странах, но последние исследования оспаривают эту точку зрения. Работ по развитым странам очень мало.

Также неоднозначны данные по утверждению, что более здоровое население означает более низкие расходы на дорогое медицинское обслуживание.

В кратком отчете ВОЗ указывается, что даже если укрепление здоровья в некоторых случаях снижает расходы на медицинское обслуживание, другие факторы, ведущие к их росту, особенно технический прогресс, намного перекроют экономию, обусловленную укреплением здоровья.

Полезно выяснить, приводит ли улучшение здоровья к осязаемым микро и макроэкономическим



ческим выгодам, и каким именно, а также как оно может в некоторых случаях снизить будущие расходы на медицинское обслуживание.

Системное рассмотрение издержек микро- и макроэкономического уровня предполагает решение их как минимум с двух сторон: оценки эффективности инвестиций на макроуровне – республиканском, региональном, а также на микроуровне – определение экономической эффективности групп, занимающихся оздоровительной физической культурой.

По мнению С. Любимова (2008) представляется целесообразным применить теорию мультипликатора для решения поставленной задачи – создания методических принципов макроэкономической оценки эффективности инвестиций в оздоровительную физическую культуру [2].

Под мультипликатором понимают коэффициент, показывающий зависимость изменения дохода от изменения инвестиций. Суть концепции мультипликатора заключается в том, что между изменениями автономных инвестиций и валового национального продукта существует устойчивая зависимость. Эффект мультипликатора в рыночной экономике состоит в том, что увеличение инвестиций приводит к увеличению национального дохода, причем на величину большую, чем первоначальный рост инвестиций.

В настоящее время ввиду крайнего дефицита государственных капиталовложений в оздоровление нации особое внимание в этой сфере получают вследствие оживления деловой активности и увеличения занятости различных групп предпринимателей привлечение, а соответственно, и рост производных инвестиций.

В связи с этим изменения в психологии человека, пропаганда здорового образа жизни должны стимулировать как руководителей предприятий, так и граждан вкладывать денежные средства в оздоровительную физическую культуру и другие оздоровительные мероприятия. И очень важно в этот момент направить все усилия на создание законодательных механизмов в виде определенных налоговых льгот для увеличения производных инвестиций.

Привлечение инвестиций в область оздоровительной физической культуры обязательно

вызовет увеличение таких интегральных показателей на региональном уровне: 1) валового регионального продукта; 2) валового регионального дохода; 3) чистого дохода региона; 4) регионального объема платных и других услуг. Это произойдет прежде всего из-за увеличения количества отработанных дней в году одним работником вследствие более высокого потенциала здоровья занимающихся (Любимов С., 2008).

При оценке экономической эффективности занятий оздоровительной физической культурой на микроуровне (группы или одного занимающегося) необходимо иметь в виду следующие обстоятельства.

Проблемы стимулирования и оценки экономической эффективности инвестиций в области социальной и медицинской сферы, в частности в оздоровительной физической культуре, требуют применения специальных исследовательских средств. Для индивидуума это скрупулезный подсчет затрат на достижение соответствующего результата: увеличение количественного значения потенциала здоровья, снижение количества заболеваний в году и соответственно увеличение числа дней работы в году и т.д. В качестве количественной меры оценки экономической эффективности занятий принят показатель потенциала здоровья группы или человека.

Важнейшим методологическим вопросом в определении потенциала здоровья человека является количественная оценка функционального состояния для выявления резерва систем организма и прогнозирования состояния здоровья. Потенциал здоровья может быть увеличен специальными тренировочными воздействиями или снижен, когда нерациональные и необоснованные воздействия ведут к невосполнимым тратам. Поэтому очень важным аспектом этой проблемы являются вопросы контроля адаптации занимающихся оздоровительной физической культурой к тренировочным воздействиям, что и должны учитывать методики проведения этих занятий.

Таким образом, обзор литературных данных показывает, что экономические выгоды очень малы в сравнении с более универсальными и



важными социально - экономическими выгодами, выраженными как стоимость, которую люди присваивают улучшению здоровья.

При экономической оценке мер по укреплению здоровья политики обязательно должны учитывать связанное с этими мерами повышение благосостояния. При прочих равных условиях более высокие доходы дают возможность вести более здоровый образ жизни. Однако, решение этих макроэкономических проблем, на наш взгляд, возможно лишь при стабилизации рыночных отношений, при общем подъеме экономики и изменении психологии высших руко-

водителей в сторону осознания, что инвестиции в оздоровление нации – самые эффективные.

Литература:

1. Экономический ущерб от плохого здоровья: ситуация в Европейском регионе. Всемирная организация здравоохранения, 2008 г., и Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения, 2008 г.

2. Любимов С.В. Экономическая эффективность занятий оздоровительной физической культурой. // Журнал Теоретическая и практическая физическая культура. № 4- 1999г.

ТҮЖЫРЫМ.

Халықтың денсаулығын жақсарту мәселелерін тек экономикалық мәселелерді шешкен кезде алға жылжиды. Жоғарғы деңгейдегі бақарушылардың психологиясы өзгергенде және жалпы экономиканы жақсартқанда ғана ұлттық денсаулық инвестициясы болып естеледі де – нақты сапа береді. Экономиканың жақсаруын халықтың әлеуметтік жақсаруы деп ойлау керек. Экономикасы жақсы дамыған жағдайда салауатты өмір сүруге мүмкіндік болады.

SUMMARY

Solving of economic problems to improve population health is possible only on stabilization of the market, with an overall recovery of the economy and changing psychology of top managers in the sense that investment in nation's health recovery - the most effective. In the economic assessment of measures, increase the welfare of people must be taken into account. All other things being equal, higher incomes make it possible to have healthier lifestyle.

ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.

Д.К.Рахимбекова

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

Государственной программой реформирования и развития здравоохранения Республики Казахстан на 2005-2010 гг. (ГПРРЗ) указывается на необходимость оценки используемых медицинских технологий и их совершенствование в соответствии с международным опытом. Согласно Указу Президента РК от 17.02.2000 г. № 344 «О дальнейших мерах по реализации Стратегии развития Казахстана до 2030 года» (раздел 4.4 «Здравоохранение») особое внима-

ние должно быть уделено вопросам внедрения новых медицинских технологий в области диагностики и лечения заболеваний.

Оценка состояния и перспективы улучшения материально-технического оснащения медицинских организаций, в том числе больниц, должны рассматриваться как часть оценки в целом существующих медицинских технологий.

Как известно, к типам оцениваемых технологий относят:

- лекарственные средства, биопрепараты, диагностические вещества и т.д.;
- оборудование и аппаратура для диагностики и лечения;
- медицинские процедуры;
- медицинская информация (протоколы, реестры, формуляры и др.);
- системы (информационные, управленческие, экономические и др.).

Области оценки медицинских технологий – это их:

- клиническая безопасность (эффективность);
- экономическая эффективность;
- техническая безопасность и эффективность;
- оценка юридических, этических, социальных и культурных последствий применяемых технологий.

В международной практике уже много десятилетий используются различные системы оценки медицинских технологий (ОМТ) [1,2]. В частности, в Швеции, в рамках использования ОМТ были инициированы следующие три исследования: скрининговой маммографии (СМ), антиген-скрининга рака простаты, ультразвукового исследования (УЗИ) беременных, что привело к следующим результатам: 1) по СМ - в настоящее время широко распространенная в стране услуга и доступна целевым группам; 2) исследование по поводу антиген-скрининга рака простаты не дало однозначного вывода о значительной эффективности и сейчас применяется ограниченно; 3) УЗИ беременных – эффективно и позволяет планировать родоразрешение. В Нидерландах система ОМТ базируется на разработанной нормативно-правовой основе. Так, в 1971 г. был введен в действие закон об обеспечении стационарной помощью, который стал главным инструментом ее государственного планирования. В статье 18 этого закона оговариваются вопросы планирования высокотехнологичных медицинских организаций. действует отлаженная процедура внедрения новых технологий. Учитывая международный опыт, можно было бы у нас в стране сформировать национальную систему ОМТ, используя, в частности, принципы доказательности при ее создании. В

основном она должна быть направлена, конечно, на планирование и формирование пакета гарантированных государством бесплатных медицинских услуг.

При выборе новых технологий обращается внимание на их технические преимущества; воздействие на состояние здоровья пациента и медработника; их экономическая эффективность; приемлемость для пациентов и медицинского персонала. Внедряя новые или оценивая уже используемые технологии, мы должны иметь в виду, что надлежащее их применение обеспечивает высокое качество услуги с приемлемой ценой и степенью риска.

Увеличение количества применяемых технологий имеет разные причины: спрос на услугу среди населения; отсутствие партнерских отношений между врачом и пациентом, приводящее к тому, что пациент настаивает на оказании ненужных услуг; финансовая заинтересованность организации в оказании данной услуги; недостаточный уровень профессионализма персонала. Снижение объемов может быть связано с ограничением доступа к тем или иным технологиям в связи с нехваткой оборудования и персонала и др.

Анализ и оценка имеющегося международного и отечественного опыта внедрения тарифной политики, включающей возможность обновления основных средств, показал, что странами используются различные методические подходы, позволяющие полнее отразить в размере тарифа фактические затраты, особенно, такие существенные, как перенесение стоимости строительства зданий, приобретенного дорогостоящего медицинского оборудования через механизм амортизации [3-8].

При этом наличие рынка медицинских услуг предполагает создание следующих условий, когда амортизация выполняет присущие ей экономические функции:

- наличие конкурентной среды, обуславливающей заинтересованность хозяйствующих субъектов в обновлении основных фондов с целью повышения качества и конкурентоспособности оказываемых услуг;
- наличие рынка активной части основных средств, в том числе рынка конкурентоспособного медицинского оборудования;



- право медицинской организации самостоятельно выбирать амортизационную стратегию.

На основе информации, представленной ТОО МедИнформ, нами был проведен анализ фондооснащенности медицинских организаций по состоянию на 2006 год. Были изучены данные о первоначальной и остаточной стоимости аппаратов и приборов, медицинских изделий и сроках их эксплуатации в целом по всем организациям страны.

В зависимости от величины остаточной стоимости оборудование было объединено в следующие группы:

1 группа - до сорока тысяч тенге (т.е. в пределах 40-кратного размера МРП)

2 группа - от сорока до ста тысяч тенге

3 группа - от ста тысяч до пятисот тысяч

4 группа - от пятисот тысяч до одного миллиона тенге

5 группа - от одного миллиона до десяти млн. тенге

6 группа - от десяти до пятидесяти миллионов тенге

7 группа - свыше 50 млн. тенге.

Такая группировка позволила определить долю достаточно недорогого оборудования с учетом сроков эксплуатации (учитывая, что это остаточная стоимость) и дорогого, современного медицинского оборудования.

Большинство медицинского оборудования и изделий медицинского назначения, даже в «ресурсоемких» службах медицинских организаций: общехирургический профиль, оториноларингология, офтальмология, травматология, стоматология, акушерство и гинекология, нейрохирургия, урология, а также по таким параклиническим службам, как клиническо-диагностические, рентгенодиагностические, функциональные, ультразвуковые исследования, эндо- и лапароскопия, оснащенность аппаратурой для проведения физиотерапии, оснащение оборудованием для стерилизации изделий медицинского назначения имеют истекший срок эксплуатации.

Эту особенность необходимо учитывать при формировании тарифов в будущем, то есть в расчете ежегодных амортизационных отчислений должна быть учтена первоначальная стои-

мость оборудования, что позволит, во-первых, дать одинаковые стартовые возможности медицинским организациям, имеющим устаревшие аппараты, во-вторых, в стоимости услуги сделать экономический элемент «амортизационные отчисления» более весомым.

На основе анализа сложившейся практики финансирования, имеющегося уровня оснащенности медицинских организаций, их соответствия современным требованиям качества, можно сделать вывод, что необходимы единые стандартизованные базовые тарифы по стране. Но их внедрение в настоящее время затруднено, поскольку действующая нормативно-правовая база здравоохранения, сложившаяся практика распределения финансовых средств не позволяют реально внедрить новую систему.

Необходимо устранить существующее неравенство возможностей разных по уровню оснащенности медицинских организаций. В настоящее время более крупные медицинские организации находятся в менее «выгодном» финансовом положении, чем маломощные и недостаточно оснащенные современным оборудованием.

В целом, основными путями совершенствования тарифной политики при оказании стационарной помощи могли бы быть:

1) создание специального фонда больничных организаций – на обновление основных средств (или только их активной части). Как вариант, возможно, закрепление этих расходов в смете организации;

2) расширение практики перехода организаций в новый юридический статус – предприятия на правах хозяйственного ведения;

3) внесение в тариф и целевое использование поступающих амортизационных отчислений при эксплуатации оборудования: на текущий ремонт и модернизацию, приобретение нового оборудования;

4) внедрение системы оценки эффективности использования оборудования;

5) внедрение лизинга.

Таким образом, результаты нашего исследования показали наличие целого ряда нерешенных проблем в обеспечении современных медицинских технологий в части оснащенности медицинским оборудованием.

Литература:

1. www.euro.who.int/hen
2. Бултман Я. Оценка медицинских технологий // Семинар по вопросам совершенствования качества медицинской помощи, Астана, 26 января 2006г.
3. Михайлов Ф.В., Филатов В.Н. Методика расчета тарифов на медицинские услуги в стационарах (www.google.kz.)
4. Кораблев В.Н. Оценка состояния и эффективности использования основных производственных фондов в учреждениях здравоохранения // Экономика здравоохранения, 2004.- № 10.- С.22-26.
5. E. Mossialos and J. Le Grand (eds) Health Care and Cost Containment in the 3.
6. International Finance Corporation (1999) Interim Report: Health Sectors of Baltic Countries. Washington, DC: World Bank.
7. Fidler, A. (1999) The challenges of health care reform, in Country Economic Memorandum. Washington, DC: World Bank.
8. Saltman, R.B. and Figueras, J. (1998) Analysing the evidence on European health care reforms, Health Affairs (Millwood), 17:85-108.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада медициналық мекемелерді жаңаша жабдыктармен қамтамасыз етудің мәселелері мен оны шешу жолдары көрсетілді.

SUMMARY

The article presents the main problems of equipment of medical organizations with modern equipment and ways of its solving.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ МЕХАНИЗМОВ ОСНАЩЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.

Д.К. Рахимбекова

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

Одним из основных условий качественного выполнения больницей своих функций являются применяемые технологии и уровень ее оснащения медицинским оборудованием.

В Государственной программе реформирования и развития здравоохранения страны на 2005-2010 гг. (ГПРРЗ) были обозначены те проблемы, устранение которых должно способствовать развитию медицинской, в том числе – стационарной помощи в стране.

Согласно приведенным в программе оценкам материально-техническая база лечебно-профилактических организаций, особенно, сельских, неудовлетворительная. Медицин-

ские организации в основном размещены в приспособленных, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям помещениях (на селе – более 70%). Оснащенность современным медицинским оборудованием, санитарным автотранспортом составляет менее 50%. Только 36% объектов ПМСП на селе телефонизированы, что затрудняет внедрение современных информационных технологий.

Отсутствие эффективного сервисного обслуживания имеющегося медицинского оборудования зачастую ведет к его простоя в течение длительного времени. Также проблемой является отсутствие кадров подготовленных техниче-



ских специалистов по обслуживанию оборудования.

Затрудняет процесс замены парка устаревшего оборудования и действующая методика формирования тарифов, которая ориентирована на содержание старой сети и значительно ограничивает развитие конкурентоспособной среды.

17.11.2006 г. состоялась коллегия МЗ РК, посвященная проблеме эффективности использования медицинского оборудования. Несмотря на то, что в основном внимание на ней уделялось приоритетному разделу - системе ПМСП, основные выводы могут быть перенесены на больничные организации тоже. Общими проблемами при оснащении наших организаций являются нерациональное распределение оборудования, без учета потребности и заявок медицинских организаций; отсутствие подготовленных специалистов-инженеров; как правило, оборудование поставляется без комплектующих частей; не созданы условия для эксплуатационного обеспечения оборудования, в частности, финансирование сервисного обслуживания; медицинские работники не осведомлены о возможностях нового оборудования.

При определении перспективы улучшения материально-технического оснащения больничных организаций, прежде всего, необходимо рассмотреть возможности финансового обеспечения за счет государственных средств.

В рамках Государственной программы планировалось доведение в 2007 году оснащенности медицинских организаций до уровня соответствия утвержденным минимальным нормативам оснащения. Как известно, в настоящее время утверждены нормативные документы, регламентирующие стандартное оснащение медицинских организаций страны медицинским оборудованием: приказ МЗ РК от 11.07.05г. № 313 «Об утверждении минимальных нормативов (стандартов) оснащения медицинской техникой и изделиями медицинского назначения детских и родовспомогательных организаций здравоохранения Республики Казахстан»; приказ МЗ РК от 11.07.05г. № 344 «Об утверждении минимальных нормативов (стандартов) оснащения стационарных медицинских орга-

низаций медицинской техникой и изделиями медицинского назначения»; приказ МЗ РК от 21.07.05г. № 369 «О материально-техническом оснащении государственных медицинских организаций на местном уровне за счет целевых текущих трансфертов из средств республиканского бюджета» и ряд других.

Нами был проведен сравнительный анализ соответствия минимальным стандартам оснащенности оборудованием и средствами медицинского назначения больничных и амбулаторно-поликлинических организаций по областям.

Данные, полученные по 14 Департаментам здравоохранения страны (по состоянию на начало 2006г.) показали, что почти все регионы страны имеют низкий показатель соответствия нормативному уровню оснащения.

Так, наиболее оснащенными в соответствии с нормативным уровнем являются амбулаторно-поликлинические организации (АПО) Северо-Казахстанской области - 99,2%. Но при этом ни один из стационаров этой области не соответствует нормативному оснащению. Амбулаторно-поликлинические организации Актюбинской области на 92,2% соответствуют стандарту, в то время как больничные организации (БО) этого региона оснащены лишь на 74,0%. В г. Алматы 49,2% АПО и 43,6% БО не соответствуют нормативному уровню. По Костанайской области 62,5% стационаров и всего 30,1 процента АПО оснащены в соответствии с нормативными требованиями. Данные, полученные по медицинским организациям Карагандинской области, показали, что 12,5% АПО не соответствуют стандартам оснащения, тогда как БО оснащены в большей степени – 77,1% - самый высокий уровень среди всех исследуемых регионов. Самые низкие показатели оснащенности в Мангыстауской, Южно-Казахстанской, Атырауской областях. В 6 регионах: Акмолинской, Восточно-Казахстанской, Жамбылской, Западно-Казахстанской, Кызылординской и г. Астана амбулаторно-поликлинические и больничные организации полностью не соответствуют нормативам оснащения.

Полученные результаты были сопоставлены с данными о динамике изменения объемов



финансирования медицинских организаций для приобретения медицинского оборудования за счет средств местных и республиканского бюджетов в течение исследуемого периода.

Анализ показал, что за четыре года почти всем областям выделялись значительные средства, в том числе - на приобретение медицинского оборудования и изделий медицинского назначения. Однако, «погодовой» анализ объемов выделенных средств свидетельствует об отсутствии четко прослеживаемой динамики увеличения объемов финансирования почти по всем областям, что может быть связано как со слабым планированием процессов обеспечения современной техникой медицинских организаций, так и неравномерностью выделения средств на эти цели местными органами управления.

До сих пор не урегулированным остается вопрос планирования потребности областей в средствах республиканского бюджета здравоохранения.

На основе проведенного анализа объемов финансовых средств, направленных из республиканского бюджета в области за последние четыре года, были выделены следующие три группы регионов:

1) Территории в которых запланированные объемы финансирования из средств республиканского бюджета выделены неполностью (города Астана и Алматы, Жамбылская, Павлодарская, Карагандинская и Северо-Казахстанская области);

2) Территории со стопроцентным (от заявленного) объемом выделенных средств (Актю-

бинская, Алматинская, Атырауская, Мангистауская, Восточно-Казахстанская);

3) Территории, которым выявлено больше средств, чем запланировано (Акмолинская, Южно-Казахстанская, Кызылординская, Костанайская, Западно-Казахстанская).

В результате проведенного исследования были определены основные системные проблемы, тормозящие процесс совершенствования материально-технического оснащения больничных организаций. Нами предложены следующие основные направления по решению этих проблем:

1) совершенствование формирования тарифов на медицинские услуги, более полно учитывающие затраты больничных организаций;

2) рациональная система планирования приобретения и распределения оборудования за счет республиканского и местного бюджетов (решение таких проблем как: приобретение незаявленного оборудования, формальный подход руководителей к составлению заявки без учета истинной потребности, фактического отсутствия специалистов и технических условий для работы; недостаточность имеющейся нормативной базы);

3) повышение эффективности использования оборудования, повышение его пропускной способности;

4) внедрение системы оценки медицинских технологий;

5) обеспечение адекватного технического обслуживания оборудования

(в частности, можно было бы предусмотреть в тарифе 10% на эти нужды).

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада еліміздің әр регионьындағы медициналық мекемелердегі жабдыктану деңгейі деңгейі зерттеліп зерттеу нәтижесі салыстырмалы түрде анықталынып және осы мәселені қалай шешуге болатын жолы ұсынылды.

SUMMARY

The results of study on equipment of medical institutions of different regions in the country at comparative aspect is given and presented solutions to existing problems.



МОНИТОРИНГ ХОДА ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГ ОБСЛЕДОВАНИЙ НА ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ И ОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЖЕНЩИН В КАЗАХСТАНЕ.

К.А.Тулебаев, А.Ж.Жылкайдарова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

В рамках реализации приказа МЗ РК № 607 от 15 октября 2007 года, Рабочая группа по научно-методическому обеспечению и координации проведения профилактических осмотров, динамического наблюдения и оздоровления населения регулярно предоставляет информацию о ходе проведения скрининг обследований отдельных категорий взрослого женского населения в стране на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки и молочной железы.

В 2009 году в рамках скрининга на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки запланировано осмотреть 606845 женщин в возрасте 35, 40, 45, 50, 55 и 60 лет.

За первые пять месяцев 2009 года осмотрено 246941 женщина, что составляет 48,9% от запланированного для обследования объема контингента. Следует отметить, в соответствующий период 2008 года было осмотрено только 14,5% женщин. Т.е. в 2009 году отмечаются результаты работы с прикрепленным населением по повышению информированности о необходимости пройти скрининг осмотр.

За 5 месяцев самые низкие показатели охвата подлежащих обследованию женщин отмечены в Атырауской (41,2%), Мангыстауской (30,9%) областях и г.Астане (35,6%).

В результате осмотров за отчетный период выявлено 15748 женщин с различной патологией шейки матки, что составляет 6,4% от количества осмотренных. Данный показатель в разрезе регионов варьирует от 2,4% в Атырауской области до 16,9% в Кызылординской и 11% в Жамбылской областях, 10,5% в г.Алматы (рисунок 1).

В среднем по стране оздоровлена каждая вторая женщина с выявленной патологией (7750).

Выше 50% показатель оздоровления отмечен в Костанайской (62%), Карагандинской (59,5%), Мангыстауской (59,5%), Западно-

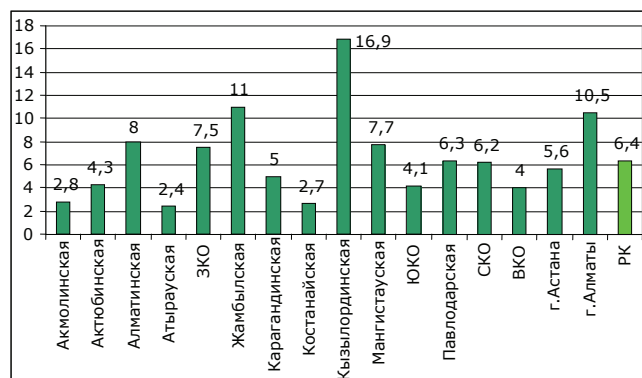


Рисунок 1. Удельный вес женщин с выявленными предопухолевыми и опухолевыми заболеваниями шейки матки в разрезе регионов за первые 5 месяцев 2009 г.

Казахстанской (56,4%), Павлодарской (53,3%) и Северо-Казахстанской (50%) областях, г.Алматы (69,2%). Менее одной трети из числа выявленных больных оздоровлено в Акмолинской (32%), Жамбылской (33,7%), Южно-Казахстанской (33,3%) областях и г.Астана (26,1%).

Расширенная кольпоскопия проведена 94816 женщинам. Патология установлена у 2,7% обследованных женщин. Чаще патология при кольпоскопии диагностировалась в Западно-Казахстанской (4,4%), Жамбылской (3,6%) областях и г.Алматы (9,8%). Низкий уровень выявляемой патологии при кольпоскопии отмечен в Атырауской (0,1%), Карагандинской (0,9%), Кызылординской (0,6%), Павлодарской (0,9%) областях

Из числа обследованных женщин при цитологическом исследовании мазков шейки матки картина воспаления выявлена у 3,81%, дисплазия – у 0,25%, картина опухоли – у 0,09%.

За первый квартал в базу данных введена информация о 97469 женщинах (или 39,5% из числа осмотренных), из которых у 4579 (4,7%) выявлены рак и предопухолевые состояния шейки матки (коды по МКБ-10 D26.9, N84.0-



84.9, N86, N87, N87.9, C53, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9).

Распределение 4524 женщин с выявленной предопухолевой патологией шейки матки по возрасту представлено на рисунке 2.

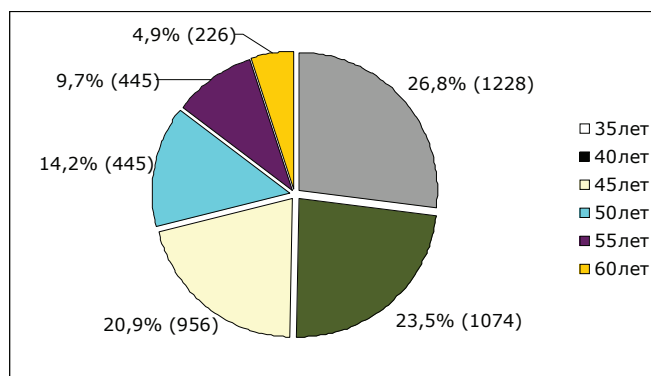


Рисунок 2. Распределение женщин с выявленной предопухолевой патологией шейки матки по возрасту.

Наиболее часто предопухолевые состояния были диагностированы у женщин среднего возраста: 35 лет (26,8%), 40 (23,5%) и 45 лет (20,9%).

Из 55 больных со злокачественным новообразованием шейки матки, диагноз рака был впервые установлен у 20 женщин (36,4% среди выявленных или 0,02% из числа всех осмотренных), в том числе у 6 в возрастной группе 35 лет, 5 – в возрасте 55 лет, 4 – 60 лет, по 2 случая в возрасте 45 и 50 лет и 1 случай в возрастной группе 40 лет.

В текущем году в рамках скрининга на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний молочной железы запланировано осмотреть 420595 женщин в возрасте 50, 52, 54, 56, 58 и 60 лет.

За пять месяцев 2009 года осмотрено 172502 женщины, что составляет 41% от запланированного для обследования объема контингента. Успешный по охвату скрининг отмечается в Алматинской, Павлодарской и Западно-Казахстанской областях, где осмотрена почти половина из запланированного контингента женщин. Низкий охват отмечен в Атырауской (28,5%), Мангыстауской (29,9%), Южно-Казахстанской (33,5%), Жамбылской (34,2%) областях и г.Астана (30%).

С различными предопухолевыми и опухолевыми заболеваниями молочной железы (шифры

МКБ-10 D05-D05.9, D24, C50-C50.9, N60-N60.9, N63) выявлено 19217 (11,1% от числа осмотренных) женщин, причем у 83,4% из них диагноз установлен впервые (рисунок 3). Высокий уровень выявленной патологии среди осмотренного в ходе профилактического осмотра контингента отмечен в г.Алматы – у каждой третьей женщины выявляется патология; в Кызылординской области и г.Астана – каждая четвертая имеет заболевание молочной железы. Невысокая результативность исследования отмечена в Атырауской (2,5%), Костанайской (2,7%), Карагандинской (3,9%), Актюбинской (3,8%), что является сомнительным фактом – либо страдает учет выявленной патологии, либо недостаточно высокая подготовка специалистов.

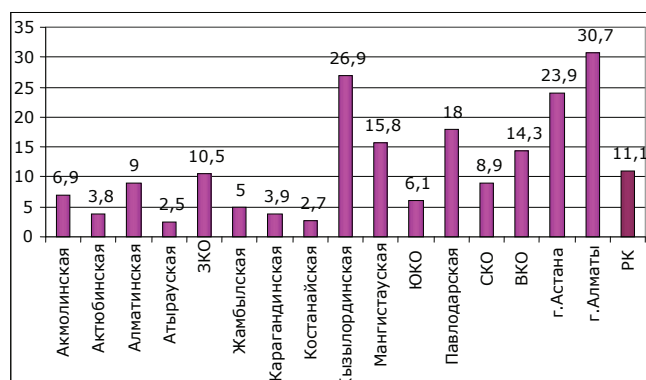


Рисунок 3. Удельный вес женщин с выявленными предопухолевыми и опухолевыми заболеваниями молочной железы в разрезе регионов за первые 5 месяцев 2009 г.

Согласно базе данных, составленной за первый квартал 2009 года, маммографическое обследование за отчетный период выполнено 62 487 женщинам в возрасте 50, 52, 54, 56, 58 и 60 лет, что составляет 90,5% из числа обследованных и 14,8% от запланированного на год контингента.

Наиболее высокий охват маммографическим исследованием отмечен в Карагандинской, Южно-Казахстанской областях и г.Алматы. Следует отметить чрезвычайно низкий уровень маммографического обследования в г.Астана, Атырауской, Кызылординской, Мангыстауской областях.

Согласно базе данных, предопухолевые и опухолевые заболевания молочной железы (коды по МКБ-10 D24, N60, N63, C50, C50.0, C50.9, D05) выявлены у 6532 женщин (10,5%,



в прошлом году – 5,33%). Из числа выявленных вновь на учет взято 4264 (65,3%) женщин, из них оздоровлено за отчетный период 3833 (58,7%).

Предопухолевые заболевания молочной железы (коды по МКБ-10 D24, N60, N63) за отчетный период диагностированы у 6386 больных, в том числе 4222 (66,1%) вновь взяты на учет. Распределение женщин с предопухолевыми и опухолевыми заболеваниями молочной железы в разрезе возрастных групп представлены на рисунке 4.

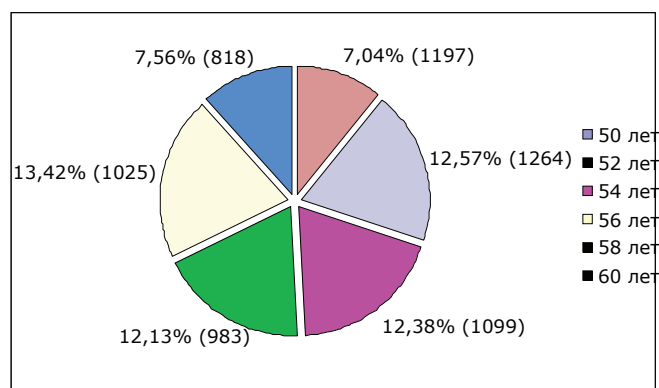


Рисунок 4. Распределение женщин с выявленной предопухолевой патологией молочной железы по возрасту.

Рак молочной железы был выявлен у 150 (0,24%) женщин, в том числе у 43 – впервые (28,7%). 69 женщин с данной патологией получили лечение за отчетный период.

Как видно из представленных данных, опухолевая патология ткани молочной железы практически равномерно распределена среди возрастных групп 52, 54, 56 и 58 лет.

Вызывает беспокойство несоответствие количества диагностированной предопухолевой патологии молочной железы с результатами маммографии. Так, в Южно-Казахстанской области из 7820 женщин, прошедших маммографию, у 390 был отмечен положительный результат (плюс-ткань), однако диагноз, согласно кодов МКБ-10, выставлен только у 277 женщины. Аналогичная ситуация отмечается практически во всех регионах страны, когда данные маммографической диагностики не соответствует клиническому диагнозу (таблица 1):

Возникает потребность в уточнении интерпретаций «положительного» диагноза при маммографии. С учетом введения дополнений в

приказ МЗ РК № 607, которые в настоящее время находятся на согласовании в МЗ РК, данный вопрос должен быть согласован.

Кроме того, следует отметить различия в уровне диагностики: в Алматинской, Западно-Казахстанской, Кызылординской, Восточно-Казахстанской областях патология ткани молочных желез выявлена в каждом десятом случае, в Мангыстауской области и г.Астана – в каждом пятом, а в г.Алматы – в каждом третьем случае. При этом следует отметить, что в 2008 году в Алматинской, Атырауской, Карагандинской, Костанайской, Южно-Казахстанской областях за первый квартал 2008 года патология выявлена менее чем у 1% осмотренных женщин.

Оздоровление женщин с выявленными заболеваниями молочной железы в среднем по стране проведено в 51,5% случаях. Самые высокие уровни оздоровления – более 60% – отмечены в Мангыстауской (81,7%), Карагандинской (61,3%), Павлодарской (64,5%) областях и г.Алматы (74,6%). Самый низкий уровень оздоровления отмечен в Актюбинской области (11,1%), а также в Акмолинской (25,8%) и Атырауской (25,9%) областях.

Таким образом, предварительный анализ результатов медицинских профилактических осмотров путем скрининг обследований отдельных категорий взрослого женского населения в стране на выявление предопухолевых и опухолевых заболеваний шейки матки и молочной железы выявил ряд проблем, которые необходимо решить для повышения результативности и эффективности проводимых мероприятий.

В частности, имеет место недостаточный охват женщин скрининг обследованием на заболевания молочной железы, требует уточнения высокий уровень оздоровления при выявленных патологиях, установлено несоответствие количества диагностированной предопухолевой патологии молочной железы с результатами маммографии, отмечается низкий уровень диагностики предопухолевых заболеваний шейки матки цитологическим методом.

С целью определения чувствительности методов скрининг обследования и качества его проведения необходимо выявить взаимосвязь между уровнем выявленной патологии и мето-



Таблица 1. Соотношение выявленной патологии молочной железы с данными инструментального обследования в разрезе областей РК за 1 квартал 2009 г.

Области	Положительный результат маммографии	Выявлено предопухолевой и опухолевой патологии молочной железы	Соотношение выявленной патологии к количеству «+» маммографий
Акмолинская	329	275	0,84
Актюбинская	145	58	0,40
Алматинская	378	324	0,86
Атырауская	43	21	0,49
Западно-Казахстанская	413	368	0,89
Жамбылская	107	72	0,67
Карагандинская	408	275	0,67
Костанайская	51	70	1,37
Кызылординская	123	108	0,88
Мангистауская	167	200	1,20
Южно-Казахстанская	390	277	0,71
Павлодарская	291	479	1,65
Северо-Казахстанская	288	247	0,86
Восточно-Казахстанская	563	650	1,15
г.Астана	235	253	1,08
г.Алматы	2873	2855	0,99
РК	6804	6532	0,96

дами, которые использовались при выявлении данной патологии, совершенствовать механизмы с учетом собственного и международного опыта.

При дальнейшем развитии программы скрининг обследований необходимо рассмотреть вопрос о пересмотре возрастных категорий населения, подлежащих обязательному про-

филактическому осмотру для улучшения его результативности: 1) для раннего выявления заболеваний шейки матки – уменьшить возрастной интервал до 2-3 лет; 2) для раннего выявления заболеваний молочной железы – уменьшить возрастной интервал до 1 года, в первую очередь в период 50-55 лет.

ТҮЖЫРЫМ.

Қазақстандағы кейбір әйелдердің жатыр мойыны және аналық бездеріндегі ісік алды және ісік ауруларын анықтауға скрининг жүргізудің бірінші нәтижесі ұсынылды. Патологияның ерте пайда болу деңгейін, аймақтық және жасына байланысты ерекшеліктерін, кейбір скрининг әдістердің маңызы, скринингтің тиімділігі мен сапасын жақсарту жолдары келтірілді.

SUMMARY

The article provides preliminary results on screening examinations of certain categories of adult female population in the country to identify pretumor and tumor diseases of cervix and breast. Given the level of early detection of abnormalities, regional and age characteristics, the importance of certain screening methods, ways to improve the efficiency and effectiveness of screening.



ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГ ОБСЛЕДОВАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ КАЗАХСТАНА НА ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА.

К.А.Тулебаев, А.Ж.Жылкайдарова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

В соответствии с приказом МЗ РК № 607 от 15 октября 2007 года исследованиями при скрининге болезней системы кровообращения охвачено за первые пять месяцев 2009 года 836134 человек в возрасте 18, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 лет, что составляет 48,7% от запланированного для обследования объема контингента.

Наибольший охват запланированного контингента за 5 месяцев отмечен в Западно-Казахстанской (58,1%), Жамбылской (56,6%), Костанайской (56,3%), Алматинской (53,6%) и Северо-Казахстанской (53%) областях.

Из числа осмотренных выявлено 102620 больных (12,3%), из них каждый третий был вновь взят на учет (35106 человек – 34,2%).

В Алматинской области в каждом третьем случае выставлялся диагноз заболевания сердечно-сосудистой системы. Низкая частота диагностики болезней системы кровообращения (менее 10%) отмечена в подавляющем количестве регионов: Акмолинской, Актюбинской, Атырауской, Западно-Казахстанской, Карагандинской, Костанайской, Мангыстауской, Южно-Казахстанской, Северо-Казахстанской областях и г.Астане – в 10 из 16 регионов. В данных регионах имеется потребность углубленного изучения качества проводимых скрининговых осмотров.

Чаще всего больные с заболеваниями системы кровообращения выявлялись в возрастных группах 55 (26,06%), 60 (36,4%) и 65 лет (46,5%) (рисунок 1). Однако если в старших возрастных группах практически больше половины выявленных больных ранее состояли на учете, то в возрастных группах 18, 35, 40 и 45 лет впервые на учет были взяты две трети пациентов, в возрастных группах 25, 30 лет – три четверти.

Как наглядно представлено на рисунке 1, отмечена обратная взаимосвязь между наличием факторов риска и наличием заболевания систе-

мы кровообращения: чем старше пациент, чем чаще выявляется заболевание и тем реже диагностируются факторы риска и наоборот – чем моложе, тем меньше заболеваний и больше факторов риска. Создается впечатление, что у лиц, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, факторы риска либо отсутствуют, либо им не придается большого значения, поэтому их не фиксируют. В то же время следует отметить, что одной из целей скрининг осмотров на выявление болезней системы кровообращения является выявление факторов риска, способствующих их возникновению, для проведения вмешательств по их сокращению в дальнейшем. Соответственно, в настоящее время существует необходимость усиления работы в данном направлении.

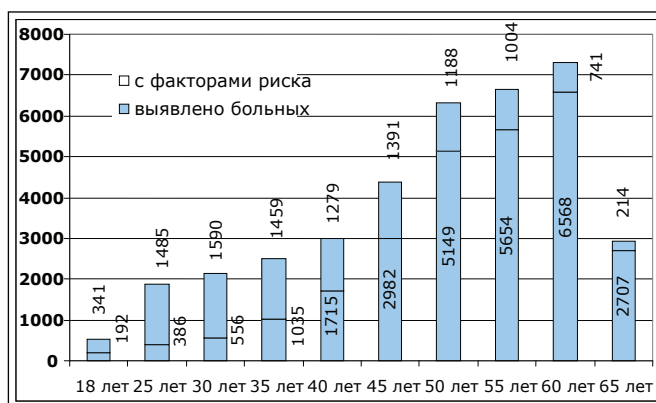


Рисунок 1. Количество выявленных больных и пациентов с факторами риска в разрезе по возрастам.

Оздоровлено за отчетный период 49293 человек, что составляет 48% от числа выявленных больных. Самые низкие показатели оздоровления отмечены в Алматинской (24%) и Жамбылской (40,4%) областях.

На втором этапе (углубленное обследование – проведение ЭКГ, определение уровня холестерина, триглицеридов, глюкозы) было охвачено 50533 пациентов, что составляет 12,7% среди охваченных осмотром.



На рисунке 2 представлена выявленные отклонения от нормы при проведении электрокардиографии и других исследований.

Патология электрокардиограммы выявлена в каждом четвертом случае (24,6%). Чаще всего отклонение ЭКГ от нормы фиксировались в Западно-Казахстанской (50,9%), Кызылординской (39,8%), Алматинской (39,3%), Жамбылской (37,1%) областях и г.Астане (35,7%). В г.Алматы патология ЭКГ выявлена в 10,9% случаев – это самый низкий показатель по стране.

Уровень холестерина выше 5,2 ммоль/л выявлен у 14,5% случаев. Наиболее часто гиперхолестеринемия выявлялась в г.Астана (22,2% от количества исследований), Северо-Казахстанской (38,3%), Западно-Казахстанской (23,7%), Алматинской (25%), Акмолинской (21,2%) областях.

Повышенный уровень триглицеридов (свыше 2,1 ммоль/л) диагностировался в каждом десятом случае (9,1%). В разрезе регионов чаще всего данная патология фиксировалась в Алматинской (23,1%), Западно-Казахстанской (13,6%), Северо-Казахстанской (16,6%) областях и г.Астане (14,4%).

Гипергликемия (содержание глюкозы в крови свыше 5,55 ммоль/л) определена у 7,6% обследованных. В территориальном аспекте наиболее часто гипергликемия выявлялась в г.Астане (15%), Северо-Казахстанской (16,2%), Западно-Казахстанской (13,9%), Жамбылской (11,3%), Алматинской (11,1%) областях.

В целом, наиболее часто изменения при проведении ЭКГ и лабораторных исследованиях фиксировались в Алматинской, Северо-Казахстанской, Западно-Казахстанской областях и г.Астана. Реже патология на втором этапе обследования выявлялась в г.Алматы, Актобинской области.

Одной из целей скрининг обследований является не только выявление заболевания, но и факторов, способствующих его развитию. В первую очередь подразумеваются те факторы, которые являются устранимыми – поведенческие факторы риска.

Учитывая, что табакокурение, гиперхолестеринемия и избыточная масса тела являются главными факторами развития гипертензии, эти

факторы были включены в перечень вопросов анкеты.

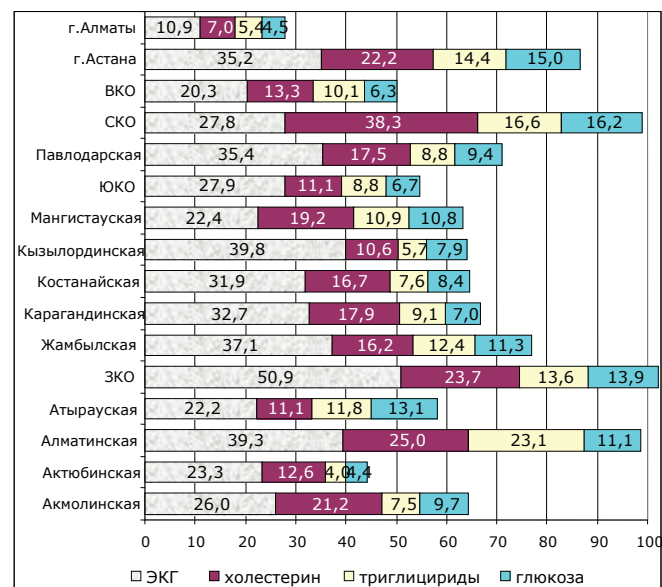


Рисунок 2. Удельный вес выявленной патологии при углубленном обследовании на втором этапе скрининга, в разрезе по регионам за 5 месяцев 2009 года (мужчины + женщины, город + село).

Установлено, что за первый квартал 2009 года среди обследованного контингента (389 195 человек) у 21,6% имелся индекс Кетле свыше 25 кг/м², т.е. избыточная масса тела и ожирение различной степени. Фактор избыточной массы тела выявлен у 17,2% мужчин и у 24,7% женщин. Распространенность фактора в разрезе возрастов представлена на рисунке 3.

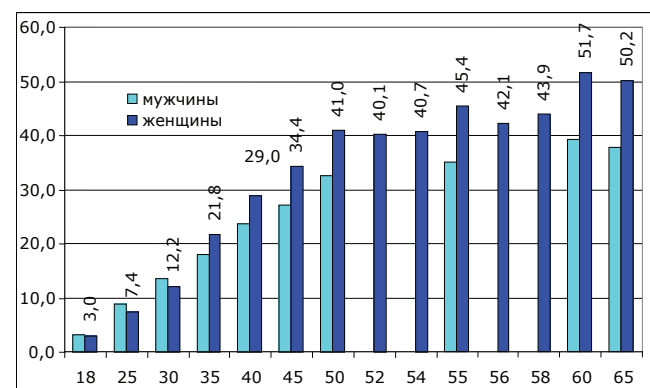


Рисунок 3. Удельный вес пациентов, имеющих индекс Кетле более 25 в разбивке по полу и возрасту.

Избыточная масса тела среди мужчин встречалась чаще в молодых возрастных группах – 18, 25, 30 лет. После 35 лет этот фактор чаще



встречался среди женского населения, причем после 60 лет этот фактор определялся у каждой второй женщины.

Уровень курения среди обследованного населения был 8,2%, в том числе 18% среди мужчин и 1,4% среди женщин. Следует отметить, что эти данные значительно ниже результатов различных эпидемиологических исследований. Согласно данным Национального исследования образа жизни (НЦПФЗОЖ, 2007), уровень курения среди населения старше 12 лет равен 27%. Можно констатировать, что при проведении скринингового исследования выявлению поведенческих факторов риска выделяется недостаточное внимание или имеет место формальный подход.

Аналогичная ситуация с выявлением фактора злоупотребления алкоголем. Согласно данным Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни (2007), уровень злоупотребления алкоголем составляет 18,1% среди взрослого населения. По данным осмотров злоупотребление алкоголем среди мужчин был 1,9%, среди женщин – 0,09%, среди обоих полов – 0,8%.

Фактор повышенного артериального давления определялся при наличии систолического давления свыше 140 мм рт.ст. (рисунок 23), либо диастолического – свыше 90 мм рт.ст. Среди обследованного контингента повышенное систолическое давление выявлено у 3,4% мужчин и у 3,7% женщин. Повышенное диастолическое давление определено у 2,1% мужчин и женщин. Отмечена прямо пропорциональная зависимость между возрастом и наличием повышенного артериального давления, причем у мужчин пик отмечен в 50-55 лет, у женщин – 65 лет. Распространенность этого фактора ниже данных различных исследований.

Гиперхолестеринемия диагностирована у 14,5% обследованного населения, в том числе у 13,7% мужчин и 15,1% женщин. Наличие фактора в зависимости от пола и возраста представлено на рисунке 4.

Устранение факторов риска является одним из критериев оздоровления. Среди обследованного населения за первый квартал 2009 года различные факторы риска были устранены у 0,8% мужчин и 1,0% женщин.

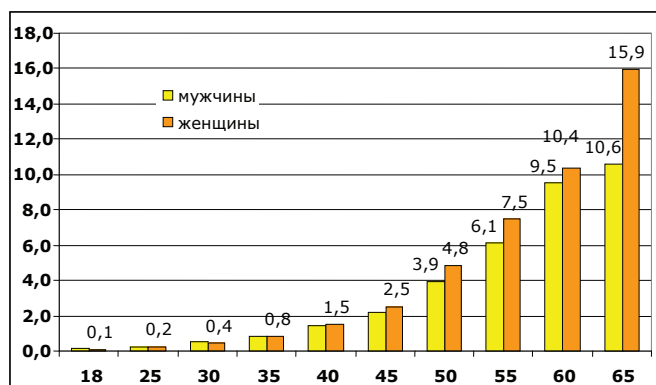


Рисунок 4. Удельный вес пациентов, имевших гиперхолестеринемия, в разбивке по полу и возрасту.

В структуре патологической пораженности отдельными классами болезней первое место занимают болезни системы кровообращения (42,5%), второе место – болезни мочеполовой системы (23,2%). Далее следуют болезни эндокринной системы (8,2%), органов пищеварения (5,5%), крови и кроветворных органов (4,4%), новообразования (4,3%).

Самые высокие показатели в структуре патологической пораженности болезнями системы кровообращения отмечены в Актюбинской (52,4%), Костанайской (49,7%), Жамбылской (48,6%) и Южно-Казахстанской (48,1%) областях, самые низкие – в Кызылординской (23,2%), Западно-Казахстанской (29,7%) областях и г.Астана (28,2%).

Таким образом, предварительный анализ результатов скрининг обследований взрослого населения на выявление болезней системы кровообращения и поведенческих факторов риска выявил ряд проблем, такие как низкая выявляемость патологии, особенно повышения артериального давления и поведенческих факторов риска их формирующих, высокий уровень оздоровления.

Для повышения результативности и эффективности проводимых мероприятий необходимо: 1) уделить особое внимание руководителей региональных управлений здравоохранения, что некоторые поведенческие факторы (курение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, избыточная масса тела) являются целевыми индикаторами стратегического плана МЗ РК на 2009-2011 гг. и соглашений (меморандумов) между МЗ РК и Акимами



областей, городов Астана, Алматы в области здравоохранения, 2) разработать рекомендации по вопросам определения понятия «оздоровление» и достижения результата, 3) разработать методические рекомендации по функционированию «Школ здоровья» на уровне ПМСП, 4) усилить контроль за качеством скрининг осмотров и внедрения алгоритмов пропаганды здо-

рового образа жизни, профилактики поведенческих факторов риска основных социально значимых заболеваний, 5) в перспективе с целью повышения эффективности раннего выявления болезней системы кровообращения, особенно повышенного артериального давления – сократить возрастной интервал в возрастной группе 35-50 лет.

ТҮЖЫРЫМ.

Қазақстан халқының қантамыр аурулары мен мінез-құлықтың бұзылу факторлары ауруларын тексеру скрингінсінің, таралуы, құрылымы, аймақтық ерекшеліктері, лабораториялық зерттеудің көрсеткіштері – ЭКГ, холестерін мөлшері, үшглицеридтер, қандағы қант құрамдары 2009 жылдың 5 айындағы бірінші нәтижелері көрсетілді.

SUMMARY

The article provides preliminary results of screening programs for early detection and rehabilitation of adults with cardiovascular diseases - prevalence, structure, regional characteristics, indicators of laboratory tests - ECG, cholesterol, triglycerides, blood sugar levels for 5 months of 2009, the prevalence of behavioral risk factors of lifestyle. Ways to improve mechanisms of screening are presented for better quality and effectiveness.

ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ, ФОРМИРУЮЩИХ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ.

Арингазина А.М., Егеубаева С.А., Балабаев Т.Ф.

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г. Алматы

Введение

Концепция оценки факторов, формирующих здоровье, является хорошей доказательной базой для выявления связи между состоянием здоровья населения, медицинской активностью, профилактической работой, межсекторальным взаимодействием [1,3].

Для формирования высокотехнологичной системы здравоохранения целесообразна комплексная оценка факторов воздействия на здоровье, включая влияние программ по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

Целью данного исследования было выявление и характеристика особенностей влияния программ по охране здоровья населения на различные возрастные группы.

Материалы и методы

Методом случайной выборки отобрано 1200 респондентов в возрасте 20 и более лет. Группы были разделены на две условные - лица до 50 лет (трудоспособное население) и лица после 50 лет (население предпенсионного и пенсионного возраста) [2].

Анкета содержала вопросы, касающие-



ся оценки здоровья, факторов, формирующих здоровье населения, отношения населения к собственному здоровью и к системе предоставления медицинских услуг, влияния профилактических программ на поведение людей в отношении здоровья. Данные подвергались статистической обработке в программе SPSS, использовались следующие методы статистического анализа качественных показателей – критерий хи-квадрат, метод нормированных остатков, отношение шансов риска.

Результаты исследования

Для характеристики факторов, влияющих на отношение к здоровью, нами был задан вопрос о степени доверия к тем или иным источникам информации о здоровье. Результаты показывают, что нет статистически значимого источника информации, которому бы доверяли лица группы до 50 лет. Тогда, как лица старше 50 лет достоверно чаще доверяют участковому врачу – 24,2% (нормированный остаток=3,3; $\chi^2=70,345$, число степеней свободы=4, $p<0,001$), «бабушкиным советам» – 9,1% (нормированный остаток=2,4; $\chi^2=40,040$, число степеней свободы=7, $p<0,001$), народным целителям – 20,7% (нормированный остаток=3,3; $\chi^2=42,921$, число степеней свободы=4, $p<0,001$), статьям о здоровье в газетах и журналах – 28,9% (нормированный остаток=2,5; $\chi^2=62,311$, число степеней свободы=4, $p<0,001$), телевизионным медицинским передачам – 13,4% (нормированный остаток=3,7; $\chi^2=53,999$, число степеней свободы=4, $p<0,001$).

Отношение к своему здоровью у респондентов в целом разумное, т.е. 48,2% лиц до 50 лет и 59,7% лиц старше 50 лет ответили, что стараются вести себя разумно по отношению к своему здоровью ($\chi^2=20,718$, число степеней свободы=2, $p<0,001$). 52,6% респондентов до 50 лет отметили, что употребляют алкоголь примерно 1-2 раза в месяц (нормированный остаток 3,7), а 56,8% лиц старше 50 лет отметили, что вообще не употребляют алкоголь (нормированный остаток=4,1; $\chi^2=62,407$, число степеней свободы=3, $p<0,001$). Лица до 50 лет курят достоверно чаще лиц старшего возраста – 34,4% (нормированный остаток=2), а 68% лиц старшего возраста вообще не курят по сравнению

с более молодым возрастом (нормированный остаток=2,3). Из факторов, определяющих характер питания респондентов, были отмечены такие как «личные вкусы» – 59,8% лиц до 50 лет и 43% лиц старше 50 лет, достоверно чаще среди лиц до 50 лет (нормированный остаток= 2,9; $\chi^2=33,228$, число степеней свободы=1, $p<0,001$), цена – 28,1% и 49,4% соответственно. Причем достоверно большее значение цена имеет для лиц старше 50 лет (нормированный остаток 4,1; $\chi^2=56,016$, число степеней свободы=1, $p<0,001$). Другой фактор – это доступность в продаже, 25,2% – для лиц до 50 лет, 39% – для лиц старше 50 лет, достоверно чаще этот фактор отмечают лица старше 50 лет (нормированный остаток=2,9; $\chi^2=24,747$, число степеней свободы=1, $p<0,001$). Для лиц до 50 лет достоверно чаще имеет значение наличие необходимых веществ в продуктах питания – 20,6% (нормированный остаток=2,9; $\chi^2=15,201$, число степеней свободы=1, $p<0,001$). На вопрос «Что означает правильно питаться?» респонденты до 50 лет ответили следующим образом: «не набирать лишних калорий» – 20,6%; «исключить из рациона жиры и продукты с высоким содержанием холестерина» – 20,5%; «включение в рацион больше полезных продуктов» – 32,6%, «сбалансированный рацион питания» – 26%. Для лиц старше 50 лет эти ответы распределились следующим образом – 12,3%; 33,4%; 35,1%; 18,7% соответственно. Причем, достоверные различия отмечены по следующим параметрам. Среди лиц до 50 лет «не набирать лишних калорий» (нормированный остаток = 2,5), среди лиц старше 50 лет «исключение из рациона жиров» (нормированный остаток=3; $\chi^2=37,893$, число степеней свободы=4, $p<0,001$). Лишь около 50% респондентов считают, что питаются правильно. Из причин неправильного питания были отмечены «отсутствие денег» 38,2%, достоверно чаще среди лиц старшего возраста (нормированный остаток=3,9; $\chi^2=44,068$, число степеней свободы=1, $p<0,001$); «привычка, образ жизни» 63,4%, достоверно чаще среди лиц более молодого возраста (нормированный остаток=2,3; $\chi^2=21,420$, число степеней свободы=1, $p<0,001$).

Для повышения уровня своего здоровья



лица до 50 лет достоверно чаще занимаются физическими упражнениями (нормированный остаток=2,4; $\chi^2=64,396$, число степеней свободы=2, $p<0,001$). Лица же старше 50 лет по сравнению с более молодыми чаще принимают медикаменты – 42,6% (нормированный остаток=7,2; $\chi^2=161,774$, число степеней свободы=2, $p<0,001$), пищевые добавки – 22,5% (нормированный остаток=3,2; $\chi^2=28,905$, число степеней свободы=2, $p<0,001$). К сожалению, действия по укреплению здоровья респонденты достоверно чаще ассоциируют лишь с визитами к врачу ($\chi^2=16,907$, число степеней свободы=1, $p<0,001$).

Одним из важных для нового общественного здравоохранения остается вопрос влияния программ по укреплению здоровья на поведение и отношение людей к их собственному здоровью и в дальнейшем на состояние здоровья [4]. По данным нашего исследования такое влияние статистически достоверно и довольно велико. Так, респонденты всех возрастов, знакомых с национальными профилактическими программами в 69,8%, отметили их позитивное влияние на изменение поведения в отношении здоровья (нормированный остаток=20,3; $\chi^2=720,972$, число степеней свободы=1, $p<0,001$). Анализ же в различных возрастных группах показывает, что лица до 50 лет менее подвержены влиянию таких программ, чем лица старше 50 лет ($\chi^2=5,608$, число степеней свободы=1, $p<0,05$; отношение шансов риска=0,704; доверительный интервал=0,527-0,942; $p<0,05$).

Заключение

Таким образом, результаты проведенного

исследования свидетельствуют о различном влиянии факторов, формирующих здоровье, на возрастные группы населения. Большое значение имеют поведенческие аспекты, отношение населения к здоровью и программам, направленным на улучшение здоровья. В целом, больше внимания своему здоровью уделяют лица старшего возраста, что очевидно, поскольку с возрастом состояние здоровья ухудшается. В то же время, результаты исследования показывают, что молодое поколение старается соблюдать принципы здорового образа жизни. Выявлено значительное влияние превентивных программ на изменение действий населения в отношении сохранения здоровья, что свидетельствует о необходимости более широкого внедрения института общественного здравоохранения и программ по укреплению здоровья и профилактике заболеваний.

Литература:

1. Aringazina A. Public Health Policy in the Republic of Kazakhstan. Материалы 19-й Всемирной конференции по Укреплению здоровья и образованию, Ванкувер, Канада, 2007, с. 33.
2. Healthy Ageing – A Challenge for Europe. The Swedish National Institute of Public Health, 2006.
3. Hands –on Health Promotion. Edited by R.Modie and A.Hulme. IP Communicaitons Melbourne, 2004.
4. Aringazina A. Linking health education with public health in Kazakhstan. 5th European conference on the effectiveness and quality of health promotion, London, United Kingdom, 2002, p.48.

ТҰЖЫРЫМ

Денсаулықты қалыптастырушы факторларды бағалаудың тұжырымдамасы, халық денсаулық жағдайының, медициналық белсенділігінің, алдын-алу жұмыстарының сектор аралық өзара әрекеттестік арасындағы байланысты анықтауға арналған жақсы дәлелдік негіз болып табылады. Денсаулық сақтаудың жоғарғы технологиялық жүйесін мақсатқа сай қалыптастыру үшін, аурудың алдын алу және денсаулықты нығайту бағдарламалары әсерін денсаулыққа әсер ететін факторларды кешенді бағалау. Халықтың денсаулықты сақтауға қатысты әрекетінің өзгеруіне алдын алу бағдарламаларының едәуір әсерінің бар екендігі анықталды. Бұл, қоғамдық денсаулық сақтау институттарын және медициналық деңгейді жоғарлату мен халықтың санитарлық сауаттылығы туралы бағдарламаларды кең ауқымда енгізу қажет екендігін растайды.



SUMMARY

Health impact assessment concept is a good evidence base for liaison determination between population health status, medical activity, prevention, and intersectoral collaboration. Complex assessment of health impact factors including health promotion and prevention program influence is rational for development of high technological health system. There was defined statistical significant influence of health programs that demonstrate necessity of deep implementation of public health philosophy and programs on health education.

СТУДЕНТТЕРДІҢ АУРУШАНДЫҒЫ МЕН ҚАТЕРЛІ СЕБЕПТЕРІ АРАСЫНДАҒЫ БАЙЛАНЫСТЫ АНЫҚТАУ ҚОРЫТЫНДЫЛАРЫ.

М.Ә.Бөлешов, Н.А.Сарыбаева

Оңтүстік Қазақстан Мемлекеттік Медицина Академиясы, Шымкент қ.

Студенттер денсаулығының қалыптасуына олардың өмір сүру салтының әсерін зерртеудің әлеуметтік-гигиеналық маңызы өте үлкен. Себебі, студенттік жастағы тұлғаларда жаңа өмір сүру салты қалыптасады. Сондықтан жастардың организмінде туындайтын ауруларды алдын-алуға бағытталған гигиеналық түзетулер, оңды өмір сүру салтын қалыптастыру шаралардың жүзеге асыру қажет. Сонымен қатар осы әлеуметтік топтың арасында ұйымдастырылатан диспансеризация үрдісін, олардың денсаулығымен өмір сүру салты арасындағы байланысты есепке ала отырып жүзеге асыру қажет. Бұл мақсатты жүзеге асыру үшін студенттер арасында белгілі бір интервалда (5 жыл аралығында) кешенді медициналық тексеру жұмыстары мен қатар ғылыми зерттеу жұмыстары жүзеге асырылып отыруы қажет.

Сондықтан, ғылыми-зерттеу жұмысының мақсаттары мен міндеттері сөзсіз өзекті мәселеге арналған деп айтуға болады.

Студенттерді аурушандық қашалдықтыратын негізгі қатерлі себептерді әлеуметтік-гигиеналық тұрғыда сараптау, олардың қатары көбінесе өмір сүру салты ережелерін бұзудан туындағандығын көрсетті.

Сұрақнама қорытындысы академия студенттерінің 35,6% темекіні ұдайы тартатындығын анықтады. Оның ішінде, жігіттердің арасындағы темекі тарту

оқиғаларының деңгейі 54,7%, ал қыздардың арасындағы темекі тарту оқиғаларының деңгейі 17,9% құрады.

Сұрақнамаға тартылғандардың 79,2% темекіні тастауға ынталанған жастарды емдеу қажет деп көрсетсе, 15,8% темекілік өнімдерді шығаруға тосқауыл қойғанды жөн көрген. Респонденттердің 24,3% темекінің фильтрлі түрін шығаруды қолдаса, 20,9% темекіні уағыздайтын кино және видео қойылымдарды экранға шығаруға тиым салу қажет деп көрсеткен.

Төменгі курс студенттерінің барлығы дерлік темекіден туындайтын ауруларды білмейтін болып шықты. Жоғарғы курс студенттерінің 98,2% өкпе ауруларының, оның ішінде бронхиттерді темекі тартудан туындайды деп есептейді екен. Сұрақнамаға қатысқандардың бірде-бірі темекіні пайдалы деп көрсетпеген.

Студенттердің 69,1% темекі тартудан адамның ойлау және физикалық жұмыс атқару қасиеті төмендейді деп атап көрсетсе, 99,2% ана құрсағындағы жеткіншектің денсаулығына жіне өміршендігіне зиянды деп есептеген.

Темекі тарту оқиғаларының таралу деңгейі студенттердің жасы мен жынысына және оқитын курсына тікелей байланысты болып шықты. Бірінші курстағы ер жігіттердің 39,4%, қыздардың 4,2% темекі тартса, VI курстағы ер жігіттердің; 64,3%, қыздардың 12,3% темекіге салынған.



Сұрақнаманы жан-жақты сараптау, I курс студенттерінің 26,7% алкогольдік ішімдікті қабылдайтындығын анықтады. Ер балалар арасындағы алкогольдік ішімдікті қабылдайтындардың үлес салмағы 20,7%, ал қыз балалардың арасында 14,0% болып шықты.

IV курстан сұрақнамаға қатысқан студенттердің 36,7% алкогольдік ішімдіктерді қабылдайтын болып шықты. Бұл жерде алкогольдік ішімдікті қабылдайтын ер балалар (47,6%) мен қыздардың (25,4%) да үлес салмағы айтарлықтай жоғарылады.

V және VI курстағы студенттер арасындағы алкогольдік ішімдікке салыну оқиғаларының деңгейі 69,7%-дан 79,8% артқаны анықталды.

Жалпы сұрақнамаға қатысқан респонденттердің орта есеппен 46,7% алкогольдік ішімдікті қабылдайтын болып шықты. Олардың арасындағы ер балалардың алкогольдік ішімдікке салыну үлесі 57,9% болса, қыздардың үлес салмағы 34,3% болып шықты.

Сонымен ер балалар мен қыздар арасындағы алкогольдік ішімдікке салыну оқиғаларының таралу деңгейі курстан курсқа жоғарылап, бұл әдеттің кеңінен етек ала бастағандығын байқатады.

Студенттердің 77% алкогольдік ішімдікті жылына 5-6 рет қана қабылдайтын болып шықты. Оның ішінде ер балалардың үлес салмағы 67,4%, қыздардың үлес салмағы 87,7% екен.

Спирттік ішімдіктерді айына 1 рет қабылдайтындардың үлес салмағы 14,2% жетсе, оның ішінде ер балалардың үлес салмағы 20,8%, қыздардың үлес салмағы 6,8% құрады.

Айына 2-4 рет спирттік ішімдіктерді қабылдайтындар 8,0% құраса, ер балалардың үлес салмағы 10,2%, қыздардың үлес салмағы 5,5% болып шықты.

Аптасына 1-3 рет алкогольдік ішімдікке салынатындар 0,8% құраса, олардың барлығы дерлік (1,6%) ер балалардың үлесіне тиеді екен. Алкогольдік ішімдікті аз мөлшерде қабылдаудың өзі адамдардың сезім, қозғалыс және психика қызметтерін өзгертеді.

Сұрақнамаға қатысқан алкогольдік ішімдікті қабылдайтын студенттердің 40,6% 11-13 жа-

стан бастап спирттік заттарды қабылдаған болса, 41,7% 14-15 жастан, қалған 17,7% 16-17 жастан бастаған болып шықты.

Алкогольдік ішімдікті қабылдаудың негізгі себебі «көңіл көтеру» деп студенттердің 35,4%, «достарымды қолдау» үшін деп 27,9%, «тағамға тәбетін көтеру» үшін деп 12,4%, «батыл болу» үшін деп 10,3% көрсеткен, ал 14 % себебін айта алмаған.

Респонденттердің 22,3% алкоголь адамның жұмысқа қабілетін арттырады десе, 77,7% олардың құрамында калориясы жоғары заттар мен витаминдер бар деп көрсеткен.

Сұрақнамаға тартылған студенттердің 83,5% спирттік ішімдікті қабылдауға даяр екендігін байқатты.

7-кестенің деректеріне қарағанда I курста оқитын ер балалар мен қыздардың алкогольдік ішімдікке салыну мен бүкіл ағза жүйелерінің патологиялары арасындағы байланыс туралы хабардарлық деңгейі аса жоғары еместігін көрсетті. Ер балалар мен қыздардың алкогольдік ішімдіктің бүкіл ағзаға зиянды екендігін білмейтіндері 40% жақындаған.

IV курстағы студенттердің осы саладағы білімі біршама жоғарылағандығын байқатты.

V және VI курс студенттерінің арасындағы қыздардың алкогольдік ішімдіктер мен бүкіл ағза жүйелерінің патологияларының арасындағы байланыс туралы деректері айтарлықтай жоғарылап 81,8 -87,9% жеткен. Ал, ер балалардың құлақдарлығы 67,5-79,3% ғана жеткен ($P < 0,01$).

Жалпы осы мәселе туралы қыздардың білімі (77,5%) ер балаларға қарағанда (68,5%) шынайы жоғары болып шықты.

Сонымен, оқу өтілі артқан сайын жігіттер арасындағы темекіге салынушылардың үлес салмағы 39,4%-дан 64,3% дейін, қыздар арасында 4,2%-дан 12,3% дейін жоғарлаған. Алкогольдік ішімдікті қабылдайтын 1 курс жігіттердің үлес салмағы 20,7% және қыздардың үлес салмағы 14,0% болса, 6 курстағылар арасында жынысына қарай 79,8% және 28,7% жетті.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Бектібаева Н.Ш. студенттер арасында жүрек – қан айналу жүйесі аурулары бойынша алғашқы профилактиканы және медициналық



көмекті ұйымдастыруды жетілдіру. // Медицина ғылымдарының кандидаты ғылыми дәрежесін

ізденуге арналған диссертацияның авторефераты. – Алматы, 2007ж – 18 бет.

РЕЗЮМЕ

Результаты социологического исследования и медицинского обследования студентов ЮКГМА показали, существенную роль факторов образа жизни в формировании показателей здоровья респондентов. Несформированность здорового образа жизни у студентов, является показателем заболеваемости студентов и имела стойкую тенденцию к росту. Это свидетельствует, в частности, о том, что весь комплекс факторов образа жизни и социально-гигиенических условия жизнедеятельности и обучения в вузе не обеспечивает оптимизации состояния здоровья студентов.

SUMMARY

Results of sociological research and medical examination students of SKSMA have shown, an essential role of factors of a way of life in formation of parameters of health of respondents. A parameter of disease of students proof tendency to growth. It testifies, in particular, that all complex of factors of a way of life and socially-hygienic a condition of ability to live and training in high school does not provide optimization of a state of health of students.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН ОБЛЫСЫНЫҢ ЖАЙСЫЗ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ-ГИГИЕНАЛЫҚ ЖАҒДАЙДЫҢ МИГРАНТТАР АУРУШАНДЫҒЫНА ТИГІЗЕТІН ӘСЕРІН БАҒАЛАУ

А.А.Есалиев

М.Сапарбаев атындағы Оңтүстік Қазақстан гуманитарлық институты

Тұрғындардың денсаулығы қоршаған экологиялық-гигиеналық орта жағдайына баға беруде қолданылатын индикаторлық көрсеткіш болып табылады/1/. Осы мәселенің өзектілігін есепке ала отырып, мигранттардың Оңтүстік Қазақстан облысы аумағында өмірсіруі және адаптациясының барысының аурушандық көрсеткішіне тигізетін әсерін гигиеналық тұрғыда бағалау жұмысын қолға алдық. Оның барысында, Оңтүстік Қазақстан облысының әрбір климаттық-географиялық және санитарлық-экологиялық аумағында қоныстанған мигранттардың денсаулығына қоршаған ортаның тигізетін әсері зерттелді.

Мигранттардың аурушандығын зерттеу әйелдер мен еркектердің көрсеткіштерін салыстыра отырып миграция кезеңіндегі аурушандық көрсеткішінің орташа деңгейін, миграциядан кейінгі бес жыл ішіндегі аурушандық

көрсеткішінің ең жоғарғы деңгейінің қалыптасу кезеңін анықтауға қол жеткізді.

Миграцияның бастапқы кезеңінде аурушандық көрсеткішінде тыныс органдарының қалыптасу деңгейі бірінші рангалық орын алды. Әйелдер арасында осы аурудың деңгейі 182,4% құраса, оның ең жоғарғы деңгейі миграциядан кейінгі бесінші жылы 183,7% жетті. Ер кісілердің арасында тыныс жүйесі ауруларының миграция алдындағы деңгейі 184,3% құраса, бес жылдан кейін 186,9% жетті. Оның ең жоғарғы деңгейі төрт жылдан кейін тіркелді (187,3%). Алынған статистикалық деректер тыныс органдары ауруларының деңгейі әйелдер мен ер кісілер арасында әр түрлі болып қалыптасқан. Жаңа қонысқа орналасқан жылдары әйелдер мен ер кісілер арасында тыныс органдары аурулары айтарлықтай жоғарылаған. Әйелдер арасында



бұл аурулардың арту деңгейі бес жылда 0,7% жетсе, ер кісілер арасында 1,4% артты. Екінші рангалық орында жүйке жүйесі аурулары орналасқан. Ер кісілер арасында 93,7% болса, әйелдер арасында 92,3% - ге дейін жетіп отыр. Бес жыл ішінде мигранттардың арасындағы жүйке жүйесі ауруларының деңгейі ер кісілер арасында 32,6% артса, әйелдер арасында 30,9% жоғарылаған.

Осы жылдары қан айналу жүйесі ауруларыда айтарлықтай жоғарылаған. Әйелдер арасында оның деңгейі бес жыл аралығында 12,8% артса, ер кісілер арасында 14,4% дейін жоғарылаған. Осы кезеңде психикалық аурулар деңгейі де айтарлықтай жоғарылаған. Әйелдер арасында оның деңгейі 19,4% артса, ер кісілерде 21,6% жоғарылаған.

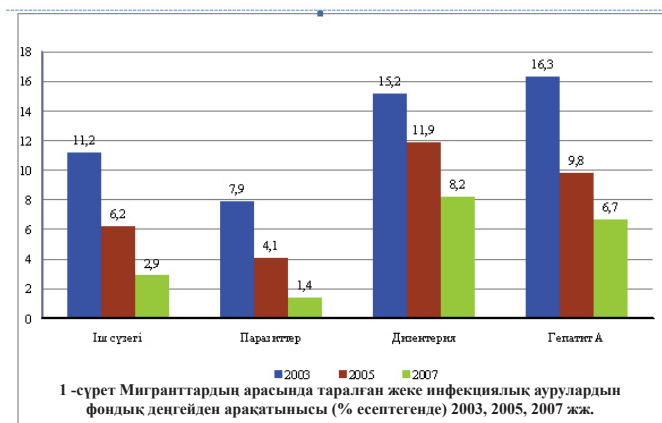
Ас қорыту жүйесі ауруларының деңгейі әйелдер арасында 9,4% жоғарыласа, ер кісілерде ол көрсеткіш 21,2% артқан.

Дәл осындай жағдай сүйек-бұлшық ет жүйесі мен дәнекер тканінің ауруларын сарақтау да анықталып отыр. Бұл аурулардың деңгейі әйелдер арасында бес жыл ішінде 9,4% артса, ер кісілер арасында 21,2% жоғарылаған.

Өзге патологиялар бойынша нақты жоғарылау байқалмайды.

Сонымен бес жыл ішінде мигранттар арасында аурушандық деңгейінің нақты жоғарылауы жүйке жүйесі аурулары, қан айналу жүйесі патологиялары, ас қорыту органдары мен сүйек-бұлшық ет жүйесі мен дәнекер тканінің аурулары арасында көрініс беріп отыр. Алынған заңдылықтар мен қоршаған орта себептері арасындағы байланыс нақтылығын анықтаудың маңызын айтпаса да түсінікті.

Сондықтан біздің алдымызға қойған міндетіміздің бірі ауыз сумен қамтамасыз ету сапасы мен инфекциялық аурулардың таралуы арасындағы байланыс тығыздығын анықтау болып табылады. Оның ішінде іш сүзегі, А,В,С паратифтері және сальмонеллездер, жедел ішек аурулары, бактериалдық дизентерия, А гепатиты бар. Мигранттардың инфекциялық аурулармен ауыру деңгейі фондық деңгейден 2003 жылы 7,9% - дан 16,3% - ға жоғары болса, 2007 жылы 1,4% - дан 6,7% дейін төмендеді (1 сурет).



Осы жағдай инфекциялық аурулардың мигранттар арасында жергілікті тұрғындарға қарағанда жоғары екендігін көрсетеді.

Сумен қамтамасыз ету сапасы мен ішек инфекциясының және жеке бейэпидемиалық аурулардың арасындағы байланысты зерттеу көптеген заңдылықтардың бетін ашатындығы айқын. Іш сүзегінің 2003 жылдан 2008 жылға дейінгі таралу динамикасын сараптау бастапқы кезеңде (2003 жылы) іш сүзегі ауруының мигранттар арасында қалыптасу деңгейі әкімшілік аумақтарындағы су сапасымен тікелей байланысты екендігін көрсетіп отыр. Бұл көрсеткіш Шардара (0,9 әрбір 100000 мигрантқа балап есептегенде), Созақ (0,9 ‰), Отырар (0,9 ‰), Бәйдібек (0,8 ‰), Мақтарал (0,8 ‰), Түркістан (0,8 ‰), Қазығұрт (0,8 ‰) аудандарында өте жоғары деңгейде қалыптасқан. Ал Шымкент (0,2 ‰), Кентау (0,2 ‰), Түркістан (0,3 ‰) қалалары және Сары – Ағаш (0,4 ‰) және Түлкібас (0,5 ‰) аудандарында бұл аурудың мигранттар арасындағы деңгейі жоғарыда аталған аудандардағы көрсеткіштерден 2 есеге дейін төмен екендігі байқалады. Соңғы бес жыл ішінде осы аурудың таралу динамикасы оның біршама төмендегендігін көрсетіп отыр. Осыған қарағанда мигранттардың жергілікті сумен қамтамасыз ету жағдайына бірте-бірте бейімделе бастағандығын көрсетеді. Сонымен бірге Оңтүстік Қазақстан облысында сапалы ауыз су бағдарламасы да оңды нәтиже бере бастағандығын байқатса керек. Осы келтірілген мигранттардың А,В,С паратифтерімен ауыру динамикасы көрсеткіштің орта есеппен облыс аумағында 100000 мигрантқа балап есептегенде 0,3-0,5 оқиғаға дейін жететіндігін көрсетіп отыр.



Осы аурудың мигранттар арасындағы ең жоғары деңгейі Арыс, Созақ, Отырар, Ордабасы, Шардара және Қазығұрт аудандары мигрант тұрғындары арасында қалыптасып отыр.

100 000 мигрантқа балап есептегенде жедел ішек ауруларының таралу деңгейі орта есеппен 446,7 %о ден 498,7%о ге дейін жетеді. Оның ең жоғары көрсеткіші Отырар (649,2 %о), Ордабасы (614,7 %о), Мақтарал (618,4 %о), Бәйдібек (609,8 %о), Созақ (627,3 %о), Шардара (693,3 %о) аудандарына қоныстанған мигранттар арасында кездесіп отыр. Сальмонеллезбен ауыру деңгейі де жоғарыдағы заңдылықтарды қайталап отыр. Оның ең жоғары деңгейі су сапасы нашар аудандарда 59,3 %о ден 63,9 %о дейін жетіп отыр. Ал қалаларда қоныстанған мигранттар арасында 23,1 %о ден 30,2 %о -ге дейінгі аралықта орналасқан.

Ішек инфекциясының көпжылдық динамикасы бірте-бірте төмендеуімен сипатталады. Алайда бұл динамикалық төмендеудің табиғи айналымдармен байланысы жоқпа де-

ген сұрақ туады. Сонымен қатар, бұл жағдай санитарлық-эпидемиологиялық шаралардың тиімділігімен де байланысты болуы мүмкін. Алайда, инфекциялық аурулардың төмендеуі статистикалық тіркеу жұмыстарының сапасыздығымен де байланысты болуы ықтимал.

Бейэпидемиялық аурулардың динамикасын зерттеу мүлдем өзгеше жағдайдың бетін ашты.

Осы жерде айта кететін мәселе, ауыз су сапасы мен ішек инфекциясының арасындағы байланыс тығыздығын анықтау аса қиындыққа түспейді.

Ал, бейэпидемиялық аурулар динамикасы мен ауыз су сапасы арасындағы байланыс тығыздығын анықтау үлкен қиындық туғызатындығы анық.

Әдебиеттер:

1. Есимова А. Основные миграционные тренды в Южно-Казахстанской области и их особенности. // Наука и образование Южного Казахстана. 2006. №12, с. 12-16.

РЕЗЮМЕ

Исследование показало, что самый высокий уровень заболеваемости среди мигрантов достигает в течении первых пяти лет после их поселения на новое место жительства.

SUMMARY

Research has shown, that the highest level of disease among migrants reaches during first five years after their settlement on a new residence.

РЕПРОДУКТИВТІК ЖАСТАҒЫ МИГРАНТ ӘЙЕЛДЕР МЕН СӘБИЛЕР ДЕНСАУЛЫҒЫНЫҢ ҚАЛЫПТАСУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ.

А.А.Есалиев

М.Сапарбаев атындағы Оңтүстік Қазақстан гуманитарлық институты

Бұл ғылыми еңбектің алдына қойған мақсатының бірі репродуктивті жастағы әйел мен сәбилер денсаулығының қалыптасу ерекшеліктерін зерттеу болып табылады.

Осы мәселелерді шешу мақсатында ми-

грант әйелдер арасында сұрақнама жұмысын жүзеге асырдық. Осы сұрақнамаға мигрант әйелдердің көшуге дейінгі, көшу барысындағы және көшуден кейінгі кезеңдердегі денсаулық жағдайы мен оған зиянды әсерін тигізетін



себептердің таралу деңгейі қарастырылған. Сонымен қатар мигрант әйелдер денсаулығын терапевтер мен акушер-гинекологтардың бағалау қорытындылары алынды.

Сәбилер мен нәрестелердің денсаулығы мен аурушандылығы туралы мәлеметтерді де аналар арасындағы сұрақнама барысында және педиаторлардың балалардың амбулаторлық картасындағы келтірілген медециналық деректерге сүйене отырып жинақтаған.

Зерттеу барысында алынған деректі мәлеметтер мигрант әйелдердің қажетсіз

жүктіліктен ақтанушылардың үлес салмағы 38,9% жететіндігін, ал олардың ішіндегі үнемі сақтанатындардың үлес салмағының бар болғаны 12,3% аныталды.

Ал әйелдердің әр түрлі кезеңдегі репродуктивті жағдайын бағалау, миграцияға дейінгі кезеңде жүктілікті тоқтататын тастау оқиғаларының миграция барысындағы және жаңадан қоныстанған жердегі кезеңдегі көрсеткіштерінен айтарлықтай төмен болғандығын көрсетті (5.1. кесте).

1 Кесте. Облыс аумағындағы ауыз суларының химиялық құрамы бойынша ерекшеліктері.

Көрсеткіш	Оптималдағы құрамдағы ауыз су	Жоғары дәрежеде минерализацияланған ауыз су	Тұщыландырылған ауыз су
Жалпы минерализация, мг-экв/л	809 ± 12,3	$\frac{3050 \pm 10,9}{29,20 \pm 16,3}$	680 ± 89,3
Кермектілігі, мг-экв/л	5,9 ± 3,0	$\frac{17,6 \pm 3,4}{24,0 \pm 6,1}$	5,05 ± 0,3
Кальций, мг/л	90,7 ± 6,5	$\frac{201 \pm 10,4}{230 \pm 12,5}$	59,2 ± 7,4
Магний, мг/л	1,7 ± 0,3	$\frac{113,9 \pm 9,8}{146,2 \pm 12,3}$	44,3 ± 8,4
Хлорид, мг/л	150 ± 22,3	$\frac{547,1 \pm 39,2}{700,0 \pm 40,0}$	188,1 ± 7,8
Сульфаты, мг/л	77,8 ± 8,2	$\frac{430,1 \pm 64,4}{750 \pm 36,0}$	216 ± 15,9
Темір, мг/л	0	1,75 ± 0,68	-

Миграция дейінгі кезеңде жүктіліктің асқынуы бойынша бірінші рангалық орынға кеш пайда болатын токсикоз (34,2%), екінші рангалық орында анемия (17,2%) орналасқан. Ал анемия мен токсикоздың қатар келген оқиғаларының үлес салмағы 7,8% дейін жеткен. Жүкті әйелдер арасында түйісік тастау қауіпі барларының үлес салмағы да айтарлықтай жоғары(8,0%) болып келеді.

Миграция барысында жоғарыдағы заңдылықтар сақталады. Бұл жағдай анемияның үлес салмағы 24,7% дейін жоғарылады. Ал анемия мен токсикоздың қатар келуі де жоғарылады (9,4%). Түсік тастау қауіпі 10,2% көтерілді. Айта кететін жағдай миграция кезінде тасикоздың үлес салмағы (34,2%) миграцияға дейінгі үлес салмағынан (29,4%) төмендеді.

Зерттелген үш кезеңнің барысында жүктілігі асқынғандардың үлес салмағы 59,5%- дан 70,3%- ға дейін артып отыр.

Жаңа қоныстағы өмір сүру барысында анемияның деңгейі 32,0% дейін, токсикоздардың деңгейі 35,0% дейін, ал анеми мен токикоздың бірге кездесу оқиғалары 10,9% дейін өсті. Алынған ғылыми нәтижелер миграция мен жаңа қонысқа адаптациялау барысында репродуктивті жастағы әйелдердің жүктілігі көптеген асқынулар арқылы жүреді екен. Мигранттар

Оңтүстік Қазақстан облысы аумағында ауыз су құрамының зиянды микроэлементтердің әсеоіне ұшырайды.

Осы жағдай әйелдердің репродуктивтік денсаулығына да өзіндік әсерін тигізеді об-



лыс аумағындағы ауыз су көздерін химиялық құрамы бойынша үш топқа бөлуге болады.

I кестедегі деректерге қарағанда ауыз судың жоғары дәрежедегі минерализациясы хлоридті сульфаттың класстағы топтарға жатпайтындығын анықтады.

Минерализацияның жалпы деңгейі 2,9-3,05 г. екендігі байқалады. Тұщыландырылған және оптималды құрамдағы ауыз су құрамының сапалық тұрғыдағы айырмашылығы жоқ екендігін көреміз.

Зерттелген репродуктивті жастағы әйелдер қабылдайтын ауыз судың құрамы жағынан үш тоқа жіктеледі. I-ші топтағы репродуктивті жастағы әйелдер жоғары дәрежеде минерализацияланған ауыз сумен қолданады, II-ші топтағы әйелдер тұщыландырылған суды қабылдайды, ал III-ші топтағы әйелдер оптималды құрамдағы ауыз сумен қолданылады.

Әрбір топтың құрамы климаттық, тұрмыстық, еңбек ету жағдайы, демалыс әдептері, тамақтану ерекшеліктері, медициналық көмекпен қамтамасыз етілуі және жергілікті жерде өмір сүру ұзақтығы сияқты көрсеткіштердің бірыңғай болумен анықталады.

Жастарына қарай барлық топтың құрамы төмендегідей болып қалыптасады. 20 жасқа дейінгі әйелдер - 2 ден 5% дейін, 21-30 жас аралығында – 26,0 дан 32% дейін, 31-40 жасқа дейінгі әйелдер-35,8 дан 42,9% дейін, 41-50 жас аралығында – 25,3 тен 27,0% дейін болып шықты. Зерттелгендердің басым бөлігі тұрғылықты жерде 5 жылдан астам өмір сүрген болып отыр.

Менструалдық қызметтің жағдайын салыстырғанда, оның ең үлкен бұзылыстары I-ші топтағы, минерализациясы жоғары дәрежедегі ауыз суды қолданған репродуктивті жастағы әйелдерде байқалады. Осы топтағы әйелдерде қысқа ұзақ және менструациялық желінің үлес салмағы жоғары болды. Осы топта ұзақ және көп мөлшерде жүретін менструация жиі кездеседі. Менструалдық қызметтің бұзылыстары барлық зерттеу топтарында байқалады.

Осы топтағы әйелдерде қысқа және ұзақ

қалыптан ауысқан менструациялық желінің үлес салмағы жоғары болды (21 күннен төмен; $P < 0,001$). Осы топта ұзақ және көп мөлшерде жүретін менструация жиі кездеседі ($P < 0,001$) (5.3 кесте).

Менструациялық қызметтің бұзылыстары барлық зерттеу топтарында байқалады. Оның ішінде I-ші топтағы әйелдерде менструациялық қызметтің бұзылыстары ерекше жоғары ($68,17 \pm 2,83 \%$, $P < 0,001$). Осы топтағы тұлғаларда гиперменструалдық синдром түріндегі бұзылыстар өте жиі кездеседі ($32,63 \pm 2,82 \%$, салыстыру тобында $11,01 \pm 3,12 \%$, $P < 0,001$). Ал менструалдық патологиялардың өзге түрлері, оның ішінде гипоменструалдық синдром мен альгодисменорея да жоғары дәрежедегі минерализацияланған ауыз су қабылдағандарда көп кездеседі.

Репродуктивті қызметтің жағдайы 5.4. кестеде көрсетілген. Оның деректері жоғары дәрежеде минерализацияланған ауыз суды қабылдағандар арасында жүктілік ($5,84 \pm 0,19 \%$, $P_{1-2} < 0,05$) өзге топтардағы көрсеткіштерден анағұрлым төмен (II топта – $6,29 \pm 0,34$, III топта – $6,68 \pm 0,36 \%$). I топтағы әйелдерде өздігінен туындайтын түсік тастау оқиғалары мен жүктіліктен туындайтын патологиялардың үлес салмағы да өзге топтарға қарағанда айтарлықтай жоғары.

I топқа жататын әйелдердің босану үрдісі көптеген асқынулармен көрініс береді. Оның ішінде, шарананың айналасындағы судың уақытсыз кетуі, босанудың дұрыс жүрмеуі, патологиялық қан кету және тағы басқа ауытқулар кездеседі. Осы жерде нәрестелердің ерте неонаталдық кезеңіндегі денсаулық жағдайын бағалаудың маңызы өте маңызды және өте өзекті деп айтуға болады.

Әдебиеттер:

1. Есалиев А.А., Алтынбеков Б.Е., Булешов М.А., Куандыков Е.Н. Влияние степени минерализации воды на состояние репродуктивной функции женщин. Вестник Южно-Казахстанской медицинской академии № 10-11 Шымкент, 2002 -С.68-70.

РЕЗЮМЕ

Среди женщин-мигранток репродуктивного возраста Южно-Казахстанской области, распределенных в I группу



чаще наблюдаются такие сдвиги в здоровье как, преждевременное отхождение околоплодных вод, неблагоприятные роды, патологическое кровоизлияние и другие.

SUMMARY

Among women-migrants of reproductive age of the South Kazakhstan oblast, distributed in I group such shifts in health as, premature leaving the pre-natal waters, adverse childbirth, a pathological bleeding and others are more often observed.

РОЛЬ ВРАЧЕЙ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА УРОВНЕ ПМСП И ФЗОЖ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.

Т.С. Хайдарова, Р.Н. Нурмуханбетова, А.А. Акимбаева
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

В современных условиях развития здравоохранения приоритетность профилактической направленности и ФЗОЖ остается актуальной задачей. Уровень обеспеченности медицинскими работниками должен исходить не только от общей численности населения, и от уровня заболеваемости, и демографических показателей и объема профилактической работы /1/.

ВОЗ определила пороговую величину удельной плотности распределения кадровых ресурсов, ниже которой высокий уровень охвата основными медико-санитарными мероприятиями, в том числе профилактикой весьма маловероятен /2/.

Проблема кадровой политики выходит за пределы компетенции только системы здравоохранения и непосредственно увязана с текущими проблемами социально-экономического развития государства /3/. Так, в современных условиях Казахстана серьезной проблемой является отсутствие адекватных законодательно-нормативных документов по организации и нормирований профилактической работы, медицинской помощи сельскому населению, штатного нормирования кадрового обеспечения. Несмотря на существенные перемены в стране, вследствие перехода в другую социально-экономическую формацию принци-

пы планирования и финансирования отрасли здравоохранения существенно не изменились, решение проблем развития здравоохранения, в частности кадровых, недостаточны, и больше ориентированы на экстенсивный путь развития. Проблемы реализации профилактической направленности так же не решены.

Целью данного исследования явилось изучение состояния кадрового обеспечения врачами для усиления профилактической деятельности в организациях ПМСП по республике. В работе использованы данные Мединформ Министерства здравоохранения Республики Казахстан за 2005-2006 годы и данные статистического сборника МЗ РК за период с 1990 года по 2005 годы по кадровому потенциалу системы здравоохранения.

Так, по статистическим данным установлено, что в 2006 году 57,4% составляло городское население, 42,6% - сельское. Анализируя ситуацию в Казахстане в отношении обеспеченности врачебными кадрами, следует отметить в последние годы (начиная с 2005 года) некоторую стабилизацию.

Начиная с 1990 года к 2000 году по Республике Казахстан численность врачей сократилась на 28,9%. С 2002 года отмечается незначительный прирост кадров (2000 г. - на 5%, 2001



на 4,5%, 2003 - на 2%, 2004 - на 3%, в 2005 г на 4% в сравнении с предыдущим годом).

В настоящее время в Республике Казахстан трудятся 54613 врачей всех специальностей (без зубных), что составляет 36,6 врачей на 10 тысяч населения (данные 2006 года). В здравоохранении республики имеются диспропорции в территориальном распределении специалистов, о чем свидетельствует значительная вариабельность показателей кадровой обеспеченности населения разных административно-территориальных единиц. При средне - республиканском показателе обеспеченности населения врачами, равном 36,6 врачей на 10 тыс. населения (2006 г.), он существенно ниже в большинстве административных областей Казахстана: Акмолинской, Алматинской, Атырауской, Жамбылской, Костанайской, Северо-Казахстанской, Южно-Казахстанской, но выше - в Актюбинской, Карагандинской областях.

В разрезе отдельных городов отмечается преимущественная концентрация медицинских кадров в крупных городах - в г.Алматы (76,4 врачей на 10 тыс.) и Астане (60,4 врача на 10 тыс.). Однако численность врачей на 10000 населения в сельских административных районах практически в 4,5 раз ниже, чем в городах.

В разрезе пола врачей-женщин в 2,5 раза больше мужчин. Анализ соотношения врачей в зависимости от стажа работы показал относительно равномерное распределение.

Номенклатура врачебных должностей в учреждениях здравоохранения СССР включала 79 врачей-специалистов. В Номенклатуре врачебных должностей и специальностей, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 июня 2003 г № 458, перечислено 140 врачебных специальностей, следует отметить чрезмерную узкую специализацию врачей.

Таблица 1

Обеспеченность населения врачами (без зубных) в Республике Казахстан в 2005-2006 гг. (на 100 тыс. населения). данные Мединформ МЗ РК.

Наименование областей	Численность врачей всех специальностей (без зубных) на 100 тыс. человек населения			
	городское население		сельское население	
	2005	2006	2005	2006
Респ.Казахстан	54,4	54,7	12,1	12,5
Акмолинская	53,6	52,7	9,0	8,8
Актюбинская	74,7	74,1	13,6	13,5
Алматинская	48,1	42,2	8,1	9,7
Атырауская	41,5	41,1	15,1	14,3
В-Казахстанская	53,8	54,9	15,3	14,8
Жамбылская	39,7	39,5	12,6	12,4
З-Казахстанская	49,8	48,9	16,0	16,0
Карагандинская	44,4	46,9	29,1	30,1
Кызылординская	51,0	51,7	6,4	6,2
Костанайская	40,6	39,0	8,0	9,2
Мангыстауская	42,0	46,4	14,9	14,8
Павлодарская	51,8	50,7	13,1	13,2
С-Казахстанская	54,3	51,5	9,1	8,7
Ю-Казахстанская	53,5	53,0	13,2	13,1
г. Астана	62,8	72,7	0,0	0,0
г.Алматы (вкл.респ.орг.)	76,0	73,9	0,0	0,0
в т.ч. г.Алматы	52,2	50,7	0,0	0,0
вт.ч. респ.организации	0,0	0,0	0,0	0,0

Сравнение распределения основных врачебных специальностей показало, что самой мно-

гочисленной является профессиональная группа врачей терапевтического профиля (22,5%),



превышающая удельный вес всех основных врачебных специальностей: хирургическо-го профиля (10,9%), педиатров (11,0%), акушеров-гинекологов (7,1%). Группа врачей других специальностей объединяет группы врачей других узких лечебных специальностей и прочих специальностей (48,5%). В странах зарубежья доля врачей общей практики составляет более 70%, а у нас в Республике Казахстан - всего 22,5 % врачей терапевтического профиля и 11 % - педиатров.

Обеспеченность врачами выше в городской местности по сравнению с сельской местностью в 4,5 раз (2006 г.), что снижает доступность медицинской помощи сельскому населению, и обеспечение профилактической направленности. Отмечается неравномерность в распределении кадров по специальностям (акушер - гинекологами, кардиологами, эндокринологами, психиатрами, окулистами и др.) по регионам, что также снижает обеспечение профилактической работы в ЛПО. Наиболее высокая обеспеченность врачами кардиологами,

эндокринологами, акушер – гинекологами, психиатрами, онкологами, окулистами в гг. Астана и Алматы. На уровне среднереспубликанских - обеспеченность врачами-кардиологами в Актюбинскрй, ВКО, ЗКО, Карагандинской, Мангыстауской областях. Высокий коэффициент выбывания и увольнений врачей и медицинского персонала среднего звена (МПСЗ) (отмечен в г.Алматы, Алматинской области и др. регионах) обусловлен низкой заработной платой и тяжелыми условиями труда.

Литература:

1. Девятко В.Н., Аканов А.А. Здоровье народа и здравоохранение Каззахстана в переходный период: опыт, уроки, проблемы. Алматы, 1999.- 140с.
2. Здоровье –21- Здоровье для всех в 21-ом столетии. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ,1999г.
3. Тасмагамбетов И.Н. О состоянии и перспективах развития здравоохранения в Республике Казахстан. Выступление на Парламентских слушаниях. Астана. 30 апреля 2001 г.

ТҮЖЫРЫМ.

Қазақстан республикасындағы БМСҚ аурулардың алдын алуда әсіресе ауылды жерлерде дәрігерлердің жетіспендігі анықталды. ҚР 22,5% терапия мамандарының құрамына тисе, 48,5 % басқа аймағы шектеулі дәрігер мамандардың құрамына тиесілі болғандығы СӨСҚ жақсы жүргізуге кедергісін тигізуде.

SUMMARY

Thus, the analysis of supply by doctors –of PHC medical organizations has shown low staff supply of primary health care, especially in a countryside, therapeutic structure (22,5 % on RK, are observed very narrow specialization of medical specialties (their share makes 48,5 %) that has undoubtedly adverse effect on prevention and healthy lifestyle development..

ОСОБЕННОСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ ВРАЧЕЙ В ВЫСОКОРАЗВИТЫХ СТРАНАХ МИРА.

М.Е.Абилдаева

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Во многих странах мира существует система последипломного медицинского образования, выполнение требований которой имеют

значение при решении вопроса продления врачам действия их лицензий на осуществление медицинской практики. Структура последи-



пломной подготовки в развитых странах такого: специализация или «продвинутое» медицинское образование с целью приобретения определенной медицинской специальности (5-7 лет) и продолженное медицинское образование (повышение профессиональной квалификации) врачей-специалистов. Система повышения профессиональной квалификации (непрерывное усовершенствование) - неотъемлемая часть медицинского образования в целом. В большинстве стран усовершенствование медицинских специалистов организовано в форме курсов различной продолжительности, практикуются обязательные программы усовершенствования для врачей с определенной периодичностью [1].

В Великобритании после успешного окончания медицинской школы и получения диплома с присвоением степени бакалавра медицины или бакалавра хирургии молодые врачи должны в течение одного года пройти программу подготовки под контролем врача-консультанта с обязательной отработкой мануальных навыков. Этот период называется предварительной регистрацией в аккредитованных больницах. В период специализации врачи-стажеры в течение 1-3 лет обучаются в специализированных больницах. После сдачи экзаменов и прохождения «станций» мануальных навыков, стажер может стать врачом общей практики GP (General Practices) или просто врачом в больнице (hospital doctor). Британские врачи проходят лицензирование в Генеральном медицинском совете. Высшая специализация - HST (Higher Specialist Training) предусматривает обучение в течение 4-6 лет, по окончании которого вручается сертификат о завершении специального обучения [2,3]. Современное медицинское образование в Европе построено следующим образом. Первый этап - додипломное медицинское образование продолжительностью 6 лет, которое осуществляется согласно требованиям Национальных стандартов образования и стандартов Всемирной Федерации медицинского образования (ВФМО). Ответственность за качество подготовки несут вуз, Министерство образования и науки, Министерство здравоохранения. Второй уровень - последипломное медицинское образование, которое длится от 1 до

10 лет соответствует требованиям стандартов образования ВФМО, стандартов медицинской помощи. Ответственность за образование несут вуз, клиника и врач-интерн; врач-ординатор, медицинские ассоциации и Министерство здравоохранения. Следующий уровень - непрерывное профессиональное развитие (НПР) врача в течение всей карьеры (30-40 лет) согласно требованиям ВФМО, стандартам медицинской помощи, достижениям науки. Ответственность за проведение третьего этапа образования возлагается на медицинские ассоциации, Министерство здравоохранения и самого врача [4]. Одним из требований обеспечения непрерывности медицинского образования является повышение квалификации медицинского персонала всех уровней - от работников больничных прачечных до руководства больниц. Повышение квалификации медицинского персонала определяют уровень их самооценки, а также повышают их мотивацию и стремление к совершенствованию [5,6].

В Канаде после окончания медицинской школы канадские студенты-медики сдают государственные экзамены в Медицинском лицензионном совете, который осуществляет их допуск к практической деятельности. Национальные корпорации терапевтов и хирургов в провинциях определяют критерии специализации врача-интерна и дают разрешение на работу в данной провинции. В процессе прохождения специализации врач-интерн дважды сдает экзамены. Кроме того, специальная комиссия из сотрудников больницы, где собирается работать врач, также проверяет его знания и навыки. Каждый врач обязательно должен состоять в профессиональной организации - национальных, провинциальных ассоциациях или объединениях, которые занимаются организацией дальнейшего непрерывного обучения врачей и переквалификацией врачей каждые 10 лет [7,8]. В США в области здравоохранения на международном уровне. Создание образцовых медицинских исследовательских центров при клинических больницах университетов или медицинских учебных центров при больницах является существенным аспектом национальной программы здравоохранения. Стандарты, достигнутые



в подобных центрах, оказывают иницирующее воздействие на всю систему медицинского обеспечения страны, распространяясь по другим медицинским центрам вместе с научной информацией, полученной в результате исследований, научными публикациями и подготовленными в этих центрах специалистами. В США последипломное образование продолжается в резидентуре. Обучение в ней составляет от 3 до 5 лет. Программа резидентуры аккредитуется Аккредитационным Советом последипломного медицинского образования. Обзорные комитеты по резидентуре контролируют качество программ последипломного медицинского образования по каждой специальности и субспециальности. Лицензирование - обязательно для врачей. Экзамен на получение медицинской лицензии США 3-этапный, проводится Национальным Правлением медицинских экзаменаторов и Федерацией Медицинских правлений штатов [9,10,11]. С развитием новых технологий и организационных систем в области общественного здравоохранения разрабатываются новые методики и появляются новые направления профессиональной специализации. В Европейских странах ответственность за развитие системы непрерывного образования медицинских кадров распределяется между медицинскими работниками, учебными заведениями, профессиональными организациями и национальными здравоохранительными инстанциями. Здравоохранение, призванное обеспечить всеобщую доступность медицинских услуг, с одной стороны, и высокое качество обслуживания - с другой, является той сферой, в которой практические соображения и установление стандартов тесно взаимосвязаны. Стандарты, принятые при приеме в медицинские учебные заведения, программы подготовки и обучения, специализация в клинических областях и общинном медицинском обслуживании, требования к лицензионным экзаменам, повышению квалификации медицинских работников, государственным и региональным инстанциям, ответственным за лицензирование и выдачу разрешений на работу по специальности, должны стать частью профессионального мышления медицинских работников [12,13,14,15].

Таким образом, можно отметить, что характерными чертами последипломного медицинского образования, которые являются действенным механизмом регуляции на государственном уровне, обеспечивающим качество подготовки врачей в развитых странах мира, являются следующие:

- стандартизация всех составляющих процесса обучения: программ по уровням обучения, оборудования, уровня подготовки преподавателей, оценки результатов и качества обучения, уровня профессиональных навыков, которых обучающиеся должны достичь в конце каждой программы обучения;

- специализация продолжительностью 4-10 лет (в зависимости от специальности);

- опыт самостоятельной клинической работы под руководством опытного специалиста;

- лицензирование учебных центров в соответствии с академическими и практическими критериями аккредитационных комиссий;

- активное участие неправительственных профессиональных объединений в организации продолженного медицинского образования;

- стажировка в нескольких медицинских центрах в период обучения;

- проведение клинических и письменных экзаменов по окончании обучения в соответствии с международными стандартами на независимой основе;

- разработанные требования по переаттестации.

Литература:

1. Тойлашева М.А.. Социально-экономические аспекты последипломной подготовки врачей в условиях рыночной экономики//Известия Алтайского государственного университета, 1999-№2-С.14-28.

2. Куатбекова Р. Система медицинского образования в Великобритании//Высшая школа Казахстана-№2-2004-С.102-105.

3. General Medical Council: Tomorrow's Doctors: Recommendations on Undergraduate Medical Education.-London:GMC.- №1 December 1999.

4. Гордиенко С.М. Минздрав решительно настроен на реформу//Медицинская газета «Здоровье Украины»-Киев, 2005.-№4.-С.5-6.



5. Денисов И.Н., Мелешков В.П., Душенков П.А. Медицинские кадры: Социальная гигиена. Учебное пособие под редакцией Ю.П. Лисицина. М.: Медикосервис, 1998.-С.443-463.
6. Bender D. Bridging the gap: village health care model//Social science and Medicine, 1987.-24-P.515-528.
7. Deber R., Thompson G. Restructuring Canada's Health Service System: How Do We Get There From Here Toronto//University of Toronto Press.-1992.-P.214-225.
8. Rachinlis M., Kushner C. Strong Medicine: How To Save Canada's Health Care System//Toronto Harper Collins, 1994.
9. Walt G., Gilson L. Community Health workers in National Programs: Just another Pair of Hands? Milton Keynes PA//Open University Press, 1990.
10. World Health organization. Specialized Medical Education Region. Euro Reports and Studies 112. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 1989.
11. McKee M., Clarke A. Public Health medicine training in the European community: is there scope for harmonization?//European journal of Public Health.-1992.-2.-P.45-53.
12. The Community Health worker: Working Guide: Guidelines for Training Guidelines for Adaptation//Third Edition.-Geneva: WHO, 1987.-P.112-154.
13. Nursing Beyond the year 2000//Report of study Group.-Geneva: WHO, 1994.-P.20-25.
14. Gilson L., Walt G. National community health worker programs: how can they be strengthened// journal of Public Health policy.-1989.-Volume 10.-P.518-532.
15. Education: the Changing Medical Profession, Edinburgh, 12 august, 1983.

ТҮЖЫРЫМ

Дамыған елдер қатарына қосылу үшін денсаулық сақтау саласына айтарлықтай орын бөлінген. Бұл мақалада дамыған елдердегі дәрігерлерге білім беру, білімдердің жетілдіру ерекшеліктері туралы қарастырылған.

SUMMARY

In order to enter in the number of developed countries, considerable changes in public health service should be made. In this article characteristics of education of doctors in developed countries are considered.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ ШКОЛЬНИКОВ.

К.Т. Мырзахметов, Г.К. Қожахметова, Г.И. Джургенова

Формирование основ здорового образа жизни с малых лет, бережное отношение к своему здоровью на протяжении всей жизни является основой существования человека. Только здоровый человек может плодотворно трудиться, и приносить пользу обществу.

Резкое ухудшение здоровья учащихся во многом определяется нервной средой обита-

ния, дисгармонией между умственными и физическими нагрузками на организм учащихся в современном учебно-воспитательном процессе. Каждый выпускник школы имеет 2 или 3 заболевания, которые зачастую хронические. Лишь 10 % детей, получивших среднее образование могут считаться практически здоровыми. При этом с каждым годом объем преподаваемых



знаний увеличивается. Однако нормам и навыкам здорового образа жизни в школах по прежнему уделяется мало внимания.

Проблема формирования ЗОЖ и укрепления здоровья учащихся становится приоритетным направлением развития образовательной системы современной школы, стратегическая цель которой - воспитание и развитие свободной жизнелюбивой личности, обогащенной научными знаниями о природе и человеке, готовой к созидательной творческой деятельности и нравственному поведению. Ведущими задачами школы в настоящее время являются: развитие интеллекта, формирование нравственных чувств, забота о здоровье детей.

К основным компонентам здорового образа жизни относятся: рациональное питание, быт, организация труда и отдыха, отношение к вредным привычкам. Таковы основные слагаемые ЗОЖ. Однако весь парадокс в том, что для очень многих людей они ещё не стали руководством к практическим действиям. Внедрение их в повседневную жизнь людей требует комплексного подхода, кропотливой целенаправленной деятельности со стороны многих государственных учреждений и организаций. Поэтому оно предполагает, прежде всего, активную деятельность в этом направлении самого человека. Следование нормам и принципам ЗОЖ - долг каждого разумного человека. Сознательное отношение к собственному здоровью должно стать нормой поведения, главной отличительной чертой культурной, цивилизованной личности.

На сегодняшний день средства массовой информации, рекламные плакаты, личный пример взрослого населения и недостаток знаний о влиянии вредных привычек на организм, особенно ребенка, значительно укорачивают жизнь подрастающего поколения, ведут к деградации нации и ее медленному умиранию. По мнению врачей и ученых из всех причин преждевременной смерти, включая болезни, наследственность, экологию, природные катаклизмы и несчастные случаи, вредные привычки занимают ведущее место, и именно этот фактор является наиболее управляемым со стороны самого человека.

Вопросы влияния вредных привычек на

состояние здоровья детей особенно важны сегодня, ведь именно социальные аспекты неблагополучия в подростковой среде вызывают особую тревогу. По данным социологического опроса школьников по Кызылординской области возраст приобщения подростков к курению у мальчиков составляет 10 – 11 лет, у девочек 13 – 14. В старших классах курит примерно 37 % юношей и 10 % девушек.

На современном этапе развития нашего общества еще одним вредным пороком стало переедание, последствием чего является ожирение. Проблема ожирения в результате своей исключительно широкой распространённости в наши дни становится актуальной как никогда, так как лишний вес приводит к к многим хроническим заболеваниям.

Особым вопросом в питании школьников является применение при приготовлении пищи так называемых пищевых добавок, к которым обычно относят консерванты, смесители, стабилизаторы и красители. Эти вещества добавляются в пищу, чтобы придать ей необходимую консистенцию, вкус и запах. Многие из применяемых в настоящее время пищевых добавок, такие, как соль, уксус, желатин, перец, используются на протяжении многих веков, они всем известны, и их безвредность при приготовлении пищи ни у кого не вызывает сомнений. В то же время многие из пищевых добавок, которые стали применяться лишь в последнее время в связи с развитием промышленных технологий приготовления пищи, часто вызывают определенные возражения из-за опасности возникновения болезненных и аллергических реакций на пищу у детей. По поводу этих сомнений следует отметить, что использование пищевых добавок строго регламентируется, и прежде чем получить разрешение на использование какой-либо пищевой добавки, каждая из них проходит тщательную проверку в компетентных медицинских и правительственных органах. Проведенные к настоящему времени исследования показывают, что аллергические реакции на допущенные к употреблению пищевые добавки крайне редки (не более одного случая на тысячу), и, как правило, они не превышают числа случаев болезненных реакций на обычные продукты пита-



ния. Это следует иметь в виду при организации питания учащихся в наших школах. Добиться кардинальных изменений к лучшему в этой сфере можно только на пути промышленного приготовления стандартизированных школьных завтраков, а также специальных продуктов и напитков, которые соответствовали бы тре-

бованиям современной науки о питании человека. Надо помнить, что правильное питание наших детей в наиболее ответственный период их роста и формирования как личностей - это, прежде всего, путь к здоровью нации и залог эффективного усвоения каждым новым поколением школьников накопленных знаний.





МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ У МУЖЧИН СТАРШЕГО ВОЗРАСТА

А.М. Арингазина, Е.А. Сулейменов

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г.Алматы

Введение

В настоящее время особую актуальность приобретают различные аспекты улучшения качества жизни мужчин старшего возраста, что связано с повышением продолжительности жизни населения. Особое внимание исследователей привлекают вопросы сохранения сексуальной функции у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), так как известно, что «симптомы нижних мочевых путей» (СНМП), обусловленные ДГПЖ, являются независимыми факторами риска для развития сексуальных дисфункций /1,2/.

Для лечения симптомов ДГПЖ применяют большой арсенал терапевтических средств, использование которых требует тщательного анализа и установления баланса между положительным действием и развитием побочных эффектов, так как современные исследования показали, что терапевтические препараты способны не только контролировать СНМП, но также оказывать отрицательное воздействие на сексуальную функцию /3/.

Большой проблемой для Казахстана являются заболевания предстательной железы, которые являются одними из наиболее распространенных среди мужчин старше 50 лет, часто встречающимися являются доброкачественная гиперплазия и рак. Увеличение средней продолжительности жизни населения обуславливает возрастание числа таких пациентов.

С целью раннего выявления рака предстательной железы в развитых странах проводят регулярные скрининговые обследования мужского населения старше 50 лет. Поэтому уровень заболеваемости выше именно в развитых странах за счет раннего выявления латентных форм рака. С этим фактом также связана большая продолжительность жизни у пациентов в развитых странах (80% - в США и 40% - в развивающихся странах).

Вышеизложенное обуславливает необходи-

мость проведения профилактических осмотров мужского населения на предмет выявления заболеваний ПЖ в возрастной группе старше 50 лет.

Нами с целью разработки научно-обоснованных рекомендаций по совершенствованию первичной профилактики проведен анализ распространенности симптомов нижних мочевых путей при доброкачественной гиперплазии предстательной железы среди мужчин старшего возраста. При этом нами изучены существующие профилактические мероприятия и усовершенствованы методы первичной профилактики СНМП при ДГПЖ.

Материалы и методы

В качестве объектов исследования по типу медицинских организаций были выбраны поликлиники № 9 и № 11 г. Алматы, а также медицинский центр «Евразия». Источниками информации служили медицинские карты 180 пациентов, находящихся на амбулаторно-диспансерном наблюдении и лечении по другим нозологиям. По социальному статусу выступили мужчины старшего возраста, которые обращались впервые по поводу ДГПЖ, имели в анамнезе симптомы нижних мочевых путей и не получали лечение.

Результаты исследования

Сбор информации осуществлялся с помощью специально разработанной анкеты для скринингового выявления урологической, нефрологической и андрологической патологии.

Для анализа их анамнестических данных нами использовались Международная Шкала Простатических симптомов (IPSS) - для оценки состояния мочеиспускания и Датская Шкала Простатических симптомов (DAN-PSS-Sex), анкета о наличии или отсутствии сопутствующих заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия, ожирение и т.д.) и вредных привычек (курение, алкоголь).

Заключение

Таким образом, разработанные новые мето-



дические подходы, основанные на комплексном рассмотрении данной проблемы позволяют разработать алгоритм профилактики симптомов нижних мочевых путей при доброкачественной гиперплазии предстательной железы.

Литература:

1. Алчинбаев М.К., Хусаинов Т.Э., Исмолдаев Е.Ш. Оценка сексуальных дисфункций у мужчин с инфравезикальной обструкцией // Фармация Казахстана, 2005. - №3. - С.47-49.
2. Rosen R., Altwein J., Boyle P., Kirby

R.S., Lukacs B., Meulman E. et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7) // Eur.Urol., 2003. – Vol.44, P.637-649.

3. Zlotta A.R., Teillac P., Raynaud J.P., Schulman C.C. Evaluation of male sexual function in patients with lower urinary tract symptoms (LUTS) associated with benign prostatic hyperplasia (BPH) treated with a phytotherapeutic agent (Permixon), tamsulosin or finasteride // Eur.Urol., 2005. – V.48. – P.269-276.

ТҮЖЫРЫМ

Негізі салынған жаңа әдістемелік тәсілдер, проблеманың комплексті қарауында, қуық асты безінің төменгі несеп жолдардың симптомдардың сақтандыру алгоритмын өңдеуге рұқсат етеді.

SUMMARY

The new methodical approaches founded on complex consideration of the problem, allow developing the algorithm of prevention of symptoms at the lower urinary tracts on prostate benign hyperplasia.

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ И ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ СИМПТОМОВ НИЖНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Е.А. Сулейменов

Высшая школа общественного здравоохранения МЗ РК, г.Алматы

Введение

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) является частой патологией пожилых мужчин, приводя к хроническим симптомам нижних мочевых путей (СНМП), которые доставляют беспокойство и нарушают психологическое и функциональное состояние больных, а также ограничивают их повседневную активность. ДГПЖ редко угрожает жизни, однако она может приводить к экстренным урологическим состояниям, к примеру, к острой задержке мочеиспускания /1/. Клинические проявления ДГПЖ включают СНМП, нарушения опорожнения мочевого пузыря, задержку мочеиспускания, нестабильность де-

трузора, инфекции мочевых путей, гематурию и почечную недостаточность. Оперативное лечение продолжает оставаться наиболее эффективным при осложнённых и тяжёлых формах ДГПЖ, особенно в случаях безуспешности медикаментозной терапии. Инвазивность и наличие большого числа возможных побочных эффектов привели к разработке потенциально менее травматичных методик и широкому распространению медикаментозного лечения.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы является наиболее частой доброкачественной опухолью у пожилых мужчин. ДГПЖ – это заболевание, характеризующееся увеличением простаты, которое оказывает влия-



яние на качество жизни больных. Распространенность определяемой при гистологическом исследовании ДГПЖ среди 60-летних мужчин превышает 50%, а среди 85-летних составляет около 90%. Один из четырех мужчин в США до достижения возраста 80 лет получает лечение по поводу ДГПЖ. Частота клинически проявляющейся ДГПЖ увеличивается с возрастом, и ранее 50-летний мужчина имел 20–25% вероятность появления необходимости в проведении простатэктомии до конца жизни.

Анализ базы данных врачей общей практики в Англии, которая содержит анонимные результаты обследования около 4,6 миллионов пациентов, показал, что первичная заболеваемость СНМП/ДГПЖ линейно возрастает начиная от 45 до 82 лет ($r^2=0,992$)(2,3). Общая заболеваемость СНМП/ДГПЖ увеличивается от 2,5% среди пациентов в возрасте 45 лет до 35% у мужчин 80-летнего возраста /2/. Сходные результаты были получены в ретроспективном когортном исследовании, в ходе которого анализировалась база данных, содержащая результаты первичного обследования 80774 мужчин врачами общей практики в Голландии /3/. Общая заболеваемость СНМП/ДГПЖ (то есть наличие диагноза ДГПЖ или наличие симптомов, обусловленных ДГПЖ) составила в среднем 10% и увеличивалась от 2,7% среди мужчин в возрасте от 45 до 49 лет до 24% среди мужчин в возрасте 80 лет. Первичная заболеваемость составила в целом 15 случаев на 1000 пациентов в год, с линейным увеличением к 80-летнему возрасту ($r^2=0,99$), т.е. 3 впервые выявленных случая в год на 1000 пациентов в возрасте от 45 до 50 лет и 38 случаев в год на 1000 пациентов в возрасте от 75 до 79 лет.

Отечественные и зарубежные исследователи давно доказали, что в снижении заболеваемости, укреплении здоровья населения огромную роль играет профилактика. Целью нашей работы явилась оптимизация профилактических и диагностических мероприятий симптомов нижних мочевых путей при ДГПЖ.

Материалы и методы Объектами исследования по типу медицинских организаций были отобраны поликлиники № 9 и № 11 г. Алматы, а также медицинский центр «Евразия». Источниками информации служили медицинские карты

180 пациентов находящихся на амбулаторно-диспансерном наблюдении и лечении по другим различным нозологиям. По социальному статусу выступили мужчины старшего возраста (>50 лет), которые обращались впервые по поводу ДГПЖ, имели в анамнезе симптомокомплекс нижних мочевых путей и не получали лечение.

Результаты исследования

В соответствии с современной концепцией основные методы исследования должны не только точно диагностировать ДГПЖ и ее основные осложнения, но и выявлять факторы риска прогрессирования заболевания, к которым следует отнести:

- суммарный балл симптомов по анкете IPSS > 7;
- объем простаты по данным трансректального УЗИ > 30 см³;
- уровень ПСА в сыворотке крови $\geq 1,4$ нг/мл;
- максимальная скорость мочеиспускания (Q_{max}) по данным урофлоуметрии < 12 мл/с;
- большой (> 200 мл) объем остаточной мочи (УЗИ мочевого пузыря).

Так, у мужчин с умеренными или выраженными симптомами гиперплазии простаты (IPSS > 7), сниженной максимальной скоростью мочеиспускания ($Q_{max} < 12$ мл/с), увеличенной предстательной железой ($V > 30$ см³) или повышенным (> 1,4 нг/мл) уровнем ПСА риск оперативного лечения приблизительно в 4 раза выше, чем у мужчин, не имеющих этих клинических признаков. Таким образом, любой из вышеупомянутых показателей определяет клиническую значимость заболевания и соответственно может быть показанием к назначению лечения (в ряде случаев — профилактического) /3,4/.

Опыт применения современных диагностических методик у больных ДГПЖ показывает, что они позволяют установить диагноз гиперплазии простаты и распознать клинически значимые формы заболевания, выявить особенности гиперплазии, определяющие индивидуальный план лечения, рационально планировать оперативные вмешательства по поводу ДГПЖ, в том числе повторные, когда имеются выраженные изменения анатомии простаты и нижних мочевых путей.



В соответствии с клиническими рекомендациями Европейской ассоциации урологов актуальными целями лечения больных ДГПЖ являются:

- улучшение качества жизни пациентов, страдающих от расстройств мочеиспускания;
- предотвращение прогрессирования ДГПЖ;
- продление/спасение жизни больных (только у относительно небольшой группы пациентов с осложненными формами заболевания) /5,6/.

Заключение

Таким образом, профилактика доброкачественной гиперплазии предстательной железы, заключается в том, что во время первичного приема одним специалистом проводится полное обследование. На основании целенаправленного опроса (шкалы I-PSS и др.) определяются субъективные показатели качества мочеиспускания; производится осмотр больного и пальцевое ректальное исследование предстательной железы. Назначается определение уровня простато-специфического антигена (ПСА) для исключения рака простаты; проводится урофлоуметрия, как наиболее объективный показатель качества мочеиспускания; УЗИ почек, мочевого пузыря, предстательной железы, с определением объема остаточной мочи. Несмотря на отсутствие признаков ДГПЖ должна назначаться повторная консультация через 6 месяцев, или при ухудшении качества мочеиспускания.

Литература:

1. Алчинбаев М.К., Сулейменов Е.А., Хусаинов Т.Э. Лечение эректильной дисфункции в современных условиях // Медицинский журнал ОМС, 2007. - № 6. - С.53.
2. Rosen R., Altwein J., Boyle P., Kirby R.S., Lukacs B., Meulman E. et al. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunction: the multinational survey of the aging male (MSAM-7) // Eur.Urol., 2003. – Vol.44, P.637-649.
3. Zlotta A.R., Teillac P., Raynaud J.P., Schulman C.C. Evaluation of male sexual function in patients with lower urinary tract symptoms (LUTS) associated with benign prostatic hyperplasia (BPH) treated with a phytotherapeutic agent (Permixon), tamsulosin or finasteride // Eur.Urol., 2005. – V.48. – P.269-276.
4. Roehrborn C.G., Van Kerrebroeck P., Nordling J. Safety and efficacy of alfuzosin 10 mg once-daily in the treatment of lower urinary tract symptoms and clinical benign prostatic hyperplasia: a pooled analysis of three double-blind, placebo-controlled studies // BJU Int., 2003. – Vol.92. – P.257-261.
5. Van Kerrebroeck P., Jardin A., van Cangh P., Laval K.U. Long-term safety and efficacy of a once-daily formulation of alfuzosin 10 mg in patients with symptomatic benign prostatic hyperplasia: open-label extension study // Eur.Urol., 2002. – V.41. – P.54-60.
6. Van Moereselaar R., Emberton M., Harving N. Alfuzosin 10 mg once-daily improves sexual function in men with LUTS and sexual dysfunction (abstract). – Urol., 2003. – V.169. – P.478.

ТҮЖЫРЫМ

Ауру-сырқаулық төмендеуінде және халық денсаулық нығайтуларында, үлкен роль сақтандыру және диагностика жаңа әдістері ойнайды .

Бізбен ықшамдалған қуық асты безінің төменгі несеп жолдардың симптомдардың сақтандыру әдістері науқастың онан арғы емдеуін орынды жоспарлауға рұқсат етеді

SUMMARY

In reduction of the diseases and population health promotion, prevention and new methods of diagnostics plays the enormous role. Optimized by us methods of prevention and diagnostics of symptoms of prostate benign hyperplasia at lower urinary tracts allow rationally to plan further treatment of the patient.



ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ УРОВЕНЬ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ.

И.Ж.Талипова

*Западно-Казахстанская государственная медицинская академия
имени Марата Оспанова, г. Актобе*

Последние десятилетия характеризуются повсеместным нарастанием заболеваемости населения аутоиммунным тиреоидитом (АИТ). Значительное увеличение за последние годы числа больных АИТ вывело его на одно из первых мест среди патологии ЩЖ /1/. Хорошо известно, что в регионах с зобной эндемией интеллектуальный потенциал населения (по балльной системе IQ) на 10–15 баллов ниже, чем в регионах, где распространенность зоба носит спорадический характер /2,3,4/.

Достаточно хорошо известно о снижении интеллектуального развития у больных с явным гипотиреозом в исходе аутоиммунного тиреоидита, когда имеются яркие клинические проявления гипотиреоза и они подтверждаются лабораторными исследованиями (высокий уровень ТТГ и низкий уровень свободного тироксина Т₄) /5,6/. Нарушения интеллекта наблюдаются не только в случаях явного кретинизма, но могут иметь место и при субклинических, эутиреоидных формах АИТ (Bleichrodt N., 1980; Bautista A., Barker P.A., 1982). В настоящее время в клиническую практику широко внедрились лабораторные методы исследования: определение носительства антител, уровней тиреотропного гормона гипофиза и периферических гормонов ЩЖ (общего и свободного тироксина и трийодтиронина), что вызвало учащение диагностики АИТ в фазе субклинического гипотиреоза. В большинстве случаев субклинический гипотиреоз развивается в исходе аутоиммунного тиреоидита /7,8/. У части больных АИТ, несмотря на диагностические титры антител к тиреоглобулину и тиропероксидазе, эхографические признаки аутоиммунной агрессии в тиреоидной ткани, уровень тироксина, трийодтиронина и тиреотропного гормона гипофиза не выходит за рамки нормы. Хорошо известно, что такая часть пациентов с АИТ в течение некоторого времени не имеют клинических признаков гипотиреоза. Однако, на фоне клинического эутиреоза у многих из них на фоне ситуаций, тре-

бующих повышенного количества тиреоидных гормонов (пубертат, беременность, стрессы и др.) могут возникать состояния минимальной тиреоидной недостаточности. В этом случае у пациентов отсутствуют клинические симптомы гипотиреоза, но при лабораторном исследовании при нормальном уровне периферических гормонов ЩЖ отмечается умеренное повышение ТТГ и, следовательно, опасность развития гипотироксинемии значительно повышаются. Скрытая гипотироксинемия, по данным Э.П. Касаткиной, может быть причиной снижения интеллектуального потенциала у детей, снижать способность ребенка к обучению (школьному и профессиональному) и тем самым ухудшать прогноз экономического развития региона /9/. Вместе с тем, количество работ, посвященных изучению интеллектуального развития у детей, больных аутоиммунным тиреоидитом ограничено.

Цель исследования: изучение влияния развития аутоиммунного тиреоидита на уровень интеллекта детей.

Материалы и методы

Обследовано 70 детей школьного возраста, средний возраст (9,3±1,0) лет. 51 детей с АИТ (37 девочек и 14 мальчиков; основная группа) и 19 здоровых детей без АИТ (13 девочек и 6 мальчиков; контрольная группа), средний возраст. Для оценки влияния функционального состояния ЩЖ при аутоиммунном тиреоидите (эутиреоз, субклинический, манифестный гипотиреоз) на уровень интеллекта проведено разделение на 4 группы: 1-я – контрольная, 19 человек, 2-я – с эутиреоидным аутоиммунным тиреоидитом, 16 обследуемых, 3-я – с субклиническим гипотиреозом, 18 обследуемых, 4-я – с манифестным гипотиреозом, 17 обследуемых. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, условиям обучения и проживания. Использовались клинические, ультрасонографические методы исследования; для оценки функционального состояния щитовидной железы – определение свободной



фракции тироксина, а также тиреотропного гормона гипофиза.

Оценку умственного развития с расчетом интеллектуального индекса IQ проводили путем тестирования по методике Д.Векслера, адаптированную А.Ю. Панасюком. Методика позволяет провести диагностику уровня интеллекта у детей от 5 до 16 лет, содержит 12 субтестов, измеряющих вербальное понимание, особенности перцептивной организации, оперирование и запоминание цифровой информации.

Статистическую обработку полученных результатов проводили при помощи программы Excel с использованием стандартных методов вариационной статистики. Различия между сравниваемыми показателями считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение.

В контрольной группе средние показатели общего, вербального, невербального IQ составили соответственно $108,1 \pm 7,9$; $104,4 \pm 7,1$; $110 \pm 8,9$.

Установлено, что развитие АИТ сопровождается снижением уровня интеллекта. Общие, вербальные, невербальные показатели IQ в группе с эутиреоидным состоянием составили соответственно $100,3 \pm 10,5$ ($p < 0,05$); $98,2 \pm 8,2$ ($p < 0,05$); $102,4 \pm 12,2$ ($p < 0,05$), в группе с субклиническим гипотиреозом – $97,9 \pm 10,9$ ($p < 0,02$); $95,7 \pm 7,6$ ($p < 0,02$); $100,6 \pm 12,7$ ($p < 0,02$), в группе с манифестным гипотиреозом – $93,6 \pm 8,8$ ($p < 0,001$); $93,2 \pm 7,6$ ($p < 0,001$); $95,1 \pm 8,8$ ($p < 0,001$) соответственно. Таким образом, показатели IQ во всех трех группах с аутоиммунным тиреоидитом достоверно ниже, чем в контрольной (рис. 1).

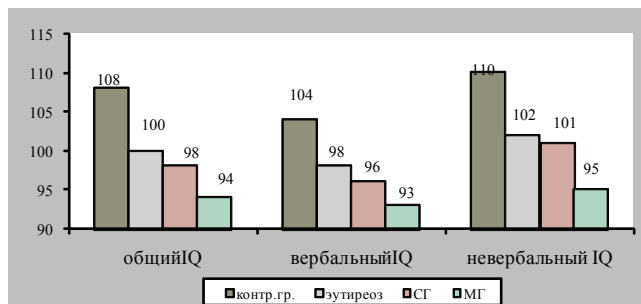


Рисунок 1 – Показатели IQ у детей с аутоиммунным тиреоидитом

В контрольной группе хорошая норма IQ составляла 47,4%, средний уровень IQ – тоже

47,4% и в 5,2 % - сниженная норма интеллекта. В группе с эутиреоидным аутоиммунным тиреоидитом хорошая норма IQ составляла 25%, средний уровень IQ – в 56,3% и в 18,7 % - сниженная норма интеллекта. В группе с субклиническим гипотиреозом соответственно 27,8%, 44,4%, 27,8%, то есть в этой группе преобладали дети со средним интеллектом (IQ от 90 до 109) и сниженной нормой интеллекта (IQ=80 и ниже). В группе с манифестным гипотиреозом явно преобладали дети со средним интеллектом (52,9%) и сниженной нормой интеллекта (35,3%). Хорошая норма интеллекта (IQ от 110 до 119) составляла 28,6%.

Анализ структуры интеллекта показал, что по субтестам, определяющим объем памяти – «повторение цифр», внимание – «недостающие детали», а также характеризующих способность к логическому и наглядно-образному мышлению – «последовательные картинки», «кубики Коса», «складывание фигур» отмечаются более низкие оценки по сравнению с контрольной группой (таблица 1).

Выводы.

1. Развитие аутоиммунного тиреоидита у детей сопровождается снижением интеллекта. Снижение интеллекта наблюдается не только в группе с манифестным гипотиреозом, но и в группах с минимальной тиреоидной недостаточностью.

2. Среди детей с аутоиммунным тиреоидитом преобладают люди со средним уровнем и сниженной нормой интеллекта.

Литература:

1. Фадеев В.В. Заболевания щитовидной железы в регионе легкого йодного дефицита, 2005; 240с.
2. Касаткина Э.П. Йоддефицитные заболевания у детей и подростков (пленарная лекция) // Проблемы эндокринологии, 1997, №3, С. 3-7.
3. Glinioer D. Autoimmune thyroid disorders, maternal hypothyroxinemia, and its potential repercussion for the progeny. // In: The Thyroid and Environment. Merk European Symposium. Budapest, 2000. P. 121-133.
4. Сартаева К.А. Влияние хронического йоддефицита на интеллект молодых жителей Южного Казахстана. // Автореф. дис. канд. Алмата, 2003, 28с.



Таблица 1
Анализ структуры интеллекта у детей с аутоиммунным тиреоидитом

Субтесты Группы	6	7	8	9	10
Контрольная	7,9±0,6	14,1±1,2	30,8±4,2	30,7±2,7	14,8±0,8
Эутиреоз	7,4±0,6 p<0,03	13,1±1,4 p<0,04	28,8±3,3 нд	28,9±1,8 p<0,03	14,0±1,0 p<0,01
Субклинический гипотиреоз	7,1±1,0 p<0,01	12,8±1,0 p<0,002	27,7±3,6 p<0,02	28,7±1,8 p<0,01	13,8±1,5 p<0,01
Манифестный гипотиреоз	6,8±1,5 p<0,01	12,3±1,4 p<0,001	22,5±2,9 p<0,001	27,8±2,0 p<0,001	13,5±1,2 p<0,001
Примечания: 6 – повторение цифр, 8 - недостающие детали, 9-кубики Коса, 10-последовательные картинки, 11- складывание фигур, нд - недостоверно					

5. Dussault J.H. // The Thyroid and Age: Merck European Thyroid Symposium. - Italy, 1998. – P. 29-35.

6. Sampson D., Pickard M.R., Sinha A.K. et al. // J. Endocrinol. – 2000. – Vol. 167, N 3. – P. 439-445.

7. Vanderpump M.P., Tunbridge W.M., French J.M/ et al. // Clin. Endocrinol. - 1995. - Vol. 43, N 1. - P. 55-68.

8. Кандроп В.И. Современные проблемы тиреологии // Проблемы эндокринологии, 1999, №1, С.3-8).

9. Э.П. Касаткина. Роль асимптоматической гипотироксинемии у беременных с зобом в формировании ментальных нарушений у потомства // Проблемы эндокринологии, 2003, Т.49, № 2, С.3 – 7

ТҮЖЫРЫМ

Зерттеу мақсаты: аутоиммунды тиреоидиттің балалардың ой-санасының деңгейіне әсер етуін тексеру. Бұл мақсатпен орта жасы ($9,3 \pm 1,0$) жастағы 70 бала тексерілді. Оның 51-і аутоиммунды тиреоидитпен ауыратын балалар. Ой қабілетінің дамуы А.Ю. Панасюк бейімдеген Д. Векслер тәсілімен тест өткізу арқылы бағаланды. Зерттеу нәтижелері жалпы, вербальды, IQ вербальды емес көрсеткіштері аутоиммунды тиреоидитпен ауыратын балаларда анағұрлым төмен екенін көрсетті.

Аутоиммунды тиреоидитпен ауыратын балаларды тексеру барысында орта және төменгі деңгейдегі ой-сана көрсеткіші басым екендігі анықталды.

SUMMARY

The aim of research: the study of influence of autoimmune thyroiditis on the intellect level in children.

With this aim 70 children were examined, the middle age was $9,3 \pm 1,0$. Among them there were 51 children with AIT. The estimation of intellectual maturity was carried out by means of testing according to D. Veksler method, adapted by A. Yu. Panasyuk.



ПАРОДОНТ АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

С.Ж. Турарова., Б.К.Құрманғалиев, З.Б.Халықова
№5 Қалалық клиникалық аурухана, Алматы қаласы

Медицинада «тіс тасы» (зубной камень) деген атау бар. Оны өздеріңіз де естіген боларсыздар. Емханаға келіп қызыл иегінің ауыратынын, тісінің босап, тамақ шайнай алмай жүргенін айтып шағынатын адамдар аз емес.

Тіс тасы қызыл иектің астыңғы және үстіңгі жағында пайда болады. Тіске тұратын қақ (зубной налет) – қаңқұрт ауруына (пародонит) себепкер. Ол жұмсақ және қатты қақ немесе тіс тасы болып екіге бөлінеді. Тіске тұратын жұмсақ қақ тістердің мойындары мен аралық қуыстарын жауып тұрады. Ол тісін күтпейтін және қаңқұртпен (пародонтит, пародонтозбен) ауыратын адамдарда кездеседі.

Тістің тасының пайда болуын ғалымдар сілекейдің қасиетімен, сілекейдегі кальцийдің фосфор қышқылды және көмір қышқылды тұздардың тұнуы және шөгуінен, организмдегі зат алмасудың бұзылуымен байланыстырады. Тісте пайда болған тас қызыл иекті тітіркендіреді, жаншиды, қабындырады. Тістің қағын патологиялық процестерді қоздыратын, организмді уландыратын микробтар ошағы, ұясы пайда болады. Қызыл иек үстіндегі тастар көбінесе азу тістердің ұрт жағында, құлаққа жақын сілекей бездеріне таяу орналасқан тістерде және төменгі жақтары тістерде кездеседі. Кейбір жағдайларда қарама-қарсы тістар жоқ болса, онда тістерде көпір сияқты тастар пайда болады, олар тістің бетін жауып тұарды. Қызыл иек астындағы тас оның астында, әдетте қызыл иек қалталары деп аталатын жерге орналасады. Ауыз қуысын ашып қарағанда қызыл иек астындағы тас көрінбейді. Оның қай жерге орналасқанын, қаншалықты жерді алып жатқанын анықтау үшін тіс дәрігері ұқыпты түрде зондпен тексереді. Тіс тасы мен жұмсақ тамақ тұнбасының қайсысы қызыл иекке зиянды? Тамақ тұнбасының қызыл иекке зияны тіс тасының зиянынан басымырақ. Дегенмен, тіс тасы қызыл иектің тіске бекітіліп тұратын өте сезімтал эпителиіне әсер етеді. Қызыл иекпен тістің қосылатын жерінде кішкентай бүктесін

бар, бұны қызыл иектің терең бүктесіні деп атайды. Бүктесіннің нәзік эпителийі өзінен төмен жатқан ткандерді микроорганизмдерден және олардың уынан қорғайды, сонымен қатар пародонт қызметінің бүтіндігін сақтайды. Ауыздың тазалығын сақтамаған жағдайда қызыл иектің бүктесіні жұмсақ тіс қағына толып тұрады, бұл оның эпителий қабаттарына зиянын тигізеді және пародонт тканіне зиянды әсерін тигізеді. Тіс тасы тіспен қызыл иектің қосылған жерін бүлдіріп, микробтардың пародонт тканіне тереңірек күруіне жол ашады. Тіс және ауыз қуысының кілегей қабығы аурулары, пародонт аурулары тіс тасынан пайда болатындықтан тіс қағын болдырмау шараларын (профилактика) қарастырған жөн.

Пародонт ауруларының алдын алу шараларына ауыз қуысын таза ұстау, дұрыс тамақтану, астыңғы және үстіңгі жақтардың дұрыс айқасуы, ауру тістердің дұрыс емделуі, жоқ тістердің орнына тістер салынуы және т.б. жатады. Соның ішінде ауыз қуысын таза ұстау, тіс қағын болдырмау орасан зор үлес қосады. Тісті тазалауды 2,5 – 3 жастан бастап күніне 2 рет мұқият жуған дұрыс. Қазіргі кезде пародонт ауруларына арналған тіс пасталары (пародонтаск, лесной бальзам, colgate herbal, blend-a-med herbal, lascalut herbal, глистер, т.б.) және уқалағышы бар тіс тазалағыш, ауыз шаятын ерітінді бальзамдар пайдаланған жөн.

Пародонт ауруларын болдырмау шараларының бірі дұрыс тамақтану болып табылады. Көбінесе сүт тағамдарын (ірімшік, сүзбе, құрт, айран), көкөніс, жеміс-жидектер, балық тағамдарын пайдаланған дұрыс. Бұл тағамдар минералды заттарға, витаминдерге, кальций элементіне бай. Біріншіден, олар тістің сыртқы қабатын нығайтады, екіншіден жеміс-көкөністер жұмсақ тіс қағын өздігінен тазалайды.

Тіс қатарының дұрыс айқаспауын, ауру тістерді, тіс және тіс қатарларының ақауларын алдын ала емдеу тіс қағының болмауына, яғни



пародонт ауруына әкеп соқтырмайды. Пародонт ауруларының алдын алу үшін жылына екі рет тіс дәрігеріне тексеріліп отыру керек. Сонымен ауыз қуысын таза ұстау пародонт ауруын 40% азайтады.

Әдебиеттер:

1. Сивовал С.И. Клинические аспекты пародонтологии. Москва 2001, С.8, 20, 107.
2. Левицкий А.П., Мизина М.К. Зубной налет – К.Здоровье, 1987, С.80.
3. Безрукова А.П., Истранов Л.П., Тарагаш В.Г., Грегужина Е.Н. Болезни пародонта и слизистой оболочки полости рта.

РЕЗЮМЕ

В статье написано, что основной причиной заболевания пародонты являются зубные отложения и профилактические мероприятия заболеваний пародонта, в т.ч. гигиена полости рта на 40% снижает болезни пародонта.

SUMMARY

The article shows that main cause of periodontal diseases is teeth-stones. Prevention of periodontal diseases, including hygiene of oral cavity on 40% decreases periodontal diseases.

ИНТЕРАКТИВНАЯ МЕТОДИКА ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ/СПИД – «МАРШРУТ БЕЗОПАСНОСТИ»

Н.А.Сулейманова, А.Т.Шайкенова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

Информирование населения о мерах по предупреждению социальных и инфекционных заболеваний (ВИЧ, туберкулёз, гепатит и др.) является ключевым моментом в формировании здорового образа жизни и направлено на охрану здоровья населения.

ВИЧ-инфекция зарегистрирована во всех регионах Республики Казахстан. Никто не застрахован от заражения этим страшным вирусом. Но особенно уязвимы к ВИЧ-инфекции люди, практикующие опасное поведение: внутривенное введение наркотиков, незащищенные половые контакты.

Подростки и молодежь подвергаются особенно высокому риску, т.к. слабо информированы и чаще практикуют опасное поведение. Многие молодые люди начинают половую жизнь еще до совершеннолетия. Кроме того, подростки и молодежь чаще стремятся попро-

бовать алкоголь, наркотики, что снижает их самоконтроль.

Несмотря на активизацию профилактической работы по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа в последние годы в Казахстане, все еще недостаточно подготовленных специалистов, владеющих методиками по формированию навыков безопасного поведения учащихся.

Эпидемия ВИЧ/СПИДа давно перестала быть проблемой только медицинской. Она затронула все сферы деятельности человека: политическую, экономическую, социальную, правовую, образовательную.

Задача специалистов – научить детей, подростков и молодежь связывать воедино свои знания, осознание степени риска и поведение. Предлагаемая методика способствует решению этой задачи.

Основная цель «Маршрута безопасности»:



при помощи группы добровольцев из числа обученной молодежи обеспечить учащихся школ структурированными, адекватными знаниями по ВИЧ/СПИДу, которые позволят сохранить здоровье в условиях эпидемии ВИЧ-инфекции, а также мотивировать молодых людей на самостоятельный дальнейший поиск информации.

Задачей выставки является формирование системы распространения экспресс-информации по вопросам ВИЧ/СПИДа, ИППП и наркомании, а также создание единого информационного пространства для обеспечения скоординированной, профессиональной и оперативной работы организаций города и области.

Основной инструмент «Маршрута безопасности» представляет собой сочетание интерактивной игры и передвижной информационной выставки. Выставка «Маршрут безопасности» состоит из следующих 5 станций:

Станция «Пути передачи ВИЧ». Цель станции: Предоставить четкую и официально признанную информацию о том, какие жизненные ситуации опасны в плане заражения ВИЧ-инфекцией, а какие безопасны и не ведут к заражению. Участники должны научиться самостоятельно, определять опасные ситуации. Информационный комплект для станции включает 19 картинок с изображением ситуаций взаимодействия двух или нескольких людей, один из которых ВИЧ-инфицирован.

Станция «ВИЧ/СПИД: вопросы и ответы». Цель станции: Участники расширяют свои знания по теме «ВИЧ-инфекция», они должны научиться оценивать личный риск заражения ВИЧ-инфекцией. Необходимо мотивировать участников на ответственное поведение, помогающее избежать заражения.

Информационный комплект для станции включает мишень «Дартс», вопросы по пяти темам: «Тест на ВИЧ», «ВИЧ и наркотики», «Ответственное поведение», «Презерватив», «Любовь и защита от ВИЧ», размещенные на карточках пяти цветов в соответствии с секторами мишени.

Станция «Рядом с тобой». Цель станции: Участникам следует поразмышлять о различных аспектах ВИЧ-инфекции, а также задуматься о проблемах и конфликтах, с которыми может

столкнуться человек, живущий с ВИЧ/СПИДом. Участникам необходимо выразить своё отношение к людям, живущим с ВИЧ/СПИДом, и избавиться от возможных собственных предубеждений или опасений. Информационный комплект для станции включает 10 картинок с изображением двух молодых людей в различных жизненных ситуациях, а также стрелки, которые по условиям проведения станции прикрепляются между картинками.

Станция «Методы контрацепции». Цель станции: Участники должны познакомиться с различными средствами контрацепции, защиты от ИППП и ВИЧ. Информационный комплект для станции состоит из 7 картинок с изображением различных методов и средств контрацепции, а также карточки зеленого цвета, которые используются для проверки знаний участников.

Станция «Береги себя». Цель станции: Участники должны увидеть, насколько широко и незаметно может распространяться ВИЧ-инфекция в обществе. Они должны научиться оценивать свой личный риск заражения ВИЧ-инфекцией, задуматься о том, что они сами несут ответственность за свое здоровье, и в опасных ситуациях уметь сказать «нет». Информационный комплект для станции представлен мозаикой (пазл), на которой написан совет «Береги себя».

Задачи выставки:

- Расширение знаний по темам ВИЧ/СПИД, контрацепция и репродуктивное здоровье у различных целевых групп.
- Структурирование и закрепление знаний по темам ВИЧ/СПИД, контрацепция и репродуктивное здоровье у различных целевых групп.
- Развитие личных стратегий в отношении ВИЧ/СПИДа у учащихся, студентов, курсантов.
- Содействие развитию навыков принятия самостоятельных решений.
- Преодоление предубеждений/табу/комплексов, развитие толерантности и солидарности с больными ВИЧ/СПИДом.

Методика проведения. Одно мероприятие (выставка) с использованием 5 станций длится



1,5 часа (15 минут на каждую станцию + переход + введение и заключение + анкетирование до и после выставки). Перед началом выставки тренер приветствует участников, кратко рассказывает о программе и делит участников на 5 групп для прохождения «Маршрута безопасности». В выставке одновременно могут принять участие от 50 до 60 (максимум) человек. Возраст участников от 15 до 25 лет. Работу выставки сопровождает социологическое исследование – опрос участников выставки.

Тренер во время работы на станциях совмещает подачу информации с игрой, т.е. вовлекает участников в действие. Интерактивность – основной принцип выставки.

Перед тренером стоит ряд важных задач, которые ему необходимо выполнить:

- повысить информированность участников по вопросам ВИЧ/СПИДа и контрацепции;
- мотивировать участников на самостоятельный дальнейший поиск информации, помогающей сохранить репродуктивное здоровье;
- помочь участникам преодолеть предрассудки и предубеждения относительно людей, живущих с ВИЧ/СПИДом;
- облегчить участникам восприятие информации по ВИЧ/СПИДу.

Техническое оснащение выставки

Выставка состоит из трех стендов, для размещения которых необходимо помещение пло-

щадью не менее 100 кв.м., высотой не менее 3 м. Дополнительные условия: помещение должно быть хорошо освещенным и проветриваемым, изолированным для избежания помех в работе выставки, охраняемым, пустым.

Если планируется работа выставки в стационарном режиме (более двух выставок в одном учебном заведении), то необходимо чтобы во время работы выставки в этом помещении не проходило других мероприятий.

В рамках работы выставки (до и после) проводится анкетирование участников. Для этого необходима комната/помещение для 60 человек со столами заполнения анкеты.

Возможные варианты помещений: школьный спортзал, зал во дворце культуры и т.д.

Маршрут безопасности своей целью ставит первичную профилактику ВИЧ-инфекции, ИПП и нежелательной беременности, а также повышение порога толерантности, живущим с ВИЧ/СПИДом.

Литература:

1. Садвакасова З.М.-Учебно-методическое пособие для ВУЗов «В помощь классному руководителю» г. Алматы 2007 г.
2. Руководство «Профилактика ВИЧ-инфекции среди молодежи» г.Алматы 2008 г.
3. Практические рекомендации по организации и проведению выставки «Маршрут безопасности» Челябинск 2006г.

ТҰЖЫРЫМ

Бұл мақала АҚТҚ/ЖҚТБ ауруларының таралуына жол бермеу және оның алдын алу жұмыстарына бағытталған. Сонымен қатар, оқушылармен және студенттік қоғамымен жұмыс жасайтын салауатты өмір салтын қалыптастыру қызметінің мамандарына және мұғалімдерге арналған инновациялық әдістемелер осы мақалада берілген.

Мұғалімдермен медициналық қызметкерлердің бірігіп жұмыс жасау мақсаты өскелең ұрпақтың бойында салауатты өмір салтын қалыптастыру.

SUMMARY

This article presents an innovative methodology, which can be useful both for professionals of healthy lifestyle development service and teachers to work in the sphere of activities among pupils and students on prevention of behavioral risk factors for sexually transmitted infections and HIV / AIDS.

The ultimate goal of the joint work of teachers and health workers - is healthy lifestyle development at younger generation.



ЛЕСТНИЦА ЖИЗНИ КАК ОДНА ИЗ ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ДЕТЕРМИНАНТ ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ СРЕДНЕГО И СТАРШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.

Ш.Е.Каржаубаева

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

Введение

В исследовании, посвященном детерминантам здоровья детей среднего и старшего школьного возраста, были определены факторы, влияющие на лестницу жизни исследуемого контингента.

Метод оценки, известный как «лестница Cantrill», для определения общей оценки детьми уровня их жизни. Этот метод предоставляет прямую оценку уровня того, насколько они способны выполнять свои обязанности в отношении сверстников, родителей и образовательного процесса. В ходе исследования школьников просят определить ступень лестницы, которая лучше всего отражает их жизнь на настоящий момент. Вершина лестницы соответствует 10 баллам – это самый высокий показатель уровня жизни. 0 – самый низкий возможный показатель уровня жизни. На какой ступени, по-вашему, вы находитесь сейчас?» Отметка в 6 баллов и выше считается положительным уровнем удовлетворенности жизнью.

Показатели всегда были высокими в Финляндии и Нидерландах и сравнительно низкими в Латвии, Литве и Украине. Наблюдалась незначительная тенденция к снижению уровня удовлетворенности жизнью среди возрастных групп, в особенности у девочек (1).

Лестница жизни отражает персональную субъективную оценку, характеризующую жизненную ситуацию человека, уровень его благополучия в физическом, психическом, социальном и экономическом отношениях. Удовлетворенность или неудовлетворенность жизнью определяет поступки человека, разные виды его деятельности и поведения: бытового, экономического и политического. Эти переживания выступают значимым фактором состояния общественного сознания, групповых настроений, ожиданий, отношений в обществе. Непосредственное влияние удовлетворенность

жизнью оказывает на настроение, психическое состояние, психологическую устойчивость личности.

Материал и методы исследования

Исследование было проведено в регионах, представляющих значимую административную единицу для внедрения программ по формированию здорового образа жизни (Алматы, Астана, Шымкент). В качестве единицы наблюдения были взяты школьники 11-13-15 лет гг.Алматы, Астаны и Шымкент.

Результаты исследования

Более половины всех опрошенных (57,3%) выбрали 9-10 ступени, т.е. самые высокие. (Рисунок 1)

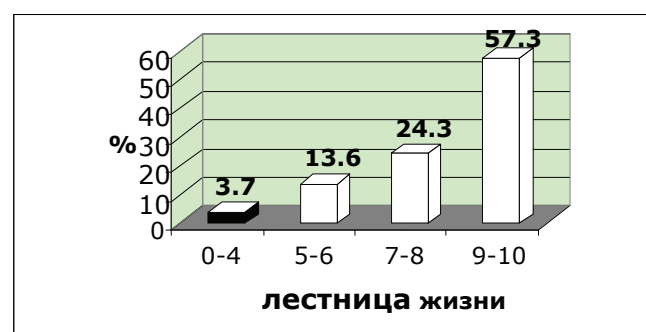


Рисунок 1. Лестница жизни

Наиболее высокие проценты наблюдаются у 11-летних школьников – 65,9%, далее идут показатели 13 и 15-летних – 56,0% и 49,3% соответственно. 7-8 ступень выбрал каждый четвертый респондент (24,3%). Наиболее высокие показатели отмечены у 15-летних школьников – 28,2% и 13-летних школьников – 26,8% (11-летние – 18,0%). 5-6 ступень выбрали 13,6% всех опрошенных. Наиболее высокие показатели у 15-летних школьников – 17,0%, у 13 и 15-летних показатели ниже и имеют одинаковую величину – 12,4% и 11,5% соответственно.

Региональные и половые особенности незначительные.



С учетом наличия независимых качественных переменных в бальной оценке проводился факторный анализ с помощью метода «Порядковая регрессия».

В качестве зависимой переменной был взят вопрос – «Лестница жизни». В качестве независимых переменных были взяты: 1) полная / не полная семья; 2) уровень обеспеченности; 3) здоровье; 4) насилие; 5) запугивание / задиранье; 6) наличие друзей; 7) успеваемость; 8) наличие работы у родителей.

Метод «порядковая регрессия» дал следующие результаты: удвоенное значение функции правдоподобия для модели с постоянным слагаемым = 2709,389. Добавление независимых переменных в уравнение уменьшило удвоенное значение функции правдоподобия на 335,158. Это уменьшение является очень высоко статистически значимым ($\chi^2 = 335,158$; число степеней свободы = 27; $p < 0,001$). Следовательно, сочетание этих переменных статистически зна-

чимо влияет на переменную «Лестница жизни». Для проверки, будут ли наблюдаемые частоты по ячейкам значимо отличаться от ожидаемых частот, рассчитанных на основе модели, рассчитывался χ^2 – тест по Пирсону ($\chi^2 = 2846,611$; число степеней свободы = 2613; $p < 0,01$). Что говорит о низкой степени приближения модели к наблюдаемым частотам. Коэффициент детерминации R^2 Нагелькерке = 0,162. Следовательно, 16,2% дисперсии «лестницы жизни» описывается предлагаемыми независимыми переменными.

Факторами, оказывающими статистически значимое влияние на зависимую переменную, оказались следующими:

- 1) уровень обеспеченности
- 2) здоровье
- 3) успеваемость

Из таблицы 1 следует, что все переменные, оказывающие статистически значимое влияние

Таблица 1.

Переменная	Значение переменной	Оценка	P
«Лестница жизни» - объединенный	низкая	-0,501	0,569
	средняя	2,195	0,013*
	высокая	3,525	0,000***
Уровень обеспеченности семьи	очень хорошо обеспечена	2,672	0,000***
	довольно хорошо	1,954	0,009**
	среднего достатка	1,421	0,059
	ниже среднего	0,905	0,318
	плохо	0 ^a	
Здоровье	отличное	1,071	0,004**
	хорошее	0,751	0,044*
	нормальное	0,187	0,616
	плохое	0 ^a	
Успеваемость	очень хорошая	1,092	0,000***
	Хорошая	0,818	0,001**
	Средняя	0,416	0,077
	ниже среднего	0 ^a	

Примечание: а – Этот параметр приравнен к нулю, так как является дублирующим; * - Этот параметр является статистически значимым ($p < 0,05$); ** - Этот параметр является высоко статистически значимым ($p < 0,01$); *** - Этот параметр является очень высоко статистически значимым ($p < 0,001$).

на «Лестницу жизни», являются «положительными» факторами, т.е. факторами, помогающими достичь более высокого значения «лестницы жизни».

Для подтверждения данных выводов была построена модель, полученная из модели 1 удалением не статистически значимо влияющих переменных. Результаты скорректированной



модели следующие: удвоенное значение функции правдоподобия для модели с постоянным слагаемым = 1020,56. Добавление независимых переменных в уравнение уменьшило удвоенное значение функции правдоподобия на 444,639. Это уменьшение является очень высоко статистически значимым ($\chi^2 = 444,639$; число степеней свободы = 10; $p < 0,001$). Следовательно, сочетание этих переменных статистически значимо влияет на переменную «Лестница жизни». Для проверки, будут ли наблюдаемые частоты по ячейкам значимо отличаться от ожидаемых частот, рассчитанных на основе модели, рас-

считывался χ^2 – тест по Пирсону ($\chi^2 = 256,744$; число степеней свободы = 173; $p < 0,01$). Что говорит о низкой степени приближения модели к наблюдаемым частотам. Коэффициент детерминации R^2 Нагелькерке = 0,166. Следовательно, 16,6% дисперсии «лестницы жизни» описывается предлагаемыми независимыми переменными.

Факторы, включенные в модель, подтвердили свое статистически значимое влияние на зависимую переменную. В таблице 2 приводится оценка влияния на зависимую переменную вышеуказанных 3-х переменных

Таблица 2

Переменная	Значение переменной	Оценка	P
«Лестница жизни» - объединенный	низкая	-0,764	0,327
	средняя	1,901	0,014*
	высокая	3,195	0,000***
Уровень обеспеченности семьи	очень хорошо обеспечена	2,568	0,001**
	довольно хорошо	1,858	0,012**
	среднего достатка	1,304	0,076
	ниже среднего	0,572	0,487
	плохо	0 ^a	
Здоровье	отличное	1,373	0,000***
	хорошее	1,052	0,000***
	нормальное	0,434	0,105
	плохое	0 ^a	
Успеваемость	очень хорошая	1,099	0,000***
	хорошая	0,823	0,000***
	средняя	0,419	0,029*
	ниже среднего	0 ^a	

Примечание: а – Этот параметр приравнен к нулю, так как является дублирующим;

** - Этот параметр является статистически значимым ($p < 0,05$); ** - Этот параметр является высоко статистически значимым ($p < 0,01$); *** - Этот параметр является очень высоко статистически значимым ($p < 0,001$).*

Из таблицы 2 следует, что все переменные, оказывающие статистически значимое влияние на зависимую переменную, являются «положительными» факторами, т.е. факторами, помогающими достичь более высокого значения «лестницы жизни».

По уровню воздействия на зависимую переменную на 1 месте располагается уровень обеспеченности; на 2 месте – здоровье; на 3-м месте – успеваемость. Суммарное воздействие на дисперсию этих 3-х переменных можно оценить в 16,6%.

Таким образом, наиболее высокие ступени (9-10 ступени) по позиции «Лестница жизни» наблюдаются у 11-летних школьников. Факторы, влияющие на значения ответов на вопрос 35 – «Лестница жизни»: уровень обеспеченности семьи; здоровье; успеваемость.

Список литературы:

1. Social cohesion for mental well-being among adolescents, WHO/HBSC, 2007.



ТҰЖЫРЫМ

Мақалада Қазақстанның мектептегі ортаңғы және одан үлкен жастағы оқушыларының денсаулықтарының детерминантын анықтаған зертеудің, оған алынған балалардың өмір сүру сатысына әсер ететін негізгі факторларды анықтайтын математикалық моделдеудің нәтижесі келтірілді.

RESUME

The article provides a research data on health determinants of middle and older school age children in Kazakhstan, as well as the results of mathematical modeling on identification of key factors which have an impact on a stairs of life of the examined cohort.

БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ОЗДОРОВЛЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Т.П.Палтушева, Г.А. Қуанышбекова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни г.Алматы.

Основой формирования здорового образа жизни является полноценная реализация генетической программы организма. Проблема укрепления здоровья, обеспечение безопасности условий труда на предприятиях, снижение риска возникновения профессиональных заболеваний, улучшение медицинской помощи и формирования здорового образа жизни в данное время является актуальной. Из-за отсутствия эффективных оздоровительных программ, не реализуется в должной мере огромный потенциал возможностей по снижению заболеваемости. Не секрет, что все увеличивающийся поток лекарственных препаратов позволяет решить только часть проблем. В то же время их качество и цена играют свою отрицательную роль. Все это привело к ситуации, когда широкие слои населения пытаются найти свои пути и методы лечения и оздоровления. Кроме того, по данным Западных ученых, экономические потери в связи с развитием лекарственной патологии давно превышают потери, вызываемые инфекционными заболеваниями.

Регулярный мониторинг изменения образа жизни населения Республики Казахстан имеет особую значимость не только для службы формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ), но

и для всей системы здравоохранения, т.е. позволяет корректировать реализуемые лечебно-профилактические программы и оценить их эффективность.

Следует отметить, что в настоящее время существует необходимость в разработке новых методических приемов оценки качества используемых профилактических мероприятий и оценка их качества.

Значительный рост хронических заболеваний среди населения говорит о широком распространении факторов риска среди населения и для решения этих вопросов используются различные методы лечения и предупреждения заболеваний.

Большой популярностью в нашей стране пользуются природно-оздоровительные методы, состоящие из комплекса таких факторов, как кратковременное низкотемпературное воздействие, дозированное голодание, аутотренинг, что способствует перестройке адаптационных механизмов и представляет научный интерес. Имеются данные о благоприятном влиянии этого метода оздоровления на людей, страдающих дисфункцией вегетативной нервной системы [1,2]. При воздействии холода изменяется вазоконстрикторная активность вен кожи и симпатических волокон мышечных нервов.



В результате определенных воздействий, направленных на повышение адаптационных возможностей организма, можно обеспечить от недостаточной или неудовлетворительной адаптации организма человека – к удовлетворительной. Основное значение при этом имеет не медикаментозное лечение, а использование естественных факторов [3]. Донозологическая диагностика и эффективная коррекция выявленных отклонений, является наиболее рациональным путем развития ПМСП в деле сохранения и укрепления здоровья. До настоящего времени не были изучены механизмы воздействия на организм человека закаливающих и оздоровительных процедур, применяемых в течение длительного времени (6 и более лет).

Целью данной работы было изучение секреции адаптационных гормонов и медиаторов у людей, применяющие оздоровительные процедуры более 10 лет. Были подобраны группы людей приблизительно одинакового возраста в исследуемой и контрольной группах.

Материалы и методы В исследованиях были использованы радиоиммунологический, флюориметрический методы определения гормонов.

Кровь у обследуемых людей собирали из локтевой вены утром натощак в охлажденные центрифужные пробирки с гепарином, которые помещали в сосуд с тающим льдом. Полученную кровь центрифугировали 20 минут в рефрижераторной центрифуге ($t=+4^{\circ}\text{C}$, 4000 об/мин). Плазму отделяли, замораживали и хранили до проведения исследования при $t=-20^{\circ}\text{C}$.

Содержание кортизола, пролактина и инсулина определяли радиоиммунологическим методом с использованием стандартных наборов исследуемых гормонов. Полученные образцы плазмы крови инкубировали с гормонами, меченными йодом-125, в пробирках, покрытых моноклональными антителами к данным гормонам. Затем содержимое пробирок удаляют и измеряют их радиоактивность. Подсчет радиоактивности производился на автоматическом счетчике «Гамма-12». Всего было проведено 126 радиоиммунологических исследований.

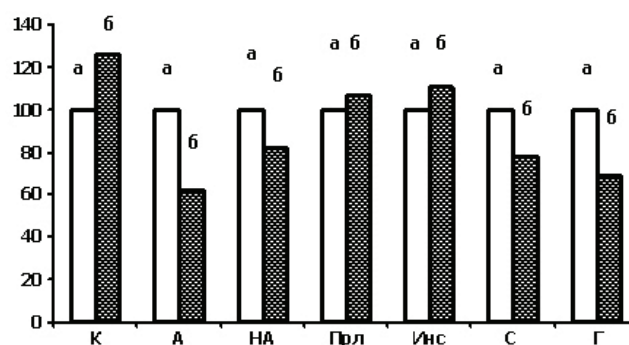
Содержание биогенных аминов изучали флюориметрическим методом и проводили

сравнение концентраций гормонов и нейромедиаторов у людей, применяющих оздоровительные процедуры более 10 лет, с таковыми показателями в контрольной группе (рис. 1). Для большей наглядности полученных результатов был произведен подсчет уровней изученных соединений у людей, занимающихся оздоровлением, в процентах по отношению к таковым в контроле, взятым за 100%.

Всего было обследовано 26 человек в возрасте от 43 до 68 лет. Контрольную группу составили 13 человек аналогичного возраста, но не занимающихся оздоровлением.

Было выявлено, что у людей, длительно занимающихся природно-оздоровительной методикой, наблюдаются изменения в содержании всех исследованных гормонов и нейромедиаторов. Наиболее значительная разница была найдена в содержании биогенных аминов. Было выявлено, что у людей, основной группы при сравнении с контрольной наблюдается уменьшение содержания биогенных аминов: адреналина – на 37,8%, норадреналина – на 18%, серотонина – на 21,9%, гистамина – на 31,9% ($p<0,05$). При этом уровни кортизола, пролактина и инсулина были выше нормы на 26,4%, 6,6% и 10,7% соответственно.

В отличие от катехоламинов, содержание кортизола у людей длительно занимающихся оздоровлением по сравнению с контрольной группой было незначительно повышенным и составила соответственно $228,64 \pm 29,63$ ммоль/л против $260,72 \pm 20,43$ ммоль/л. Повышенное содержание кортизола при понижении уровня аминов свидетельствует о том, что они необходимы для поддержания гомеостаза.



По оси абсцисс: исследуемые соединения: К – кортизол, А- адреналин, НА – норадреналин Прл – пролактин, Инс



– инсулин, С – серотонин, Г – гистамин. По оси ординат: содержание гормонов и нейромедиаторов у лиц, длительно занимающихся оздоровительными процедурами (б) в % по отношению к таковому в контрольной группе (а).

Рисунок 1 - Содержание гормонов и нейромедиаторов в плазме крови у лиц, длительное время занимающихся оздоровительными процедурами

Концентрация серотонина и гистамина при использовании оздоровительных процедур в течение длительного срока были понижены, по сравнению со значениями контрольной группы. Сравнение групп с разными сроками оздоровления выявило, что содержание катехоламинов было меньше у людей, занимающихся оздоровлением более длительное время, тогда как концентрации серотонина и гистамина у них были повышены. Уровни адреналина и норадреналина отражают функциональное состояние симпатoadреналовой системы [4,5]. Считается, что секреция адреналина соответствует активности гормонального звена симпатoadреналовой системы (мозговой слой надпочечников), а норадреналина – ее медиаторного звена (нервная система). При воздействии острого стресса секретируется в основном адреналин, а концентрация норадреналина характерна в основном для хронического стресса и отражает более высокие адаптационные возможности человека.

Понижение содержания катехоламинов при длительном применении оздоровления является благоприятным признаком для поддержания здоровья обследованных людей, что свидетельствует об изменении в содержании гормонов. Кратковременное низкотемпературное воздействие (обливания холодной водой), направленные в основном на тренировку гормональной системы. Адреналин участвует в адаптации организма к воздействиям низких температур [6]. Начальный период занятий по этой системе при проведенных ранее обследованиях молодых военнослужащих и медицинского персонала Реабилитационного центра сопровождался значительным увеличением концентраций катехоламинов в первые три месяца тренировок. Стабилизация адаптационных процессов наступала после шести месяцев занятий. В группе с длительными сроками оздоровления содержание кортизола было незначительно повышено.

Однако, стрессорное воздействие применяемых процедур не являлось чрезмерным, так как верхние границы концентраций этого гормона не поднимались выше нормы. Наоборот, оздоровительные процедуры способствовали поддержанию оптимального уровня кортизола, тогда как в контрольной группе его концентрация была ниже нормы. Возможно, увеличение содержания кортизола является компенсаторным падению уровня катехоламинов.

Концентрации пролактина и инсулина при длительном использовании системы оздоровления была несколько выше, чем в контрольной группе. Данные гормоны обладают очень сходным действием, ускоряя утилизацию глюкозы и стимулируя анаболические процессы, в частности, образование жира из углеводов. Поэтому параллельное повышение содержания инсулина и пролактина можно рассматривать как реакцию организма, необходимую для нормализации обмена углеводов при длительном воздействии применяемых стресс-факторов. Ранее нами также было выявлено активное участие этих гормонов в регуляции обменных процессов у обследованных людей, особенно в начальный период применения оздоровительных процедур.

Исходя из вышеизложенных полученных данных можно говорить о том, что при проведении профилактических осмотров необходимо пропагандировать среди населения оздоровительную программу с применением природных факторов, которые намного эффективнее и малозатратные. Полное и четкое представление об изменениях в состоянии здоровья при таком методе оздоровления населения дает возможность восполнить жизненный потенциал людей.

Литература:

1. Ахтямова Э.Э. Муталов А.Г. Мусин З.Х. Состояние сердечно-сосудистой системы при воздействии кратковременных холодовых экспозиций. Современные методы диагностики, лечения и реабилитации больных сахарным диабетом с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, Башкирский мед. институт, Уфа. 1990, с.22-27
2. Ахтямова Э.Э.. Муталов А.Г. Реакция вегетативной нервной системы на действие



холодового раздражителя, Вопросы теорет. и практич. медицины. Башкирский мед. институт 1991, с.138-139

3. Авакян О.М., Симпато-адреналовая система – Методы исследования освобождения рецепции и захват катехоламинов, Л.»Наука ». 1977

4. Држевская И.А., Основы физиологии обмена веществ в эндокринной системе, Москва, 1994

5. Дюсембин Х.Д., Палтушева Т.П., Смирнова А.Г., Куанышбекова Г.А., Динамика секреции стрессорных гормонов при занятиях по системе «Детка», Вестник Каз.НУ, серия биол., 2003, № 2, с. 115-118

6. Теппермен Д.Ж., Теппермен Х, Обмен веществ и эндокринная система, М. «Мир» , 1999

ТҰЖЫРЫМ.

Бұл жұмыста адамдарға табиғи әдіспен сауықтыру нәтижелерінің талдауы келтірілді. Суықпен әсер еткендегі гормондар мен медиаторлардың адам организмііндегі өзгерістері белгіленді. Суықпен ұзақ уақыт әсер бергенде гормондар мен медиаторлардың адам организмііндегі өзгереді, бүйрекүсті бездері мен ұйқы безінің қалыптасу жағдайларынан да өзгерістер байқалды.

SUMMARY

In the given work an analysis of hormonal status at elderly people (60 and more years) long term practicing natural health improving procedures is presented. Revealed changes in hormones and mediators concentrations testify to organism response, shown in reduction of catecholamine secretion on exposure to cold, acceleration of glucose utilization, normalization of carbohydrate metabolism, improving of body adaptation potential.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ.

Т.П.Палтушева., Г.А.Куанышбекова

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни

Общеизвестно, что важную роль в развитии социально - значимых заболеваний играет, в том числе и образ жизни людей. Для населения многих стран, в том числе и Казахстана, стало характерным массовое курение сигарет, высококалорийная диета, малоподвижный образ жизни, систематическое употребление алкоголя, нервно – психические и стрессорные состояния. Естественным следствием вышеперечисленного является высокий риск возникновения дезадаптации молодого организма, способствующий и усиливающий вероятность развития заболеваний как острых, так и хронических,

что в свою очередь обеспечивает низкий индекс здоровья людей, снижает качество и продолжительность здоровой жизни.

В этих условиях наиболее перспективной медицинской помощью населению, особенно молодому, является определение уровня и степени адаптированности организма к среде обитания, т.к оно предшествует состоянию дезадаптированности, т.е.предшествует состоянию развития заболеваний и охватывает обширную часть населения, большую часть которых составляет молодой и работоспособный контингент.



Эту работу необходимо вести в рамках профилактической работы ПМСП, а именно в рамках первичной профилактики.

Общепринятая медицинская статистика фиксирует обычно лишь сдвиги, возникающие в результате истощения и декомпенсации адаптационных механизмов, т.е. регистрируется заболеваемость. При этом выявляется только видимая «надводная» часть «айсберга», что не позволяет оценить его основную «подводную» часть – донозологическое состояние [1].

Донозологические состояния отличаются от заболеваний преобладанием неспецифических изменений над специфическими, что связано с тем, что их определяют одни и те же механизмы адаптации целостного организма к воздействию разных неадекватных факторов внешней среды, в связи с этим имеют достаточно однородные изменения неспецифических общих механизмов адаптации [2].

В результате определенных воздействий, направленных на повышение адаптационных возможностей организма, можно обеспечить переход от недостаточной или неудовлетворительной адаптации организма человека - к удовлетворительной. Преодоление донозологических отклонений, это возможность укрепления и сохранения потенциала здоровья, возможность предупреждения болезненного состояния, которое может возникнуть в более поздние зрелые годы. [3].

Целью наших исследований было изучение состояния здоровья молодых людей в возрасте от 18 до 29 лет, проживающих в городской (г.Алматы) и сельской местности (Алматинская область).

Методика исследований: Оценка состояния здоровья проводилась методом исследования variability ритма сердца (ВРС) на аппарате «ВНС-Спектр. Россия», методами общепринятыми в физиологии такими как (антропометрия, измерение артериального давления, определение частоты пульса, проведение функциональных проб на задержку дыхания в разные ее фазы), а также использовано заключение специалистов (кардиолога, эндокринолога, офтальмолога, онколога, акушера-гинеколога), проводивших осмотр.

Для выявления поведенческих факторов риска использована Анкета –опросник «По изучению уровня здоровья населения», разработанная специалистами НЦПФЗОЖ.

Для статистической обработки материалов был использован пакет Microsoft Excel – 2000, модификации С.Н.Лапач. Для определения различий между группами были использованы параметрический критерий Т- критерий Стьюдента, не параметрический критерий Х- квадрат.

Результаты исследования

Анализ полученных анкетных данных по выявлению частоты курения показал, что из всех

Таблица 1 - Частота курения

Место жительства	Пол	Курите ли Вы в настоящее время?					
		не ответили		нет		да	
		абс	%	абс	%	абс	%
Город	м	2	18,18	6	54,55	3	27,27
	ж	10	30,30	22	66,67	1	3,03
Всего м+ж		12	27,27	28	63,64	4	9,09
село	м	10	19,23	22	42,31	20	38,46
	ж	45	25,57	129	73,30	2	1,14
Всего м+ж		55	24,12	151	66,23	22	9,65
Всего(город+село)	м	12	19,05	28	44,44	23	36,51
	ж	55	26,32	151	72,25	3	1,44
Итого 272		67	24,63	179	65,81	26	9,56
		P>0,001					



обследованных курящих было 16,3% соответственно не курящих выявлено 83,7% ($P > 0,001$), в т. ч. мужчины составили 84,6%, женщин соответственно 13,4%. Т.о. оказалось курящих мужчин в 6 раз больше, чем женщин (таблица 1).

Сравнение полученных результатов с данными Первого национального исследования Агентства по делам здравоохранения и НЦПФЗОЖ по Южному региону страны проведенного в 2000 году, показало, что распространенность табакокурения среди молодых людей в возрасте 18-29 лет среди обследованного контингента молодых людей оказалась меньше в 2,7 раза, при этом отмечено равномерное уменьшение распространенности табакокурения, как среди мужчин, так и женщин, как среди городских, так и сельских жителей обследованных регионов.

Определение текущего функционального состояния организма этих молодых людей методом исследования вариабельности ритма сердца выявило, что 72,7% имеющих отклонения состояния здоровья были курящие, а из них у 87,5% выявлена нейроциркуляторная дистония по кардиальному или гипертоническому типу, сформированная патология сердечно-сосудистой системы, такие как, дистрофические изменения миокарда, нарушения проводимости пучка Гиса и др.. Большинство курящих были отнесены к 1 стадии – стаж курения составил от 1 до 10 лет. Зависимость курения в подавляющем большинстве случаев была психологическая. Только у одного из обследованных молодых людей, стаж курения составил 15 лет, курение у него с затяжкой, соматические изменения выражены больше сердечные в виде нарушения проводимости пучка Гисса.

Т.о. результаты исследований подтверждают данные ВОЗ о том, что не существует безопасной сигареты или безопасного уровня курения, полученные данные свидетельствуют о том, что курение чревато риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний.

По данным исследований Института физиологии МОН РК, проведенных у спортсменов отмечено, что курение одной сигареты сопровождается значительным снижением вариабельности ритма сердца и механизмов его регуляции, носит негативный характер, имеет длительные последствия.

Анализ анкетных данных о частоте и уровне употребления слабых и крепких алкогольных напитков выявил, что из общего числа опрошенных людей в возрасте 18-29 лет употребляют алкогольные напитки 75,1% опрошенных, в т.ч. 42,6% употребляют слабые и 32,5% - крепкие алкогольные напитки. Наибольшее число молодых людей употребляющих алкогольные напитки составили городские жители.

Анализ частоты употребления слабых алкогольных напитков показал, что несколько раз в год пьют 65,5% опрошенных, 2-3 раза в месяц - 19,0%, 2-3 раза в неделю - 7,1% и 1,2 % обследованных употребляют слабые алкогольные напитки (пиво) ежедневно.

Сравнение данных по употреблению слабых алкогольных напитков у молодых людей обследованной группы (2008 год) и данных Первого национального исследования в 2000 году по Южному региону страны, показало, что распространенность употребления слабых алкогольных напитков в обследованной группе меньше (1,5 раза) чем в группе молодых людей того же возраста по Южному региону и составило 42,6% против 64,0% соответственно.

Из общего числа опрошенных молодых людей, как в городе, так и на селе употребляющие крепкие спиртные напитки составили 32,5%, подавляющее большинство которых (75,6%) - это курящие мужчины ($P > 0,001$).

Употребляющих алкогольные напитки от 1 до 3 раз в неделю составило - 4,5%, 2-3 раза в месяц - 5,2%, несколько раз в год - 18,0%.

Анализ состояния здоровья людей употребляющих крепкие алкогольные напитки выявил, что у каждого второго имеются отклонения в состоянии здоровья, характеризующихся нарушениями как функционального состояния важных органов и систем организма, так и уже сформировавшимися соматическими заболеваниями, в большинстве своем - сердечно-сосудистой системы.

Полученные данные свидетельствуют и подтверждают отрицательное влияние крепких алкогольных напитков на состояние здоровья, и прежде всего на вегетативную нервную и сердечно-сосудистую системы, даже в дозах не превышающих допустимые.



Т.о. выявленные по данным исследования ВРС отклонения функционального состояния здоровья молодых практически здоровых людей, употребляющих слабые и крепкие алкогольные напитки, подтверждают положение о том, что употребление алкоголя является одним из основных факторов риска по развитию сердечно-сосудистой патологии, приводящие, в конце концов, к артериальной гипертензии,

Ишемической Болезни Сердца, инфарктам, инсультам и другим социально-значимым заболеваниями, требуют усиления проведения массовых и индивидуальных систематических антиалкогольных мероприятий, с обязательным учетом возрастных и местных особенностей.

Анализ данные по физической активности представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Физическая активность молодого населения

Место жительства	пол	Не ответили	В основном сижу	В основном хожу	Поднимаю и переносу небольшие тяжести	Зан.тяж физ. работой	Затрудняюсь ответить
		%					
город	м	18,2	27,3	54,5			
	ж	30,3	21,2	48,5			
Всего м+ж		27,3	22,7	50,0			
село	М	23,1	17,3	48,1	3,8	7,7	
	ж	30,1	13,1	35,8	7,9	9,1	4,0
Всего м+ж		28,5	14,0	38,6	7,0	8,8	3,1
Всего (г+с)	М	22,2	19,0	49,2	3,2	6,3	
	ж	30,1	14,3	37,8	6,7	7,7	3,3
Итого		28,3	15,4	40,4	5,9	7,3	2,6
P > 0,001							

Как видно из таблицы, малоподвижный, сидячий образ жизни отмечен в 15,4% случаев, большую часть которых составили городские жители. Из ответивших положительно на вопрос об уровне физических нагрузок - 21,5% ведут подвижный образ жизни, большую часть которых как в городе, так и селе составляют женщины. «В основном хожу» ответили 56,4 % респондентов, тяжелой физической работой заняты - 18,3% (P<0,001), подавляющее большинство которых составили мужчины сельской местности. Занятия физической культурой и подвижными видами спорта занимается около 10,0% опрошенных, подавляющее большинство которых составляют жители города. Т.о. 43,6% молодых людей в возрасте от 18 до 29

лет, нуждаются в коррекции физической нагрузки, из которых у 21,5% низкая физическая активность, у 78,5% чрезмерная физическая нагрузка, оба фактора являются факторами риска развития заболевания и нуждаются в коррекции, как физической нагрузки, так и состояния здоровья.

Таким образом, анализ полученных данных выявил, что у молодых людей, у которых в анамнезе только курение, употребление легких алкогольных напитков (вино, пиво), уже регистрируются неблагоприятные сдвиги в состоянии здоровья, проявляющиеся функциональным напряжением организма, снижением уровня адаптации.

А у тех молодых людей, у которых поведен-



ческие факторы риска такие, как регулярное курение, употребление, как легких, так и крепких алкогольных напитков даже в дозах, не превышающих допустимые (ВОЗ) в сочетании с низкой физической активностью или наоборот тяжелым физическим трудом, несбалансированным питанием являются обычным в образе жизни, исследованиями впервые установлены симптомы сформированных заболеваний таких как, артериальная гипертония 1 степени, миокардиодистрофия, пролапс митрального клапана, синусовая брадикардия, тахикардия, аллергические полинозы, нейроциркулярная дистония по гипертоническому или гипотоническому типу т.д.

Полученные результаты свидетельствуют о важности поведенческих факторов риска в вопросах формирования здоровья людей молодого возраста, своевременном выявлении отклонений и их коррекции.

Литература:

1.Апанасенко Г.Л. Медицинская валеология, Киев, 2000г.-214с.

2. Баевский Р.М.,Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний, М.Медицина, 1997г.-235с.

3.Стратегия ВОЗ «Здоровье для всех в 21 веке.» 2005г. 287с.

ТҮЖЫРЫМ

Бұл мақалада қала мен ауылдарда тұратын 18-29 жас аралығындағы жас адамдардың мінез-құлықтың өзгерулері факторларының денсаулықтарына тигер әсерлері анықталды.

SUMMARY

The article provides the results of the study influence of behavioral risk factors on health of young people aged 18-29 years, residents of cities and villages. A comprehensive study was carried out, assessed the state of health, depending on the presence or absence of behavioral risk factors.

ОСОБЕННОСТИ РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННОЙ ПАТОЛОГИИ СИСТЕМЫ ГЕМОПОЭЗА.

Ж.Т. Молдагалиева

НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей.

В статье представлен анализ динамики ретроспективных данных количественного состава периферической крови у экспонированных радиацией жителей Восточно-Казахстанской области на протяжении более 40 лет после формирования основных доз облучения.

Введение.

Установлено, что наиболее чувствительными к действию радиационных факторов риска является гемopoэтический гомеостат организма человека. Это связано с высокой способностью к пролиферации клеток белого и красного ростков кроветворения, лабильностью и пластичностью этих систем, которые формируют ответные реакции на облучение [1, 2]. Одновременно в этих системах проходят процессы репарации, которые в определенных условиях являются причиной различных поломок хромосомного аппарата клеток, приводящих к формированию пулов с различными мутагенными свойствами [3].

Проанализированные нами ретроспективные и проспективные данные по динамике количественного состава периферической крови у экспонированных радиацией лиц на протяжении более 40 лет после формирования основных доз облучения позволяют сформулировать основные закономерности и особенности постлучевой патологии системы гемopoэза, а также установить факты модификации показателей в условиях прямого и опосредованного радиационного воздействия.

Материалы и методы

Критериями формирования гематологической выборки непосредственно после облучения и последующие годы служили регулярное гематологическое исследование; возраст исследуемых – 16 лет и старше; отсутствие патологии и состояний, способных оказать влияние на гемopoэз в момент обследования; отсутствие терапии, модифицирующей гемopoэз на время обследования.

Метод оценки результатов исследования был однотипным с таковым при исследовании динамики показателей системы ПОЛ/АОЗ и также включал различные группы радиационного риска, сформированные по популяционному признаку. Исследовалось состояние динамики гемopoэтического гомеостата в трех дозовых группах и контрольной группе.

В первой дозовой группе проанализирован количественный состав периферической крови 144 человек, второй – 152 лица, третьей – 160, контрольной группе – 249 человек. Динамическое слежение и оценка результатов проведены в первые пять лет после формирования доз, а также через десятилетние промежутки в течение 6-46 лет после облучения.

Результаты и обсуждение

В таблице 1 представлен количественный состав периферической крови экспонированного радиацией населения в первые пять лет после формирования эффективных доз облучения. Как следует из таблицы, не установлено существенных различий в исследуемых показателях у мужчин и женщин.

Средний уровень показателей периферической крови среди лиц первой дозовой группы и контрольной группы не имели существенных различий, во второй и третьей дозовых группах (эффективная эквивалентная доза облучения 250-499; 500 и более мЗв) средние значения показателей белой крови были достоверно ниже контрольных.

Средние значения лейкоцитов у облученного населения колебались в пределах 4,85-4,95 на 10⁹, в контрольной группе – 6,01 на 10⁹ ($p < 0,01$; 0,01). Средние значения тромбоцитов среди экспонированных лиц колебались в пределах 196,8-209,4 на 10⁹, в контрольной группе – 250,3 на 10⁹ ($p < 0,05$; 0,05).

Также достоверно ниже оказался средний показатель нейтрофилов у экспонированного населения по сравнению с контрольной группой.

Таблица 1 - Количественный состав периферической крови экспонированного радиацией населения впервые 5 лет после формирования эффективных эквивалентных доз облучения (1962-1966 гг)

Показатели	Экспонированное радиацией население							
	I дозовая нагрузка ЭЭД 150-249 мЗв		II дозовая нагрузка ЭЭД 150-249 мЗв		III дозовая нагрузка ЭЭД 150-249 мЗв		Контрольная группа	
	Мужчины n = 76	Женщины n = 68	Мужчины n = 80	Женщины n = 72	Мужчины n = 78	Женщины n = 82	Мужчины n = 121	Женщины n = 128
	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$	$M \pm m$
Лейкоциты, $\times 10^9/\text{л}$	$5,75 \pm 0,05$	$5,9 \pm 0,06$	$4,85 \pm 0,04^{**}$	$4,9 \pm 0,04^*$	$4,8 \pm 0,04^*$	$5,0 \pm 0,03^*$	$5,8 \pm 0,06$	$6,2 \pm 0,07$
Тромбоциты, $\times 10^9/\text{л}$	$248,3 \pm 5,2$	$280,6 \pm 5,6$	$208,6 \pm 3,2^*$	$210,4 \pm 4,1^*$	$192,4 \pm 4,8$	$203,9 \pm 4,9^*$	$252,3 \pm 5,7$	$248,5 \pm 5,2$
Нейтрофилы, $\times 10^9$	$3,17 \pm 0,04$	$3,21 \pm 0,03$	$2,75 \pm 0,05^*$	$2,8 \pm 0,05^*$	$2,65 \pm 0,04^*$	$2,6 \pm 0,04^*$	$3,25 \pm 0,05$	$3,16 \pm 0,04$
Лимфоциты, $\times 10^9/\text{л}$	$2,18 \pm 0,03$	$2,2 \pm 0,04$	$1,76 \pm 0,03^*$	$1,75 \pm 0,03^*$	$1,72 \pm 0,03^*$	$1,68 \pm 0,03^*$	$2,21 \pm 0,04$	$2,17 \pm 0,04$
Нейтрофилы, палочкоядерные, %	$7,5 \pm 0,21$	$7,45 \pm 0,22$	$8,5 \pm 0,25^*$	$8,4 \pm 0,23^*$	$8,2 \pm 0,21^*$	$8,3 \pm 0,22^*$	$7,4 \pm 0,23$	$7,3 \pm 0,21$
Нейтрофилы, палочкоядерные, %	$41,9 \pm 0,8$	$43,2 \pm 0,7$	$37,8 \pm 0,6^*$	$38,3 \pm 0,05^*$	$37,6 \pm 0,5^*$	$37,8 \pm 0,5^*$	$43,6 \pm 0,7$	$42,5 \pm 0,6$
Эритроциты $\times 10^{12}/\text{л}$	$4,71 \pm 0,04$	$4,67 \pm 0,04$	$4,76 \pm 0,05$	$4,7 \pm 0,05$	$4,68 \pm 0,04$	$4,72 \pm 0,05$	$4,65 \pm 0,04$	$4,78 \pm 0,05$
Моноциты, %	$7,5 \pm 0,25$	$7,8 \pm 0,25$	$7,5 \pm 0,22$	$7,4 \pm 0,21$	$7,55 \pm 0,23$	$7,6 \pm 0,24$	$7,3 \pm 0,22$	$7,1 \pm 0,2$
Эозинофилы, %	$3,76 \pm 0,17$	$3,71 \pm 0,15$	$3,7 \pm 0,17$	$3,75 \pm 0,18$	$3,65 \pm 0,16$	$3,6 \pm 0,17$	$3,7 \pm 0,16$	$3,5 \pm 0,14$
Базофилы, %	$0,28 \pm 0,031$	$0,26 \pm 0,032$	$2,28 \pm 0,03$	$2,25 \pm 0,03$	$0,27 \pm 0,03$	$0,25 \pm 0,03$	$0,27 \pm 0,03$	$0,28 \pm 0,034$

* указанные значения имеют достоверные различия с контрольной группой.



пой. Средний показатель лимфоцитов у экспонированного населения составлял 1,71; 1,75 на 109, в контрольной группе – 2,19 на 109 ($p < 0,01$; $0,01$).

Также достоверно более низкими в экспонированных группах оказались средние значения палочкоядерных и сегментоядерных нейтрофилов в сравнении с контролем.

В первые пять лет после облучения не установлено существенных различий по средним показателям эритроцитов, моноцитов, эозинофилов и базофилов в исследуемых группах.

Через 16 лет после формирования доз облучения динамика количественного состава периферической крови в исследуемых группах не претерпела существенных изменений в сравнении с таковыми через пять лет после формирования доз.

Через 17-46 лет от формирования доз среди лиц, подвергавшихся облучению в установленном диапазоне доз, зарегистрировано нивелирование средних показателей числа тромбоцитов и нейтрофилов с таковыми в контрольной группе. Среднее число лейкоцитов и лимфоцитов у экспонированного радиацией населения оставалось достоверно более низким, чем в контрольной группе.

Таким образом, проведенный нами анализ динамики состояния системы гемопоезического гомеостата у экспонированного радиацией населения и их потомков в протяженном дина-

мическом ряду через 5-46 лет после формирования эффективных эквивалентных доз позволил констатировать наличие четко выраженных первичных реакций клеток периферической крови белого ростка в остром периоде, сформировавших как снижение средних показателей, так и увеличение числа лиц с лейко-, тромбо-, нейтро и лимфопенией. Было установлено, что через 15 лет после формирования доз средние показатели тромбоцитов и нейтрофилов нивелировались с таковыми в контроле. Однако средние показатели лейкоцитов и лимфоцитов на всем протяжении исследования были существенно ниже в экспонированных радиацией группах в сравнении с данными контроля.

Литература:

1. Вялова Н.А. Некоторые особенности поражения системы крови при хронической лучевой болезни // Бюлл. рад. мед. – 1998, № 3. – С. 49-63.
2. Баркаган З.С., Цывкина Л.П., Бувеч Е.И. Гематологические нарушения у жителей населенных пунктов, находившихся в зоне воздействия Семипалатинского полигона // Вестник «Семипалатинский полигон-Алтай». – 1996. - № 4. – С. 23-29.
3. Мазурик В.К. Роль регуляторных систем ответа клеток на повреждения в формировании радиационных эффектов // Радиационная биология, радиоэкология. – 2005. – Т. 45, № 1. – С. 26-45.



РОЛЬ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЙ ГОМЕОСТАЗА В ИЗУЧЕНИИ РАДИАЦИОННЫХ ЭФФЕКТОВ.

Ж.Т. Молдагалиева НИИ радиационной медицины и экологии, г. Семей.

Проведен анализ литературных данных по изучению роли комплексной оценки состояния отдельных гомеостатов организма человека в формировании популяционных эффектов ионизирующего излучения.

Анализ и оценка последствий радиационного воздействия для здоровья человека представляется крайне сложной проблемой, особенно в отношении радиационных эффектов, возникающих в отдаленные сроки при малых уровнях облучения для больших по численности и неоднородных по возрастно-половым характеристикам контингентов [1].

В последние годы появились работы, изучающие влияние ионизирующих излучений на систему гемостаза. Достаточно хорошо изучены эффекты воздействия высоких доз лучевого воздействия в виде острой или хронической лучевой болезни либо в форме местных лучевых реакций [2]. Вместе с тем, высокую актуальность представляет проблема оценки эффектов длительного радиационного воздействия в диапазоне малых доз, что обусловлено большим количеством неопределенностей в отношении направленности и выраженности медицинских последствий [3].

До последнего времени все эффекты малых доз рассматривались как стохастические, реализующиеся в виде онкологических заболеваний или генетических нарушений. Однако в последние годы было установлено, что это далеко не все эффекты, которые можно наблюдать у лиц, подвергающихся радиационному воздействию в малых дозах. К их числу можно также отнести эффект преждевременного старения, различные метаболические нарушения, заболевания дыхательной и сердечно-сосудистой систем и т.д. [4].

В связи с этими обстоятельствами особую актуальность на современном этапе развития радиационной медицины и радиобиологии представляют исследования по выявлению нарушений со стороны ключевых систем жиз-

необеспечения организма на доклиническом этапе, определяющих и характеризующих закономерности формирования типовых патологических процессов и заболеваний у лиц, подвергавшихся длительному воздействию ионизирующей радиации в широком диапазоне доз облучения, а также у их потомков. При этом системой-«мишенью» могут служить различные гомеостаты, нарушения в которых играют определяющую роль в реализации дисбаланса компенсаторно-приспособительных реакций. В этом плане несомненна значимость фундаментальных научных исследований, направленных на изучение реакций системы крови, иммунитета, вегетативной нервной системы и гормонального статуса организма в ответ на лучевые нагрузки различной интенсивности [5].

С целью изучения механизмов радиационного поражения и природы пострадиационных процессов проведено множество исследований на физико-химическом, биохимическом и молекулярном уровнях живого организма. Известно, что эти этапы радиационного повреждения тесно связаны с течением свободнорадикальных реакций.

Современным направлением научных исследований, призванных улучшить диагностику и лечение радиационно-индуцированных заболеваний, является изучение клеточно-мембранного гомеостаза. Удачной моделью клеток являются эритроциты, которым присущи общие принципы построения мембраны клеток [6].

В то же время общепризнано, что в патогенезе большинства заболеваний важное место занимают цепные процессы свободнорадикального окисления (СРО) компонентов клетки с участием радикала кислорода. Как правило, эти процессы реализуются по механизму перекисного окисления липидов и традиционно оцениваются по скорости и количеству образования одного из конечных продуктов окисления малонового диальдегида. Динамика образования



продуктов ПОЛ контролируется мембранно-связанной системой биоантиоксидантов, которая, как известно, представлена, в основном, глутатионсодержащими ферментами. В процессе радиационно-индуцированного повреждения ведущая роль принадлежит оксидативному повреждению биологических мембран, которое реализуется при участии реактивных соединений кислорода, вырабатываемых под воздействием ионизирующей радиации [7].

Только комплексная оценка нарушений гомеостаза в рамках целостного организма позволяет сформировать объективное представление не только о характере и глубине расстройств в ведущих системах жизнеобеспечения, но и выявить основные точки приложения радиационного воздействия для запуска последовательно реализующегося каскада патологических изменений, от субклеточного, клеточного до органного и организменного уровней. Данная информация позволяет разрабатывать подходы целенаправленной и патогенетически обоснованной коррекции и профилактики гомеостатических расстройств на доклиническом этапе с целью предупреждения развития основных заболеваний.

Литература:

1. S.B. Balmukhanov, J.N. Abdrakhmanov, T.S. Balmukhanov, B.I. Gusev, N.N. Kurakina, T.G. Raisov. Medical Effects and Dosimetric Data from Nuclear Tests at the Semipalatinsk Test Site //Technical Report for Defense Threat Reduction Agency.- 2006.- 124 p.
2. Окладникова Н.Д., Сумина М.В., Пестерникова В.С. Хроническая лучевая болезнь человека, вызванная внешним α -облучением: 50 лет клинического наблюдения //Мед. радиол. и радиац. безопасность.- 2003. -Т. 48, № 1.- С. 84-93.
3. Рябухин Ю.С. Низкие уровни ионизирующего излучения и здоровье: системный подход (аналитический обзор) //Мед. радиол. и радиац. безопасность.- 2000.- Т. 45, № 4. - С. 5-46.
4. Лютых В.П., Долгих А.П. Клинические аспекты действия «малых» доз ионизирующего излучения на человека (общесоматические заболевания) // Мед. радиол. и радиац. безопасность.-1998.- Т. 43, № 2.- С. 28-34.
5. Бутото Н.В. Механизмы восстановления радиорезистентности после сублетального излучения // Военная медицина. Проблемы профилактики, диагностики, лечения экстремальных состояний. - М.: Воениздат, 1994.- С. 33-41.
6. Никольский А.В., Котеров А.Н. Радиоадаптивный ответ клеток млекопитающих //Мед. радиол. и радиац. безопасность. - 1999. - Т. 44, № 6. - С. 5-18.
7. Козлов Ю.П. Свободнорадикальное окисление липидов в биомембранах в норме и патологии //Биоантиокислители. - М., 1995. - С. 5- 15.



ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Мулюков А.А.

*Центральная клиническая больница Медицинского Центра
Управления Делами Президента Республики Казахстан*

Бронхиальная астма занимает одно из ведущих мест среди заболеваний серьезно угрожающих здоровью населения. Во мире бронхиальной астмой страдает до 300 млн человек. В различных популяциях она достигает от 5 до 15% населения. По официальным данным распространенность бронхиальной астмы в Алматы составляет 1,5%, а данные специальных исследований говорят о превышении данного уровня в 8-10 раз. Актуальность проблемы астмы заключается во влиянии ее на качество и продолжительность жизни, что обуславливает необходимость проведения исследований по ее распространенности, диагностики и лечения.

Нами изучены особенности клинического течения бронхиальной астмы у больных, находящихся на лечении в клинической больнице Медицинского Центра Управления Делами президента и факторы, способствующие обострению болезни.

Обследовано 48 больных, страдающих бронхиальной астмой, в возрасте от 22 до 72 лет (средний возраст 49,39 ± 13,46), из них 38 женщин и 10 мужчин. Давность заболевания составляла в среднем 17,5 ± 7,3 года с колебаниями от 2 до 39 лет. Больные находились на диспансерном учете. Диагноз верифицирован в соответствии с международной классификации болезней 10-го пересмотра (1966). По характеру клинического течения заболевания все больные были распределены в 2 группы: больные с легким интермиттирующим течением (I-группа) – 19 человек, со среднетяжелым и тяжелым персистирующим течением (II-группа) – 29 человек.

Экспертный анализ медицинской документации позволил выделить 2 этапа диагностического процесса: 1-ый, обозначенный как «додиагностический» (ДД), - от момента появления первых симптомов заболевания до постановки правильного диагноза (в этот период больные наблюдались амбулаторно с диагнозом ОРВИ,

острого и хронического бронхита, получали антибиотики, сульфаниламиды, нестероидные противовоспалительные (НПВС), отхаркивающие).

Второй этап – «постдиагностический» (ПД). Этот интервал времени от постановки правильного диагноза до поступления больных в реанимационное отделение. Однако, несмотря на постановку правильного диагноза, тактика ведения не претерпевала существенных изменений, больные продолжали получать противомикробные препараты, отхаркивающие, НПВС, к лечению подключались ингаляционные β_2 -агонисты, ингаляционные и системные глюкокортикоиды (ГКС), элиминационные мероприятия, при нарастании угрожающей дыхательной недостаточности больные переводятся на искусственную вентиляцию легких. По результатам анкетирования клинические проявления заболевания у большинства больных были типичными для бронхиальной астмы. Основным симптомом в заболевании бронхиальной астмы был кашель, который примерно с одинаковой частотой возникал как при интермиттирующем, так и при персистирующем течении заболевания, реже возникала одышка. Дыхательный дискомфорт и типичные приступы удушья имелись лишь у некоторых больных. Детализация данных жалоб позволила определить их единое происхождение (транспортный спазм бронхов). Данные симптомы возникали в сходных ситуациях: при физических и психоэмоциональных нагрузках, контакте с холодным (морозным) воздухом, в ответ на резкие запахи, контакте с бытовыми, пылевыми и эпидермальными аллергенами, носили транзиторный характер. При этом четко выявлялся эффект элиминации.

К моменту поступления больных в отделение реанимации клинические проявления бронхоспастического синдрома были более четко выражены: у всех больных имели место типичные



приступы удушья, сочетающихся с эпизодами транзиторной одышки, приступообразный кашель с хрипами в грудной клетке, чувство тяже-

сти в грудной клетке, которые также возникали в сходных ситуациях (таблица №1).

Таблица №1. Субъективные признаки респираторной дисфункции на момент обследования.

Жалобы	Группа I n=19		Группа II n=29	
	абс.	%	абс.	%
Приступы удушья	44	100	52	100
Кашель	42	95,4	50	96,1
Одышка	44	100	51	98
Тяжесть в грудной клетке	28	63,6	31	59,6

Анализ анамнестических данных и данных объективного исследования позволил уточнить связь заболевания с эндогенными факторами риска: у 50% больных был отягощенный наследственный анамнез, то есть ближайшие родственники больных страдали каким-либо аллергическим заболеванием: бронхиальной астмой, поллинозом, аллергическим дерматитом. У 81,8% больных I и 86,8% -II группы в прошлом были аллергические реакции на различные аллергены (пищевые, лекарственные, пыльцевые и др.) в виде крапивницы, поллиноза, отека Квинке, феномена Артюса.

Все больные I и II группы были социально адаптированы, то есть имели постоянное место жительства, профессию, постоянную работу, большая часть не имела вредных привычек: лишь 18,2% больных первой и 13,5% второй группы, периодически курили, но, как правило, при необходимости легко отказывались от курения.

Большую часть исследуемых больных составили лица женского пола (79,2 4,1%, $p<0,01$) с гиперстеническим типом конституции (53,1

5,1%, $p<0,01$) и повышенной массой тела (53,312%, $p<0,01$). По характеру сенсibilизации пациенты распределились следующим образом: бытовая -73,9 4,5% ($p<0,01$); пыльцевая-62,5 4,9%; ($p<0,01$) медикаментозная – 44,8 5.1% ($p<0,05$); пищевая – 37,5% 4,9%($p<0,05$); эпидермальная – 33,3 4,8%($p<0,05$); микогенная – 20,8 4,1($p<0,05$). Клинические проявления дебюта заболевания определялись характером специфической сенсibilизации. Для интермиттирующего варианта БА была характерна связь появления первых симптомов или обострений заболевания с сезоном цветения растений, к пыльце которых больные были сенсibilизированы (весна-лето), ухудшение состояния больных имело место в сухую, жаркую погоду. При персистирующем течении у больных с бытовой астмой выявлена связь дебюта или обострения заболевания с очередной респираторной вирусной инфекцией и персистенцией симптомов в течение всего с ухудшением состояния в холодное и/или сырое время года (осень-зима-весна).



ПЕРИНАТАЛЬДІ ГИПОКСИЯНЫ ӨТКЕРГЕН НӘРЕСТЕЛЕР ҚАНЫНЫҢ ЭРИТРОЦИТТЕРІНІҢ СОРБЦИЯЛЫҚ СЫЙЫМДЫЛЫҒЫН ЗЕРТТЕУ.

С.М.Қабиева

Қарағанды мемлекеттік медицина академиясы, Қарағанды қ.

Жаңаша неонатологияның көкейтесті бір мәселесі болып, перинатальді гипоксияның диагностикасы табылады. Болжамдық жоспарда, өткерген гипоксиядан гөрі, оның шақыратын асқынулары қажет болып табылады. Яғни, бұл жағдай ұрықтың және нәрестенің мүшелері мен тіндеріндегі болатын асқынуларға әкелетіні қажет. Бас миымен қоса миокардта оттегінің тапшылығына және көмірқышқыл газының шектен тыс көбеюіне өте сезімтал мүше болып келеді [1].

Барлық ағзаның биологиялық мембраналарының құрылымы мен қызметінің жалпы принциптері тән эритроциттер мембранасымен және ішкі мүшелер мен жүйелердің жасушалық мембраналарының өзгерістері арасында байланыс болатындығы белгілі [2]. Гипоксия нәтижесінде пайда болған зақымдалу реакциялары, негізінде жасуша мембраналарында өтеді: эритроцитарлы мембрана сынғыш және қатқыл болып келуіне байланысты, олардың жоғарғы гемолизіне әкеледі.

Айтарлықтай, интранатальді гипоксияны өткерген нәрестелердің вена қанының эритроциттерінің сорбциялық сыйымдылығын зерттеу жөнінде тек бір жұмыста ғана кездестірдік [3]. Сондықтан, перинатальді гипоксия кезінде эритроцитарлы мембрананың құрылымдық-қызметтік сипаттамасының анықтамасын іздестіру және жүректің зақымдалған жасушаларын зерттеу көкейтесті мәселе болып табылады.

Зерттеу мақсаты: перинатальді гипоксияны өткерген нәрестелердің кіндік қанындағы эритроциттердің сорбциялық сыйымдылығын анықтау.

Материалдар мен әдістер

Зерттеу Қарағанды қаласының облыстық перзентханасында жүргізілді. Перинатальді гипоксияны өткерген 85 нәресте зерттелді. Бақылау тобын 15 дені сау нәрестелер құрады. 5-10 мл көлеміндегі кіндік қаны кіндікті

плацентаның аналық бөлігінен кескеннен кейінгі мезетте алынады. Эритроциттердің сорбциялық сыйымдылығын (ЭСС), эритроцитарлы массасының бояғышты (метилен көгі) сіңіру дәрежесі бойынша анықталды [4].

Нәтижелері және оларды талқылау

Дені сау нәрестелердің ЭСС $46,9 \pm 8,17\%$ құрағанын анықтадық. Перинатальді гипоксияны өткерген нәрестелерді кіндік қакнының ЭСС көрсеткіштері бойынша 4 топқа бөлінді. ЭСС 16-40% құраған 1 топқа 19 бала кірді, 2-ші топқа ЭСС 40-55% тең – 30 бала, 3-ші топқа ЭСС 56-65% көрсеткіштері бар 19 бала, 4-ші топқа ЭСС 66% артық көрсеткіштері бар балалар кірді.

Әр топтағы нәрестелерде ЭСС көрсеткіштеріне әсер ететін перинатальді факторлар анықталды: 1. тотығу модификациясы арқылы мембрана компоненттерінің қасиеттерін өзгертетін факторлар (анемия, артериалді гипертензия, созылмалы құрсақ ішілік гипоксия белгілері, туғандағы асфиксия) 2. абсорбция немесе әсер ету негізінде мембрана компоненттерінің қасиетін өзгертетін факторлар (инфекциялы немесе ренальді негізінде туындаған эндогенді интоксикация).

Жоғарыда аталған факторларды бағалағаннан кейін біз мынадай мәліметтерді анықтадық, 1-ші топтағы ЭСС көрсеткіштері төмен болған нәрестелердің аналарында инфекциялық аурулар (64%), бүйрек аурулары (16%), созылмалы құрсақ ішілік гипоксияны құрайтын факторлар (анемия, гипотония, жүктілікті үзілу қаупі, фетоплацентарлы жетіспеушілік, суаздылық) (58%) орын алған, осы топтың 32% балалары асфиксиямен туылған. 2-ші топтағы нәрестелердің аналары 50% инфекциялық аурулары анықталды, бүйрек аурулары – 40%-ында, факторы, ұрақтағы созылмалы құрсақ ішілік гипоксияны құрайтын факторлар – 57%-ында анықталды, осы топтың 30% балалары асфиксиямен туылды. 3-ші топ нәрестелерінің аналарында инфекциялық ау-



рулар 58%, бүйрек аурулары – 48%, ұрақтағы созылмалы құрсақішілік гипоксияны құрайтын факторлары – 37% анықталды, осы топтың 43% балалары асфиксиямен туылған. 4-ші топ нәрестелерінің аналарында инфекциялық аурулар 69%, бүйрек аурулары – 44%, созылмалы құрсақішілік гипоксияны құрайтын факторлар – 25% анықталды, осы топтың 25% балалары асфиксиямен туылған.

Жүктілік кезіндегі эндогенді интоксикация деңгейінің қаншалықты жоғарғы болса, нәрестелердің кіндік қанының ЭСС көрсеткіші де жоғары болады. Созылмалы құрсақішілік гипоксияны құрайтын факторлары, керісінше кіндік қанының ЭСС төмендеуіне әсер етеді. Біздің ойымызша, мұндай тұжырым созылмалы гипоксия кезіндегі мембранада холестерин және қаныққан май қышқылдарымен фосфолипидтерінің жиналу фактысымен сипатталады. Сонымен қатар, жедел гипоксияда нәрестелердің кіндік қанының ЭСС жоғарлауына әсер етеді, яғни жедел тотығу процесі мембраналардың өткізгіштігін күшейтеді.

Осыған орай, гипоксияны кешірген нәрестелердің кіндік қанының эритроциттерінің сорбциялық сыйымдылығы, эндогенді интоксикация факторларына және өткерген гипоксия сипатының айқындылық дәрежесіне және қатынасына тәуелді болады (жедел және созылмалы).

Әдебиеттер

1. Черкасов Н.С. Заболевания сердца у новорожденных и детей раннего возраста. //Ростов на Дону Феникс, 2006. – 191 с.
2. Генис Р. Биомембраны: молекулярная структура и функция: Пер. с англ. – М., 1997.
3. Байбородов Б.Д., Додхоев Д.С. Влияние гипербарической оксигенации на проницаемость эритроцитарных мембран и сорбционную емкость эритроцитов у новорожденных, перенесших гипоксию при рождении// Анестезиол. и реаниматол.-2003.-№2-С.55-57.
4. Тогайбаев А.А., Кургузкин А.В., Рикун И.В. Способ диагностики эндогенной интоксикации //Лаб.дело.-1988.-№9.- С.22-24.

РЕЗЮМЕ

Проводилось исследование сорбционной емкости эритроцитов пуповинной крови новорожденных. Обследовано 85 новорожденных, перенесших перинатальную гипоксию. Установлено, что величина сорбционной емкости эритроцитов пуповинной крови новорожденных, перенесших гипоксию, зависит от соотношения и степени выраженности факторов, определяющих уровень эндогенной интоксикации, а также характера перенесенной гипоксии.

SUMMARY

The investigation of sorption capacity of erythrocytes of funic blood in newborns was done. 85 newborns, who had undergone the perinatal hypoxia were investigated. It is established that the value of sorption capacity of erythrocytes of funic blood of newborns, who had undergone the hypoxia depends on ratio and degree of markness of the factors determining the level of endogenic intoxication and the character of the undergone of the hypoxia.

КОРРЕКЦИЯ ДИСБАКТЕРИОЗА КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ

Л.М.Карсыбекова АО «БОФУР ИПСЕН ФАРМА», г.Алматы

Научные достижения последних лет существенно меняют существующие представления о значении кишечной микрофлоры для нормального роста и развития ребенка. Извест-



но, что одним из важнейших назначений индигенной микрофлоры является ее участие в формировании колонизационной резистентности. Получены достоверные доказательства того, что эта функция обеспечивается рядом факторов, первостепенные из которых – конкуренция с экзогенными бактериями за рецепторы связывания и факторы питания [10, 12].

Бактериостатическое действие оказывают низкомолекулярные метаболиты сахаролитической микрофлоры, в первую очередь короткоцепочечные жирные кислоты (пропионовая, масляная, уксусная, муравьиная, молочная и др.), лактат и др. [1, 2, 3, 5, 7]. Они способны ингибировать рост сальмонелл, дизентерийных шигелл, многих грибов. В то же время бактериостатический эффект не распространяется на индигенную флору.

С другой стороны, низкомолекулярные метаболиты, блокируя адгезинами рецепторы эпителиоцитов, предотвращают адгезию потенциально патогенных бактерий к эпителию. Этот эффект дает возможность индигенным микроорганизмам заселять соответствующие экологические ниши. Чем более специфичны и прочны лиганд–рецепторные связи представителей нормальной микрофлоры, тем труднее экзогенным бактериям имплантироваться в различных биотопах.

Конкурентоспособность индигенных бактерий связана также с их выраженной подвижностью, позволяющей получать лучший доступ к питательным субстратам [4, 6]. Обсуждается вопрос о ключевом участии микрофлоры в обеспечении противовирусной защиты хозяина [11]. Благодаря феномену молекулярной мимикрии и наличию рецепторов, приобретенных от эпителия макроорганизма, микрофлора получает способность перехвата и выведения вирусов, обладающих соответствующими лигандами [1, 7, 9].

Кроме антагонистического действия сапрофитной флоры, барьерную функцию слизистой оболочки кишечника обеспечивает слизь. В современном понимании слизь – это вязкоупругий секрет, основным структурным и функциональным компонентом которой является особый подкласс гликопротеинов. До последнего времени

их называли гликопротеинами слизи. Сейчас за ними закрепилось название муцинов (от англ. *mucus* – слизь). Слизь образует непрерывный неперемешиваемый слой, толщина которого сильно варьирует в зависимости от типа тракта, органа и состояния организма. Установлено, что прочно связанные с муцинами секреторные иммуноглобулины А противостоят бактериальной адгезии [6, 13]. Другие компоненты слизи могут повышать сопротивляемость кишечного слизистого барьера. Это относится к лизоциму, который, взаимодействуя с гликопротеинами слизи, осуществляет бактериальный лизис, а также к лактоферрину, который из-за своего большого сходства с железом оказывает бактериостатические свойства.

Таким образом, слой слизи, секреторные иммуноглобулины и сапрофитная флора представляют собой полноценный надэпителиальный слизистый слой, который защищает слизистую оболочку от дегидратации макромолекул, физической и химической агрессии, а также от атак микроорганизмов, бактериальных токсинов и паразитов. Эти антибактериальные механизмы защиты являются первичными и действуют постоянно, обеспечивая необходимый баланс микроорганизмов на слизистой оболочке кишечника. Нарушение этих первичных механизмов защиты повышает возможность адгезии и размножения условно – патогенных и патогенных микроорганизмов.

С современных практических позиций предполагается совершенно по – новому подойти к восстановлению функциональных свойств слизистого слоя. Например, заслуживает особого рассмотрения вопрос о так называемой «иммунизации мукозального барьера», т. е. иммунизации слизи. В отличие от традиционной иммунизации, целью которой является увеличение титра иммуноглобулинов G, задачей мукозальной иммунизации является увеличение титра иммуноглобулина А – антител, локализованных главным образом в слизи. В качестве одного из способов получения вакцины для мукозальной иммунизации предлагается использовать рекомбинанты нетоксичной субъединицы холерного токсина [13].

Кроме того, в настоящее время большое зна-

чение придается применению местнодействующих препаратов (цитомукопротекторов), которые формируют комплексные связи с муцинами слизи, секретируемой слизистой оболочкой желудочно – кишечного тракта. В России медицинские специалисты достаточно информированы о такой терапевтической тактике для детей с дисбактериозом кишечника. Приоритет справедливо отдается известному и проверенному временем препарату, имеющему определенные фармакологические особенности, предсказуемый клинический эффект и четкие показания. Таким лекарственным средством является диоктаэдрический смектит (Смекта).

Современные научные данные свидетельствуют о том, что Смекта, обладая высокой биологической активностью, проникает в слизистый (муциновый) слой, причем не только кишечника, но и верхних отделов желудочно-кишечного тракта, взаимодействует с гликокаликсом (образует нековалентные прочные связи с гликопротеинами слизи), что сопровождается тенденцией к нормализации многих функциональных показателей слизи. Особенно важно для детской практики, что препарат локально действует на реологические свойства муцина, и это повышает его эффективность и безопасность.

В последние годы разными авторами с помощью проспективных рандомизированных исследований был показан положительный эффект применения Смекты при лечении хронических воспалительных заболеваний кишечника. Оказалось, что благодаря своим мембрано-стабилизирующим свойствам Смекта препятствует разрушительному действию активированных клеток иммунной системы, цитокинов воспаления, включая фактор некроза опухоли - α , что позволяет ей сохранять ультраструктуру слизистой оболочки кишечника.

Другой хорошо изученной функцией индигенной микрофлоры, на которой хотелось бы сконцентрировать внимание, является детоксицирующая ее способность.

Известно, что толстая кишка представляет собой естественный резервуар грамотрицательной анаэробной флоры, которая служит основным источником их эндотоксина (липо-

полисахарид – компонент наружной клеточной мембраны грамотрицательных бактерий). В норме, учитывая барьерную функцию кишечника, в кровоток проникает относительно небольшое количество эндотоксина, которое в системе воротной вены связывается с клетками Купфера, макрофагами, эритроцитами, липопротеидами, другими белками плазмы крови с последующей детоксикацией в гепатоцитах [8].

В условиях кишечного дисбактериоза, когда, как правило, повышается интестинальная проницаемость, а бактериальная транслокация возрастает в несколько раз с параллельным изменением ее состава, толстая кишка, безусловно, ответственна за увеличение риска развития синдрома эндогенной интоксикации. В этой связи можно определиться в хронобиологической последовательности формирования эндотоксикоза: из источника токсемии (толстая кишка) эндогенные патологические субстанции через кровь попадают в органы фиксации и биотрансформации (печень, иммунная система, легкие), органы выведения (печень, почки, желудочно – кишечный тракт, легкие, кожа), а также органы и ткани депонирования (жировая ткань, нервная система, костная ткань, органы эндокринной системы, лимфоидная ткань). Повышение концентрации токсических веществ в организме связано с формированием синдрома полиорганной недостаточности, при котором системы детоксикации и регуляции гомеостаза, в свою очередь, подвергаются токсическому повреждению. С другой стороны, развившийся эндотоксикоз становится основным механизмом, поддерживающим метаболические нарушения, что способствует образованию порочного круга, опасного для здоровья ребенка.

В настоящее время в педиатрической практике успешно применяется перспективный активный метод терапии – энтеросорбция, с помощью которого происходит извлечение, фиксация и выведение из желудочно-кишечного тракта бактериальных токсинов, продуктов естественного обмена в высоких концентрациях, активированных ферментов, желчных кислот, медиаторов воспаления, биологически активных веществ, перекисных продуктов, агрессивных компонентов комплемента, условно-патогенных микро-



организмов и вирусов. Обширная литература о сорбционных материалах позволяет считать их использование патогенетически обоснованным и очень важным – особенно в условиях роста уровней резистентности микробов к антибактериальным средствам, в том числе и специфическим бактериофагам.

Под энтеросорбцией понимается введение в полость кишечной трубки различных веществ как естественного, так и искусственного происхождения, обладающих адсорбционной активностью, с целью направленной трансформации структурных компонентов внутренней среды организма, ведущей к определенным функциональным преобразованиям, и, в конечном итоге, к восстановлению общей реактивности организма. К прямому эффекту относится активный «сбор» токсических продуктов в кишечнике при движении в его просвете частиц энтеросорбента. Так как данный процесс носит циклический характер, т. е. токсические продукты, прежде чем покидают организм, многократно всасываются и вновь экскретируются кишечной системой, идея использования энтеросорбента заключается в прерывании этого «порочного» круга, фиксации ауто-и экзотоксинов на поверхности сорбента с последующим их удалением с каловыми массами. Сорбция микробных клеток и их токсинов начинается с того отдела желудочно-кишечного тракта, где существует бактериальная транслокация. Связывание газов при гнилостном брожении дает возможность устранить метеоризм и улучшить кровоснабжение кишечника, т. к. раздутие газом петель кишечника приводит к блоку микроциркуляции и ингибированию обменных процессов. Продвигаясь по пищеварительному тракту, сорбенты за счет раздражения рецепторных зон способны усиливать моторику кишечника и эвакуацию химуса. В массообмене с сорбентом участвует слюна, желудочный сок, желчь, панкреатический сок, сок тощей и подвздошной кишок.

Лечебный эффект сорбента достигается за счет физико-химических свойств сорбирующего вещества, способного связывать и выводить из организма токсические продукты. Благодаря широкому спектру действия самым используемым энтеросорбентом в детской практике явля-

ется Смекта (диоктаэдрический смектит). Накоплен обширный материал по использованию Смекты, дано физиологическое обоснование, представлен механизм действия энтеросорбента, показаны большие возможности Смекты при различных заболеваниях.

Установлено, что диоктаэдрический смектит имеет высокоразвитую активную поверхность, содержащую гидрофильные и гидрофобные центры, с листовидной, пластинчатой структурой. Данные клинических исследований, проведенных в России, позволяют достоверно судить о том, что Смекта обладает истинной селективной антибактериальной активностью в отношении широкого спектра условно-патогенных микроорганизмов, при этом не оказывает отрицательного влияния на состав индигенной микрофлоры толстой кишки. Препарат характеризуется высокой сорбционной способностью, так как может фиксировать на себе и выводить не только микроорганизмы, но и их токсины и метаболиты, которые вызывают наиболее тяжелые повреждения кишечного слизистого барьера (шигеллы Зонне, сальмонеллы, кампилобактеры, холерные вибрионы), а также ротавирусы, желчные кислоты, кишечные газы, неперева-ренные углеводы.

В отличие от активного угля препарат стандартизован и получается по экологически чистой технологии, имеет хорошую совместимость с внутренней средой организма, высокий профиль безопасности, поскольку не метаболизируется в желудочно-кишечном тракте и количественно выводится из последнего естественным путем в течение 24 часов.

Таким образом, Смекта обладает самым широким набором основных и дополнительных свойств, позволяющим ей быть эффективным компонентом оптимальных схем, используемых для коррекции дисбактериозов кишечника у детей.

За последние годы был накоплен существенный опыт, свидетельствующий о необходимости разработки и внедрения в педиатрическую практику программы коррекции дисбактериозов кишечника, максимально учитывающей особенности детской популяции в Российской Федерации. Мы считаем, что она должна вклю-

чать в себя ликвидацию причины, приведшей к развитию дисбактериоза кишечника, лечебное питание, микробиологическую коррекцию с использованием препаратов селективной деконтаминации, пробиотиков, пребиотиков, синбиотиков, назначение иммуномодуляторов. Представляется уместным подчеркнуть, что именно комплексные схемы сулят благоприятные перспективы, так как дают более выраженный, стойкий клинический и микробиологический эффект. Однако интернистами должна обсуждаться дифференцированная коррекция дисбактериозов (она не может быть стандартной), а врачебная тактика в каждом конкретном случае должна определяться характером микробного пейзажа, возрастным фактором, преморбидным фоном, характером вскармливания, пищевой переносимости и с учетом специфичности лечения основного заболевания.

Представляется, что примером такого всестороннего подхода может стать разработанная нами оптимальная схема лабораторной диагностики и соответствующий ей рекомендательный перечень основных лекарственных препаратов, используемых при соблюдении принципа последовательности и комплексного подхода в коррекции дисбактериоза толстой кишки.

На 1 этапе – при осмотре ребенка с кишечными дисфункциями мы назначали расширенное копрологическое исследование. При выявленных изменениях в показателях копрограммы (а именно – наличие иодофильных бактерий, дрожжеподобных грибов, слизи, лейкоцитов, изменения реакции кала в щелочную или кислую сторону, наличие непереваренной клетчатки и других патологических элементов) проводили их оценку и назначали сначала природные энтеросорбенты (Смекта), затем пробиотики или синбиотики, соответствующее лечебное питание, включающее кисломолочные продукты, продукты функционального питания и содержащие пищевые волокна.

По окончании коррекции проводили копрологический мониторинг, при сохранении патологических признаков в копрофильтратах считали, что необходимо использовать следующий этап диагностики и лечения.

На 2 этапе – целенаправленно и углубленно

исследовали качественный и количественный состав микрофлоры толстой кишки, т. е. определяли микробиологические критерии дисбактериоза. На основании полученных данных подбирали индивидуальную схему коррекции выявленных нарушений. Диету формировали с учетом типа диспепсии, моторных нарушений кишечника и основного заболевания. При I степени дисбактериоза назначали пробиотик метаболитного типа (Хилак ®форте), или комбинированные пробиотики (Бифилиз, Бифи-форм ®, Аципол), или жидкие пробиотические комплексы, или синбиотики. Одновременно использовали витаминно-минеральные комплексы.

При II степени дисбактериоза коррекцию начинали со специфических бактериофагов или препаратов, содержащих культуры бактерий, обладающих антагонистической активностью (Бактисубтил, Споробактерин, Биоспорин, Энтерол), далее – проводили энтеросорбцию (Смекта) с последующим комплексным назначением пробиотиков (Хилак ®форте, Бифилиз, Бифиформ ®, Аципол), иммуномодуляторов (Нуклеинат натрия, Деринат, Ликопид), ферментных препаратов и витаминно-минеральных комплексов.

При III степени дисбактериоза – прежде всего использовали кишечные антисептики (Эрсефурил, Энтерофурил, Макмирор и др.) с иммуномодуляторами (Гепон, Полиоксидоний, Ликопид), затем – энтеросорбенты (Смекта) и далее – пробиотики ((Хилак ®форте, Бифилиз, Бифиформ ®, Аципол) или жидкие пробиотические комплексы, ферменты, витамины.

Предложенная схема включает в себя безопасные фармакологические средства в оптимальных соотношениях, она апробирована более чем у 1000 детей разного возраста. Исходя из успешного опыта создания и внедрения в практику данной программы, можно сделать следующие выводы: во-первых, подобная схема организации лабораторного исследования позволит создать систему мониторинга за микробной экологией кишечника конкретного ребенка и улучшить диагностику дисбактериоза; во-вторых, осуществить индивидуальную (ступенчатую, комплексную) и своевременную коррекцию в зависимости от состояния индигенной микрофлоры толстой кишки.

**Литература:**

1. Арифиллина К. В. Влияние функционального питания на состояние микробиоценоза и микроэлементного статуса детей // Вопросы детской диетологии. – 2004. . – т. 2. – № 1. – С. 22 –23.
2. Бифилиз в комплексном лечении и профилактике дисбактериоза кишечника (пособие для врачей) / Баранов А. А., Коровина Н. А., Щербатова Э. Г. и др. – М., 2002. – 22с.
3. Борзунов В. М., Литусов Н. В., Васильев П. Г. и др. Применение пробиотика Биоспорина в таблеточной форме для лечения больных дизентерией // Материалы IX Российского национального конгресса «Человек и лекарство» – М., 2001. – С. 63.
4. Климовицкая Е. Г., Киселев В. П., Ситников И. Г., Власенко О. Е. Этиотропная терапия острых кишечных инфекций различной этиологии и тяжести у детей с использованием пробиотика бифидумбактерин-форте // Материалы научно – практической конференции педиатров России «Фармакотерапия инфекционных болезней у детей» – М., 2001. – С. 36.
5. Корсунский А. А., Хавкин А. И., Лыкова Е. А., Миху И. Я. Целесообразность пробиотической терапии при пилорическом геликобактериозе у детей // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1998. – №5. – т. VIII. – С. 63.
6. Красноголовец В. Н. Дисбактериоз кишечника. М. :Медицина, 1989. – С. 51 –78.
7. Мухина Ю. Г. , Нетребенко О. К. , Шумилов П. В. Вопросы выбора адекватного питания для больного ребенка //Лечащий врач. – 2004. – № 4. – С. 24 –26.
8. Семин С. Г. , Вартопетова Е. Е. Опыт коррекции дисбактериоза кишечника врачами разных специальностей //Тезисы докладов научно-практического семинара «Индивидуальные подходы к проблеме дисбактериоза ». М., 2003. – С. 29 –34.
9. Шендеров Б. А. Там же. т. 3: Пробиотики и функциональное питание. М. :ГРАНТЪ, 2001. – 286с.
10. Gorbach SL. Probiotics and gastrointestinal health //Am. G. Gastroenterol. 95:1 Suppl, S2 –4, Jan, 2000.
11. Stark P. L. , Lee A. The microbial ecology of the large bowel of breast –fed and formula –fed infants during the first year of life // J. Med. Microbiol. 1982. - 15 (2): 189 –203.
12. Van der Waaij D. Evidence of immunoregulation of composition of intestinal microflora and its practical consequences // Eur. J. Clin. Microbiol. 1988. – 7 ((1). – P. 101 –106.
13. Яковенко Э. П. Неалкогольные стеатогепатиты как результат нарушения процессов пищеварения и баланса кишечной микрофлоры // Consilium Medicum, приложение, 2005.–С.2 –6.

ЦИТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ СТРУКТУР ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПЕЧЕНИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ЭКЗОТОКСИКОЗЕ ХЛОРИСТЫМ КАДМИЕМ В ДОЗЕ 3МГ И КОРРЕКЦИИ ЭНТЕРОСОРБЕНТОМ.

Жаксылыкова А.К.

Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова

Введение.

В настоящее время известно, что лимфатическая система осуществляет дренажную и детоксикационную функцию, реализуемую через процессы адсорбции, фильтрации, эндо-и экзцитоза, а также иммунной обработки антигенного материала /1,2/. С этой точки зрения особая роль принадлежит регионарным лимфатическим узлам печени, которые наряду с печенью отвечают за детоксикацию организма при любом экзо-и эндотоксикозе, в том числе и при воздействии солей тяжелых металлов. В этой связи представляет определенный практический интерес изучение клеточного состава лимфатических узлов печени при хронической интоксикации организма солями кадмия /3,4/.

Цель исследования- изучение изменений цитоархитектоники регионарных лимфатических узлов печени при хроническом воздействии хлористым кадмием и коррекции Таган-сорбентом.

Материал и методы исследования.

Для создания экспериментальной модели отравления 100 белым крысам ежедневно, в течение 2,5 месяцев, в стандартный рацион добавляли хлористый кадмий, из расчета 3 мг на кг веса. Животных после интоксикации делили на две группы: первая группа находилась на стандартном пищевом рационе; животным второй группы в корм добавляли Таган-сорбент, из расчета 1г на кг веса, в течение 30 дней. Животных выводили из эксперимента путем декапитации через 1,7,14,21 сутки. В качестве объекта исследования были выбраны печеночные лимфатические узлы. Материал фиксировали в растворе по Телесницкому. Дальнейшую гистологическую обработку материала проводили по общепринятой методике.

Результаты исследования.

При исследовании клеточного состава лим-

фатических узлов печени определяли малые и средние лимфоциты, плазмобласты, плазмодциты, макрофаги, дегенерирующие клетки, митотически делящиеся клетки. Указанные клеточные формы посчитывали в абсолютных количествах в структурно-функциональных зонах лимфатических узлов печени: в паракортикальной зоне, в первичных и во вторичных лимфоидных фолликулах в мозговых тяжах. Клеточные сдвиги во всех исследуемых зонах печеночного лимфатического узла характеризовались уменьшением числа малых лимфоцитов и средних лимфоцитов, возрастанием числа больших лимфоцитов, макрофагов, дегенерирующих клеток, нейтрофилов, эозинофилов, ретикулярных клеток, клеток Мота, митозов, что подтверждает аналогичные исследования других авторов /5,6/. Так, в паракортикальной зоне, через 1 сутки, число малых лимфоцитов достоверно уменьшалось на 1-е и 7-е сутки на 10%. На 14-е сутки и особенно на 21 сутки число указанных клеток несколько возрастало, что свидетельствует о развитии компенсаторно-приспособительных механизмов. Но контрольных значений, даже на 21 сутки, число рассматриваемых клеток не достигало. Коррекция Таган-сорбентом вызывала смягчение указанных выше нарушений во все сроки. Так, число малых лимфоцитов во все сроки после коррекции возрастало. На 21 сутки количество указанных клеток, при использовании сорбента, приближалась к контрольному значению. Это доказывает положительное воздействие Таган-сорбента. Число средних лимфоцитов в этой зоне тоже снижалось через 1 и 7 сутки на 40%. Но на 14 и 21 сутки эта величина несколько возрастала, хотя контрольных значений не достигала. Так, на 21 сутки число средних лимфоцитов было меньше контрольной величины еще на 24%. Применение Таган-сорбента, оказывая

протективное действие, приближало указанное значение почти до контрольной величины. Полученные данные говорят об активации малых лимфоцитов в тимусозависимых зонах лимфатического узла, которые служат предпосылкой развития иммуноморфологической пролиферативной реакции в лимфоидной ткани в ответ на воздействие антигена. В результате указанных реакций в паракортикальной зоне лимфатического узла, через 1 сутки, появлялись клетки плазмочитарного ряда- плазмобласты, которых в контрольной группе не было. В последующие сроки эксперимента их количество резко увеличивалось. Таган-сорбент достоверно снижал число этих клеток на 1-е, 7-е и 14-е сутки на 42%, 63%, 86% соответственно. Через 1 сутки в паракортикальной зоне на фоне уменьшения численной плотности моноцитов резко увеличивалось число макрофагов, почти в 16 раз. На 7-е и 14-е сутки число макрофагов еще больше увеличивалось, почти в 20 раз. Лишь на 21 сутки происходило некоторое снижение численной плотности макрофагов. Коррекция Таган-сорбентом снижала число макрофагов во все сроки эксперимента, приближая их к контрольной величине только на 21 сутки. Дегенерирующие клетки в паракортикальной зоне в контроле отсутствовали и появлялись через 1 сутки после отравления. В дальнейшем происходило увеличение численной плотности этих клеток: через 7 и 14 суток на 22% и 39%. Лишь на 21-е сутки их число несколько снижалось. Только использование Таган-сорбента способствовало достоверному снижению числа дегенерирующих клеток во все сроки, приближая их количество на 21 сутки к контрольному значению. Нейтрофилы, клетки Мота, тучные клетки в препаратах паракортикальной зоны отсутствовали, что можно объяснить подавляющим воздействием высокой дозы токсиканта на появление некоторых клеток. Число митозов в паракортикальной зоне возрастало через 1 сутки почти в 3 раза. Даже на 21 сутки их число превышало контрольное значение более двух раз. Только коррекция Таган-сорбентом снижало число митозов почти до контрольного уровня. Все указанное выше свидетельствует о глубоких иммунопролиферативных процессах происходящих в паракортикальной зоне под действием антигена, что сни-

жалось только при коррекции Таган-сорбентом.

В первичных лимфоидных узелках происходило уменьшение малых и средних лимфоцитов. Для малых лимфоцитов это значение уменьшалось через 1 и 7 сутки достоверно на 20%. Лишь на 14 сутки, в связи с развитием процессов компенсации это значение несколько возрастало. Даже на 21 сутки число указанных клеток не достигало контрольных величин, оставаясь еще на 16% меньше контрольного значения. Санация Таган-сорбентом корригировало это значение почти до контрольной величины (рис.1).

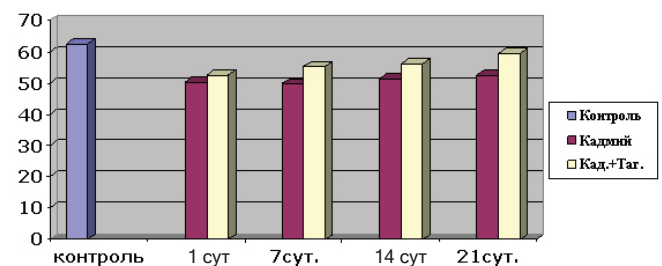


Рис.1 - Изменения в числе малых лимфоцитов в первичных лимфоидных фолликулах лимфатического узла печени

Число средних лимфоцитов на 1-е, 7-е и 14 сутки тоже существенно уменьшалось - на 36%. На 21 сутки это значение оставалось еще на низком уровне. Коррекция Таган-сорбентом увеличивало это значение до контрольной величины. В первичных лимфоидных узелках, под действием хлористого кадмия через 1,7 и 14 суток, достоверно возрастало количество больших лимфоцитов - более 8раз, что свидетельствует о процессах бласттрансформации и пролиферации, в ответ на воздействие токсиканта. Лишь на 21 сутки это значение несколько снижалось, оставаясь еще выше контрольного значения почти в 3 раза. Коррекция Таган-сорбентом приводило эту величину к значению близкому к контролю (рис.2).

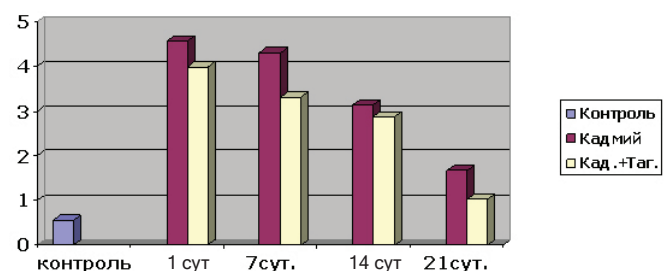


Рис.2- Изменения в числе больших лимфоцитов в первичных лимфоидных фолликулах лимфатического узла печени

В первичных лимфоидных узелках достоверно увеличивалось число клеток плазмощеточного ряда: плазмобластов и плазматитов. Так, число плазмобластов на 1,7 и 14 сутки увеличивалось на 30%. Даже на 21 сутки число плазмобластов оставалось выше контроля на 41%. Только Таган-сорбент снижал их число до контрольных значений. Количество плазматических клеток также возрастало, по сравнению с контрольной величиной, на 1-е и 7-е сутки более 3 раз, а на 14 сутки более 5 раз. Даже на 21 сутки оно еще было выше контроля почти в 4 раза. Таган-сорбент, корректируя число плазматитов, снижал их число на 21 сутки в два раза, приближая к контрольной величине. Во все сроки эксперимента на фоне снижения моноцитов в первичных лимфоидных фолликулах существенно возрастала численность макрофагов. Так, их число на 1 и 7 сутки увеличивалось более 8 раз, а через 14 суток – в 5 раз. Даже на 21 сутки эксперимента данное значение было выше контрольной величины более, чем в 3 раза. Все это свидетельствует об активации фагоцитоза и повышении защитных реакций в организме в ответ на действие антигена. Таган-сорбент снижал число макрофагов на 21 сутки в два раза, по сравнению с соответствующим значением у животных, не получавших лечение.

По нашим данным, наиболее существенным морфологическим признаком токсикоза регионарного лимфатического узла печени является значительное возрастание числа дегенерирующих клеток. Это может быть объяснено прямым токсическим действием на лимфоузел токсиканта, присутствующего в лимфе и плазме крови. Возможно также попадание в лимфатический узел дегенерирующих клеток с афферентной лимфой из печени. Число дегенерирующих клеток достоверно увеличивалось в лимфоидных фолликулах через 1,7 и 14 суток в три и более раз. На 21 сутки количество указанных клеток несколько уменьшалось, за счет развития компенсаторных процессов, оставаясь значительно выше контроля – на 72%. Таган-сорбент достоверно снижал число указанных клеток во все сроки эксперимента. Так на 21 сутки, после коррекции, число дегенерирующих клеток было на 38% ниже значения животных без лечения.

Исследование клеточного состава вторичных лимфоидных узелков показало, что в них тоже происходило существенное снижение малых и средних лимфоцитов и наоборот увеличение числа крупных лимфоцитов, что еще раз доказывает развитие в лимфатическом узле иммунного ответа и развитие процессов бластотрансформации и пролиферации клеток, в ответ на интоксикацию хлористым кадмием. Так, через 1 и 7 суток число малых лимфоцитов уменьшалось достоверно на 14% и 10%. С 14 суток эксперимента число малых лимфоцитов несколько повышалось, в связи с процессами адаптации и компенсации, составляя на 14-е и 21-е сутки разницу с контрольной величиной в 9% и 7%. Таган-сорбент, смягчая нарушения, приближал количество малых лимфоцитов почти до контрольного уровня. В это же время численность больших лимфоцитов, наоборот, увеличивалась во все сроки эксперимента, при их отсутствии у контрольных животных. Увеличивалось во вторичных лимфоидных узелках во все сроки эксперимента и количество плазмобластов и плазматитов. Так, число плазмобластов возросло более двух раз. Таган-сорбент снижал их число до контрольного уровня только на 21 сутки. Во вторичных лимфоидных узелках, в ответ на интоксикацию, количество макрофагов увеличивалось во все сроки эксперимента более, чем в три раза. Только на 21 сутки число этих клеток несколько уменьшалось, составляя разницу с контрольной величиной в 72%. Таган-сорбент снижал эту разницу и доводил количество макрофагов почти до контрольных значений (рис.3).

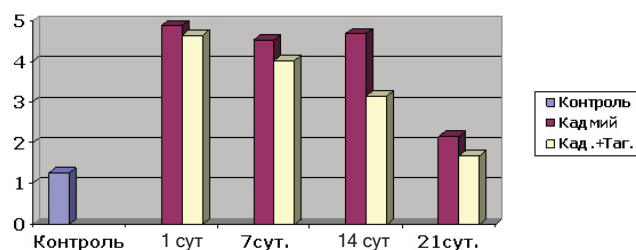


Рис.3- Изменения в числе макрофагов во вторичных лимфоидных фолликулах лимфатического узла печени

Повышалась во вторичных лимфоидных узелках, во все сроки эксперимента, числен-

ность дегенерирующих клеток, при их отсутствии у контрольных животных. Под действием Таган-сорбента количество указанных клеток снижалось. Так, при лечении на 21 сутки количество указанных клеток снижалось более двух раз, по сравнению с данными животных без лечения.

В мозговых телях также уменьшалось число малых и средних лимфоцитов во все сроки эксперимента. Так, на 1-е и 7-е сутки количество малых лимфоцитов уменьшалось на 12% и 24%. На 14-е сутки, в связи с включением процессов компенсации, уменьшение было только на 14%, а на 21 сутки – 12%. Коррекция Таган-сорбентом смягчала нарушения в мозговом веществе, в результате на 21 сутки число малых лимфоцитов было почти на уровне контроля. Под действием хлористого кадмия в рассматриваемой структуре происходило увеличение количества бластных форм клеток. Так, число больших лимфоцитов во все сроки эксперимента возрастало более двух раз. Только коррекция Таган-сорбентом снижал количество данных клеток почти до контрольного уровня. Увеличивалось число клеток плазмобластного ряда во все сроки эксперимента. Так, плазмобласты возросли через 1 и 7 суток на 11% и 22%. На 14 и 21 сутки число плазмобластов превышало контрольную величину почти в два раза. Таган-сорбент снижал количество указанных клеток до контрольного значения (рис. 4).

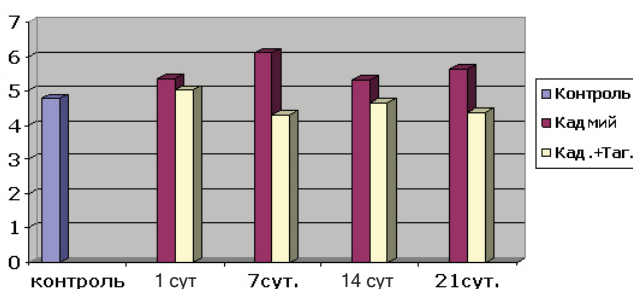


Рис.4- Изменения в числе плазмобластов в мозговых телях лимфатического узла печени

На фоне уменьшения моноцитов происходило резкое возрастание макрофагов на 1,7 и 14 сутки - в три и более раз. Лишь на 21 сутки их число несколько снижалось, оставаясь еще больше контрольного значения в два раза. Только

коррекция Таган-сорбентом снижала указанное значение до контрольной величины. Происходило в мозговых телях резкое возрастание дегенерирующих клеток: в 27 и более раз. Даже на 21 сутки возрастание было в 25 раз. Лишь коррекция Таган-сорбентом достоверно снижала это значение.

Во всех зонах печеночного лимфатического узла отмечалось повышение числа тучных клеток, что можно объяснить их участием в осуществлении местной регуляции тканевого гомеостаза. Вероятно функции этих клеток, связанные с синтезом резорбцией целого ряда биогенных моноаминов, обеспечивают накопление этих клеток в лимфатических узлах при экзотоксикозе хлористым кадмием. Увеличивалось число эозинофилов, нейтрофилов, клеток Мота, а также число митозов, что говорит о развитии в печеночном узле, в ответ на интоксикацию, процессов иммунонпролиферации.

Заключение. Таким образом, можно сказать, что при хроническом экзотоксикозе хлористым кадмием дозой в 3мг в структурно-функциональных зонах печеночного лимфатического узла, в ответ на интоксикацию, развиваются иммунные процессы, происходит пролиферация, бласттрансформация и дифференцировка клеток, что характеризуется уменьшением во всех зонах лимфатического узла числа малых и средних лимфоцитов и возрастанием крупных, бластных форм, а также возрастанием числа макрофагов, дегенерирующих клеток, нейтрофилов, клеток Мота, числа митозов. Таган-сорбент, оказывая протективное действие, значительно снижает нарушения, приближая величину параметров к контрольным значениям.

Литература:

1. Бородин Ю.И., Сапин М.Р., Этинген Л.Е., Григорьев В.Н. и др.. Общая анатомия лимфатической системы. Новосибирск: Наука. Сиб. отделение, - 1990- 243 с.
2. Воронин Д.А. Структурные изменения в печени и начальных звеньях ее лимфатического региона при хроническом эмоциональном стрессе. //Бюллетень СО РАМН. №4, Новосибирск, -2001, -С.60-62.
3. Копылова Л.Е., Старкова Е.В. Асташов

В.В. Исследование лимфатического региона печени при беременности, осложненной токсическим гепатитом // Тез. докладов Псьезда лимфологов России. - Санкт-Петербург, -2005. -С.157-158

4. Петренко В.М. Лимфатический узел как сложный комплексный лимфангион // Тез.Докладов II съезда лимфологов России. - Санкт-Петербург, - 2005. -С.229- 230

5. Бородин Ю.И., Головнев В.А., Гончаров А.Б. и др. Сравнительная характеристика клеточного состава регионарных лимфатиче-

ских узлов сердца при повторном экспериментальном метаболическом инфаркте миокарда в условиях его коррекции биофлавоноидами манжетки обыкновенной. // Бюллетень СО РАМН. №2(108), Новосибирск, -2003, -С.73-80.

6. Маннапова А.И. Хромның созылмалы әсері және оны андыз тамыры майлы сығындысымен коррекциялау кезінде трахеобронхиалды лимфа түйіндеріндегі морфологиялық-функциялық өзгерістер. Авторефер. дис. канд. мед наук. Ақтөбе, -2008, 24 б.

ТҰЖЫРЫМ

Хлорлық кадмий арқылы жасалған созылмалы экзотоксикоз кезінде бауыр лимфа түйіндерінде иммундық процесстер дамып, торшалар бласттрансформацияға және пролиферацияға шалынады. Бұл жағдайды лимфа түйіндерінің майда және орта торшаларының саны азайып, керісінше ірі торшалардың көбеюімен дәлелдеуге болады. Онымен қатар, макрофагтардың, дегенерациялық және Мот торшаларының, нейтрофилдердің, эозинофилдердің, митоздардың саны көбейеді. Таган-сорбентпен жасалған коррекцияда торша өзгерістері азаяды, ал 21 тәулікте қалпына келеді.

SUMMARY

After exposure to the chronic cadmium chloride there were developing immune reactions, proliferation processes, blast transformation and differentiation of cells in the hepatic lymph nodes as a result of intoxication, what was characterized by the reduction a number of small and medium size lymphocytes in all zones of lymph nodes and by increasing a number of macrophages, degenerated cells, Mott cells, and a number of mitoses. Tagan-sorbent had a protective effect on hepatic lymph nodes diminishing those deleterious changes in their cell contents.

ИСТОРИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИИ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН.

С.А.Амиреев, К.Жандосов, К.Н.Набенов

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

Эпидемиология является древнейшей наукой, элементы которой возникли с момента зарождения человечества, когда появилась потребность в выборе пригодных к проживанию пещер и первобытных стоянок человечества. Следы появления древнего человека на территории Республики Казахстан в Сары-Арке прослеживаются многие тысячи лет назад.

В развитие эпидемиологии различают четыре периода:

1-ый - добактериологический период (с древнейших времен до последней четверти XIX века);

2-ой - первые десятилетия бактериологического периода (конец XIX -начало XX века);

3-ий - период возрождения и развития эпидемиологии на новой научной основе (начало второй четверти и до 90 годов XX века);

4-ый - современный период (с 90-х годов XX века до настоящего времени).



Такой периодики в развитии отечественной эпидемиологии мы и будем придерживаться в дальнейшем.

Добактериологический период. В этот период существовали заурядные воззрения на природу заразных болезней, взгляды Заратуштры (три тысячи лет назад), концепция эпидемической конституции мест и лет Гиппократ (460-362 гг. до нашей эры), миазматическая гипотеза Гиппократ и Сайденгема (1627-1689), контагиозная гипотеза, зародившаяся в древнем мире и развитая Фракастро (1478-1553) и Д.С. Самойловичем (1724-1810), изучение эпидемий ряда неинфекционных заболеваний (болезни недостаточности питания и другие), «игра в цифры», характеризующие инфекционную и неинфекционную заболеваемость (количественная эпидемиология земской медицины).

Зародились элементы профилактики заразных болезней. Так, в Восточной Азии существовали «дворы прокаженных». В Китае три тысячи лет назад эмпирически проводили прививки против натуральной оспы, ненужные вещи сжигались. На территории Казахстана еще 500 лет назад народный целитель Отейбойдак Тилеукабылулы применял прививки против натуральной оспы на 350 лет раньше английского врача Э. Дженнера (1749-1823). Его взгляды были близки к контагиозной гипотезе природы заразных болезней.

Эпидемиологические сопоставления XIX века позволили выделить три группы эпидемий: миазматические (без передачи заразного начала от больных здоровым), контагиозные (развивающиеся на основе передачи заразного начала от больных здоровым) и миазматически-контагиозные (занимающие промежуточное положение). 150 лет назад в России не было дифференциации гигиены и эпидемиологии. Сначала курс медицинской полиции был переименован в курс гигиены и медицинской полиции. А в конце 60-х начале 70-х годов XIX века на медицинском факультете Московского Университета и в Петербургской военной медико-хирургической академии были самостоятельные кафедры гигиены, программы преподавания на которых включали преимущественно вопросы эпидемиологии. Первые заведующие кафедрами

ми гигиены Ф.Ф. Эрисман (1842-1915, Москва) и А.П. Доброславин (1842-1889, Петербург) были в равной степени гигиенистами и эпидемиологами.

Первые десятилетия бактериологического периода. Дифференциации гигиены и эпидемиологии способствовали бактериологические открытия последней четверти XIX века. Благодаря работам Л. Пастера (1812-1895), Р. Коха (1843-1910), И.И. Мечникова (1845-1911), П. Эрлиха, Д.И. Ивановского (1864-1920), Н.Ф. Гамалеи (1859-1949) и многих других ученых инфекционная природа эпидемических болезней стала уже не гипотезой, а фактом благодаря великим бактериологическим открытиям, что ознаменовало революцию не только в эпидемиологии, но и в медицине в целом. На основе этого сформировались новые самостоятельные медицинские науки: микробиология, иммунология, клиника инфекционных болезней, вирусология, паразитология, гельминтология. В Казахстане как наука она и не зародилась.

Период возрождения и развития эпидемиологии на новой научной основе. Консолидация эпидемиологии на новом научном уровне произошла не сразу. Поэтапно развивалось теоретическое обоснование эпидемиологии как науки об эпидемическом процессе. Д.К. Заболотный (1866-1929) заложил основы советской эпидемиологии.

Дальнейшее ее развитие получило в трудах Л.В. Громашевского (1887-1980), Б.А. Башенина, Е.Н. Павловского (1834-1969), И.К. Каракулова (1909-1993), Н.И. Кереева, М.А. Айкимбаева. Способствовали развитию эпидемиологии видные ученые, работавшие в смежных медицинских науках. К ним относятся Г.Н. Габричевский, Л.А. Тарасевич, З.В. Ермольева, В.Д. Тимаков (микробиология), Е.И. Марциновский, В.Н. Беклемишев, П.Г. Сергиев, М.Д. Мошковский, К.И., Скрябин (паразитология), В.А. Зильбер, А.А. Смородинцев, М.П. Чумаков, В.М. Жданов (вирусология), П.Ф. Здродовский, Р.Д. Петров (иммунология) и многие другие исследователи.

В Республике Казахстан с 1946 по 1964 гг. существовала кафедра эпидемиологии АГМИ, одним из основоположников её был

И.К.Каракулов, которая была переведена в г. Караганду в связи с организацией санитарно-гигиенического факультета в Карагандинском государственном медицинском институте.

Практическая работа эпидемиологов была сосредоточена в

эпидемиологических отделах районных, городских, областных и республиканской СЭС.

Исследовательская работа по эпидемиологии проводилась в институте эпидемиологии и гигиены, ныне научный центр гигиены и эпидемиологии, Среднеазиатском противочумном институте, ныне Казахском научном центре карантинных и зоонозных инфекций, институте краевой патологии АН Казахской ССР, институте туберкулеза, институте кожно-венерических болезней, республиканском центре по борьбе и профилактике ВИЧ/СПИД, кафедрах эпидемиологии в гг. Алматы и Караганде. В настоящее время в гг.

Семипалатинске, Актобе открыты санитарно-гигиенические факультеты и, соответственно, кафедры эпидемиологии. Одновременно научные исследования проводились и в практических санитарно-эпидемиологических учреждениях Казахстана.

Современный период. В связи с распадом СССР и образованием суверенной Республики Казахстан встал задача дальнейшей подготовки врачей эпидемиологов и научных кадров.

В 1995 г. воссоздана кафедра эпидемиологии в Казахском национальном медицинском университете имени С.Д. Асфендиярова.

Была начата подготовка специалистов санитарно-эпидемиологического профиля в медицинских академиях и университетах дополнительно в городах Актюбинске, Чимкенте, Усть-Каменогорске, Кызыл-Орде.

Но в связи с реформой высшего медицинского образования и недостатком преподавателей высшего звена подготовка специалистов санитарно-эпидемиологического профиля прекращена в гг. Усть-Каменогорске и Кызыл-Орде.

Следует отметить, что одним из старейших научно-практических учреждений в Казахстане явилась организованная в 1925 году НИИ эпидемиологии, микробиологии и гигиены, где

осуществлялась разработка производства вакцинных и сывороточных препаратов, диагностических сред против многих распространенных инфекционных болезней. В годы Великой Отечественной Войны этот институт направлял инфекционной службе Советской Армии противостолбнячную и противогангренозную иммунные сыворотки, в последующие годы налажен выпуск ряда диагностических препаратов, эритроцитарных диагностикумов, питательных сред для бактериологических исследований. В составе института работали известные организаторы науки и практики Х.Ж. Жуматов, К.А. Костина, Н.Д. Беклемишев, М.М. Ременцова и многие другие. В настоящее время в данном научном центре работают профессора А.Т. Исмагулов, Б.В. Каральник, Р.Д. Аспетов, С.К. Каримов и другие, внесшие большой вклад в инфектологию.

В НИИ краевой патологии АН КазССР (директор Б.А. Атчабаров) был создан отдел бруцеллеза, где велись фундаментальные исследования по данной проблеме (проф. М.М. Ременцова с сотрудниками). В дальнейшем научные работы в этом направлении были продолжены С.А. Амиреевым с сотрудниками (1970-1995 гг.).

Фундаментальные научные направления инфекционной патологии в Казахстане. В работах К.А. Костиной и других ученых была выполнена большая научная работа по разным направлениям проблемы дифтерии, полиомиелита, ОКИ. В институте, где долгое время работали Костина К.А., Калантаевская В.И. и академик Х.Ж. Жуматов, была создана Казахстанская школа вирусологов, в частности, по проблемам арбовирусных инфекций (С.Акбердин, С.К. Каримов, Ж.Т. Темирбеков и др.), по проблеме гриппа большой вклад внесли А.Т. Исмагулов и его ученики, по бешенству - Б.К. Сансызбаев, по кишечным инфекциям - Г.К. Камзагалиев, Н.Ф. Крамчанинов, по природно-очаговым инфекциям - З.Р. Сыргабаева, С.А. Амиреев (токсоплазмоз), И.Л. Черных (лептоспироз), Ку-лихорадки (М.М. Махметов), по кишечным вирусам и разработке противовирусных препаратов (Р.Ж. Аспетов), по инфекционной иммунологии и аллергологии (академик А.Д. Беклемишев, Г.С.



Суходоева, Р.К. Ермакова, В.С. Мошкевич, Т.Н. Нурпеисов и другие, которые были удостоены государственной премии КазССР. Большую лепту в борьбе с инфекционными болезнями внес проф. Б.В. Каральник и его ученики. Им была создана школа иммунологов по разработке диагностикумов (РПГА, АСЛ) паразитарных и инфекционных агентов.

По проблеме особоопасных инфекций научные разработки Казахстанских ученых стоят особняком и в настоящее время признаны во всем мире. В Среднеазиатском противочумном институте, где долгое время был директором М.А.Айкимбаев, выполнен ряд фундаментальных исследований по проблеме чумы, туляремии, холеры. В настоящее время данный научный центр (НЦ карантинных и зоонозных инфекций) является одним из международных центров ВОЗ по ООИ. Здесь осуществляется тесная научная связь со специалистами США, Англии, Швеции, Китая и другими ведущими странами мира. Усилиями ученых этого центра и подведомственных противочумных станций РК в настоящее время практически не регистрируются массовые заболевания по ООИ и проводится большая работа по охране Государственной границы от завоза экзотических болезней.

Научным центром по борьбе с туберкулезом, где долгое время работал М.Т.Терликбаев и где базируется кафедра фтизиопульмонологии, возглавляемая ректором КазНМУ им С.Д. Асфендиярова Т.А. Муминовым, ведутся фундаментальные и прикладные исследования по туберкулезу.

Перспективы развития эпидемиологической науки и практики. В настоящее время инфекционная патология не только не потеряла свою актуальность во всем мире, но и приобрела совершенно новые качества. Так, за последние 30 лет появились более 30 новых, ранее неизвестных инфекционных болезней (ВИЧ, арбовирусные заболевания, геморрагические лихорадки, атипичная пневмония, птичий грипп и другие). Эпидемиология «старых» и «новых» инфекционных болезней приобрела совершенно новые качества в связи с изменениями свойств возбудителей, экологической среды, иммунодефицитных состояний населения и т.д. В этой свя-

зи эпидемиологической науке и практике еще предстоит многое сделать для предупреждения инфекционных болезней, а по ряду инфекций решить вопрос об элиминации (полиомиелит, корь, краснуха, эпидемический паротит, малярия, гепатиты, гельминтозы и другие). Сотрудники кафедры эпидемиологии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова прилагают усилия по внесению определенной лепты по указанным проблемам.

Связь кафедры эпидемиологии с другими научными центрами. Центральный НИИ эпидемиологии (г. Москва); Кафедра эпидемиологии Московской медицинской академии им. Сеченова; Российская медицинская академия науки; Профильные НИИ РК; Профильные научные учреждения США (выполняется работа по программе МНТЦ 2000-2004гг.); Региональные научные институты аграрного направления РК.

На кафедре эпидемиологии работают 1 профессор, 4 доцента, 1 ст. преподаватель, 5 ассистентов, 1 докторант, 2 аспиранта. Выпущены учебники по эпидемиологии (1 и 2 том на русском и казахском языках) и множество учебно-методических пособий, рекомендаций. Постоянно оказывается практическая помощь работникам санитарно-эпидемиологической службы, выполнении инициативных работ под руководством проф. С.А. Амиреева и других доцентов кафедры эпидемиологии.

Основным научным направлением кафедры эпидемиологии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова является совершенствование эпидемиологического надзора за инфекционными и паразитарными болезнями. За последнее десятилетие выполнены ряд фундаментальных и прикладных научных исследований по оптимизации и совершенствованию эпидемиологического надзора за бруцеллезом, сальмонеллезом, полиомиелиту, менингококковой инфекции, вирусными гепатитами, пастереллезу, эхинококкозу. По указанным нозологическим формам выполнены кандидатские (15) и докторские (2) диссертации. Сотрудники кафедры эпидемиологии совместно с РЦ борьбы и профилактики ВИЧ/СПИДа, Си Ди Си (США) выполняют ряд научно-исследовательских программ по разработке и внедрению в практику системы дозор-



ного эпидемиологического надзора при ВИЧ-инфекции среди уязвимых групп населения, ВИЧ-ассоциированным заболеваниям. Сотрудники кафедры эпидемиологии (проф. Амиреев С.А., доц. Жакипбаева Б.Т., асп. Даулетбакова А.М.) и врач-эпидемиолог Респ СЭС Тулеов А.М. участвуют в выполнении университетской научной программы по туберкулезу.

Результаты фундаментальных научных исследований проф. Амиреева С.А. по разработке системы эпидемиологического надзора и профилактических мероприятий по бруцеллезу сообщены в двух монографиях, использованы при составлении Национальной системы эпидемиологического надзора за инфекционными и паразитарными болезнями в РК.

ДОКУМЕНТАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ СИСТЕМЫ МАРКЕТИНГА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ.

Т.С.Джетібаев

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

Предлагаемая подсистема маркетинга - документальное оснащение - является развитием приема психологического воздействия на клиентов, который известен под названием «Бумажный меч». Это совокупность мероприятий, направленных на формирование благоприятного образа фирмы, ассоциирующегося с ее стабильным положением в условиях конкурентной борьбы. Желаемое впечатление о фирме создается при помощи средств, разработанных на бумажной основе (отсюда и название приема): бланков фирменной документации, визитных карточек, рекламных буклетов и т.д.

Внутренний маркетинг - это система мероприятий, направленных на создание такого качества услуг (медицинской помощи и сервиса), которое является конкурентноспособным, т.е. наилучшим образом удовлетворяет потребности пациентов, побуждает их к новым обращениям и дает прибыль производителю. Внутренний маркетинг удерживает пациента в клинике за счет создания реального качества услуг, соответствующего потребностям пациента, в отличие от внешнего маркетинга, главная задача которого - привлечь пациента за счет создания

образа качества, способного удовлетворить разных потребителей.

Под системой мероприятий внутреннего маркетинга имеются в виду действия персонала, целевые акции, документальное обеспечение - все, что направленно на удержание пациента на каждом этапе тренда его пребывания в клинике - от «входа» до «выхода» стоматологической клиники.

Документальное оснащение внутреннего маркетинга - это подсистема управления качеством услуг, включающая разработку и ввод в действие пакета взаимосогласованных документов. Одна часть этих документов - согласованные между собой регуляторы поведения персонала. Они призваны сформировать в фирме ценно-ориентационное единство, дух корпоративности, который обладает мощной созидательной силой. Такие документы приводят в действие внутренние ресурсы, а именно - персонала фирмы. Их основная задача - мотивировать персонал на осознанное и заинтересованное соучастие в достижении высокого качества предоставления услуг пациентам - стоматологической помощи и сервиса.



Другая часть документов - согласованные между собой средства воздействия на пациентов. Они призваны показать уважение к потребителям услуг, защищенность их прав и интересов, ответственное отношение персонала к своим обязанностям, а также материальную состоятельность фирмы. Комплексность, единство логики, стиля изложения и дизайна придают этим документам особую весомость в организации внутреннего маркетинга и делают их привлекательными для пациентов. Кроме того, они играют свою роль в формировании корпоративной культуры.

Взаимная согласованность упомянутых документов - регуляторов поведения персонала и средств воздействия на пациентов - достигается следующими средствами:

- все они подчинены достижению конкретных маркетинговых и психологических показателей, почти все они перекликаются между собой и как бы продолжают друг друга;
- каждый документ вносит определенный вклад в формирование корпоративной культуры и доверия пациентов на том или ином этапе взаимодействия с ними;
- документы регламентируют отношения в среде персонала и его взаимодействие с пациентами;
- документы побуждают персонал к самоконтролю и ответственному отношению к обязанностям, поскольку в них заявлены известные каждому работнику критерии качества лечения и сервиса, доводимые до сведения пациентов;
- документы составлены с учетом правовых норм и правил внутреннего распорядка и тем самым юридически защищают как пациентов, так и персонал.

Взаимная согласованность совокупности документов, адресованных персоналу и пациентам, вносит свой вклад в создание синергического эффекта клиники, когда отдельные компоненты ее деятельности созвучны и положительно воздействуют на всех участников внутреннего маркетинга, поднимая оказание услуг на более высокий уровень.

Документы - регуляторы поведения персонала

Должностные обязанности. В них фиксиру-

ется круг производственных действий и зона ответственности персонала в обеспечении общего порядка работы клиники при осуществлении лечебных мероприятий и сервиса. Обязанности выписываются отдельно для главного, старшего врачей, главных специалистов, руководителей подразделений, докторов, ассистентов, гигиенистов, зубных техников, администраторов, работников службы безопасности.

Функции во взаимодействии с пациентами. Это новый тип документов в управляемой системе. Функции охватывают действия персонала, связанные с внутренним маркетингом, цели которого - удержать пациента в фирме (клинике), побудить к постоянству и добровольному дистрибьюторству.

Стандарты требований к персоналу, работающему в контакте с пациентами. Они устанавливают нормы, принятые в фирме (клинике) во взаимодействии с пациентами при оказании медицинской помощи и осуществлении сервиса, а также нормы межличностных отношений сотрудников. Разрабатываются отдельно для менеджеров по работе с пациентами, врачей, ассистентов, гигиенистов, администраторов, зубных техников, работников службы безопасности.

Инструкции для контактного персонала. В них излагаются методические рекомендации, правила и алгоритмы исполнения должностных обязанностей и маркетинговых функций в тех или иных ситуациях взаимодействия с пациентами. Данный тип документов носит предписательный и обучающий характер и адресован конкретному персоналу или исполнителям производственных ролей, оказывающихся в той или иной ситуации.

Модули внутреннего маркетинга. Это редко используемая, но весьма продуктивная форма организации согласованных усилий контактного персонала, направленных на достижение эффектов внутреннего маркетинга. Каждый модуль реализует конкретную цель и включает систему мероприятий и действий, рассчитанных обычно на весь персонал - контактный и обеспечивающий, который готовит внедрение определенной идеи (отделы психологии, продаж, рекламы, дизайнеры, маркетологи). Модуль вводится в

обозначенное время и задает содержание и последовательность сначала подготовительных мероприятий, а затем действий, осуществляемых в непосредственном или опосредственном общении персонала с пациентами (телефон, буклет, стенд и т.п.). Модуль состоит из алгоритмов, сценариев поведения, разработанных для каждого из его участников, включает критерии для оценок успешного исполнения ролей, благодаря чему обеспечивается практическая реализация тех или иных психолого-информационных задач внутреннего маркетинга. В модуле могут сойтись и пересечься функции, стандарты и положения из инструкций, предназначенные для отдельных участников внутреннего маркетинга - врачей, ассистентов, администраторов и др. Пересекаясь, эти функции, стандарты или положения становятся объектом внимания всего персонала сразу, нацелевая его на достижение конкретной поставленной цели. Непременным компонентом каждого модуля являются санкции, предусмотренные на случай отступления от его предписаний. Таким образом, модули могут рассматриваться как завершённые подсистемы управления: в них есть цель деятельности коллектива и средства ее реализации, обозначены участники, зоны ответственности и способы упреждения дефектов.

Документы - средства воздействия на пациентов:

1. Договор на оказание стоматологических услуг. Помимо правового содержания, этот документ может оказать на пациентов определенное психологическое влияние, если корректно составлен и ориентирован на психологию потребителя. В ясной, краткой и доступной пониманию форме Договор фиксирует обязательства сторон - Исполнителя и Потребителя услуг, основные условия их предоставления и санкции за их нарушение. В Договор целесообразно «вмонтировать» реальные достижения клиники в области внутреннего маркетинга, придав им форму либо обязательств Исполнителя, либо обещаемых преимуществ лечения и обслуживания, либо критериев качества предоставляемых услуг. Такие добавления придают Договору индивидуальный характер и убедительность; они возможны в результате анализа работы коллектива.

2. Анкета о здоровье. Содержит пояснение о ее назначении и перечень показателей здоровья (пунктов), необходимых и достаточных: а) для принятия стоматологом обоснованных решений о возможности проведения и содержании лечения, безопасного для здоровья пациента; б) для выявления и затем разъяснения пациенту связи между соматическими заболеваниями и состоянием полости рта; в) для осуществления врачом экспресс-диагностики психологического статуса пациента на основе заявленных им соматических проявлений; г) для обоснования гарантийных сроков и сроков службы работ, выполненных специалистами разного профиля; д) для юридической защиты врача на случай осложнений, происшедших не по его вине, и необоснованных претензий со стороны пациента по поводу качества лечения и гарантий. (Содержание анкеты о здоровье и алгоритмы разъяснений связи ее пунктов с состоянием зубо-челюстной системы и гарантиями отрабатываются совместно с врачами клиники).

3. Буклеты. Могут касаться различных аспектов маркетинга - рекламного, информационного, просветительского, имиджеобразующего, правового, дистрибьюторского. Неотъемлемым свойством толкового буклета является психологическая составляющая - целевое воздействие на потребителя услуг, убедительность, а нередко и внушающая сила. Многоаспектность, хороший дизайн, безупречная стилистика и доступность буклета для понимания - все это свидетельства продуманной политики бизнеса, осязаемых факторов уважительного отношения к пациентам и благополучия фирмы. Напротив, всякого рода безвкусица, небрежная полиграфия, опечатки и стилистические огрехи выдают низкий профессиональный уровень лиц, отвечающих за маркетинг, и небрежение к адресату. Однако самое слабое место буклетов привычного образца - недостаточная целевая направленность на задачи внутреннего маркетинга. При правильном подходе к созданию буклетов они оказывают мощное воздействие как на потребителей услуг, так и на персонал, стимулируя к его ответственности и саморефлексии при исполнении должностных обязанностей, стандартов требований и функций в системе внутреннего маркетинга.



Итак, документальное оснащение внутреннего маркетинга крупного стоматологического учреждения - предмет особой заботы его руководителя. Необходимы приложения усилий, некоторые материальные издержки, однако результаты не замедлят сказаться: и пациенты и сотрудники смогут убедиться в том, что в деятельности фирмы отмечаются позитивные

перемены. Известное сходство с «Бумажным мечом» имеется, однако документальное оснащение внутреннего маркетинга - более психологическое мощное оружие: оно создает, как было отмечено, синергический эффект клиники, когда отдельные аспекты ее деятельности согласованы и усиливают друг друга.

ТҰЖЫРЫМ.

Ұсынылып отырған маркетинг - клиенттерге психологиялық әсер берудің «Қағазмен семсер» - деген атымен белгілі құжатпен қамту. Бұл шаралардың жиынтығы фирманың қолайлы бейнесін құруына және бәсеке күрес шарттарында тұрақты жұмыс істей алуына бағытталған. Фирма туралы түсінік өңделген қағаз негізінде құралады: фирмалық банкілік құжаттарынан, ресми сапар карточкаларынан, жарнамалық буклеттерден ж.б.

SUMMARY

The proposed marketing sub-system - documenting equipment - is a development of a method for psychological impact on clients, which is known as «paper sword.» This is a set of activities aimed at building a favorable image of company, associated with its stable position in a competitive environment. The desired impression about the company is created by tools developed in a paper (hence the name of the method): original documentation forms, business cards, advertising leaflets, etc.

АУА АТМОСФЕРАСЫНДА КЕЗДЕСЕТІН ЗИЯНДЫ ЗАТТАРДЫҢ БАЛА ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІ.

А.С.Күлімбетов.

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қаласы

Кіріспе. «Денсаулық және өмірлік дағдылар бағдарламасы» салауатты өмір салтын қалыптастырудың ең негізгі мақсаты, өмірлік жағдайда, әр түрлі төтенше жағдайларда адам өзін-өзі қорғап, сақтана білуі керек екендігін анықтайтындығы айқын.

Қазіргі жағдайда келешегі мол, салауатты өмір салтын ұстану, уақыт талабы, болашақтың жағдайы адамның денсаулығымен тығыз байланысты, соның ішінде бала денсаулығын қорғаудағы негізгі бөлік болып табылады.

Қазіргі таңда халық денсаулығы туралы проблеманы медициналық-экологиялық тұрғыдан қарастыру мәселесі міндетті түрде жалпы мемлекеттік мәселе, табиғатты қорғау,

экономикалық және әлеуметтік шаралармен тығыз байланыстылықты көрсетеді. Халық денсаулығы мәселесінде сол елдің негізгі бөлігін құрайтын мектеп жасындағы балалар мен жасөспірімдердің міндетті түрде ұйымдастырылған балалар ұжымдарында әртүрлі мөлшердегі сыртқы орта факторлары кешенінің әсеріне тұрақты түрде ұшырап отыратындықтан, гигиеналық - эпидемиологиялық зерттеу тұрғысынан олардың денсаулығындағы өзгірістерді әрбір жаңадан пайда болған факторлардың ең сезімтал көрсеткіші ретінде қарастыру өте қолайлы болып табылады.

Мақсаты: Экологиялық апат аймақ

Қызылорда облысындағы балалар арасындағы жоғарғы тыныс алу жолдары ауруларының сыртқы ортамен байланысына талдама беру.

Материалдар мен әдістер. Қызылорда облысында тұратын мектеп оқушылары арасында жүргізілген мәліметтерге сүйене отырып, эпидемиологиялық - клиникалық зерттеулер, антропогенді жүктеменің деңгейі жоғарғы тыныс жолдары патологиясының, соның ішінде, аллергиялық ринит, жедел респираторлы инфекция, назофарингит, фарингит, риносинуситтер мен құлақтың қабыну ауруларының қалыптасу қарқындылығын анықтауға мүмкіндік береді.

Жоғарғы тыныс алу жолдары ауруларының ішінде жиі кездесетін жедел және созылмалы риниттер мен риносинуситтердің себеп – салдарын, оларды анықтаушы факторлармен байланысының, шынайы таралуының объективті көрінісін анықтау ғылыми – эпидемиологиялық жүктемелер жүргізу салдарынан жүзеге асты деуге болады.

Экологиялық апат аймақтағы балалар мен жасөспірімдер арасында клиникалық – эпидемиологиялық зерттеулер жүргізгенде популяциялық деңгейде риносинуситпен аурудың қалыптасуында эндогенді және экзогенді факторлардың рөлін бағалау мен анықтауға мүмкіндік туды. Бұл мақсатта бірінші этапта эпидемиологиялық анкета қолдану арқылы жүзеге асса, екінші этапта, жоғарғы сынып оқушылары арасында риниттер мен риносинуситті анықтау үшін респираторлық шағымдармен ауруларға тереңдетілген зерттеулер жүргізілді, яғни қосымша жүргізілген эндоскопиялық, эхосинускопиялық және рентгенологиялық терсерулер арқылы жүзеге асты.

Жоғарғы тыныс алу жолдары патологиясының қалыптасуының қауіпті факторлары анықталды. Статистикалық мағыналы айырмашылық келесі факторлардан тұратыны анықталды: тұратын аймақтағы антропогендік жүктеменің құрылымы мен деңгейінің ерекшеліктері, анамнезіндегі аурулар және жоғарғы тыныс алу жолдары аурулары, сыртқы ортаның қолайсыз факторлары мен техногенді ластану ерекшеліктері анықталды. Көп жағдайда жоғарғы тыныс алу жолдары

патологиясының қалыптасуындағы қауіпті факторларды анықтау арқылы, тұрғылықты жердегі респираторлы тракті патологиясының динамикасы мен қарқындылығына әсері туралы гипотеза қалыптастыруға мүмкіндік берді.

Осыған байланысты өздерінің қасиеттері мен концентрациясының күші арқылы респираторлы трактінің кез – келген деңгейіне патологиялық әсер ететін атмосфералық ауадағы поллютанттарды анықтауға қызығушылық туғызды. Жоғарғы тыныс алу жолдары мүшелері патологиясының таралуы атмосфералық ауа поллютанттарымен тығыз байланыс дәрежесін есептеуді қолдану арқылы жүзеге асты деуге болады.

Жоғарғы тыныс алу жолдары ауруларының қалыптасуына сыртқы ортаның қолайсыз факторларының, яғни көміртегі оксиді, азот диоксиді, күкіртті сутек, күкірт диоксиді, азот диоксиді т.б. кездескендігі анықталды.

Балалардағы жоғарғы тыныс алу жолдарының аурушандығының корреляциясының жоғары коэффициенттері күкіртті сутекпен күкірт диоксиді құрамымен бірге, жоғарғы тыныс алу жолдарының патологиясының қалыптасу мүмкіндігі байқалды. Суда нашар еритін заттар (азот оксиді) жоғарғы тыныс жүйесінің терең бөлшектерін зақымдайтыны баршамызға мәлім, суда газ неғұрлым еріген сайын, оның мұрынның шырышты қабатын зақымдау дәрежесінің потенциялы жоғарылайды.

Қорытынды: қорыта келгенде, балалардағы жоғарғы тыныс жолдары патологиясының қалыптасуында, патогенезінде ағзаның аллергизациясы болатын жоғарғы тыныс алу мүшелері аурулары – көміртегі оксиді, азот диоксиді, күкіртті сутек, күкірт және азот диоксидтері қосындысы, күкірт және күкіртті сутек диоксидінің әсерінен қалыптасқан деген тұжырымға келуге болады.

Қолданылған әдебиеттер:

1. Досманбетов Б., Маханов Т., Төлеутаев Қ. Арал аймағы: медициналық, әлеуметтік-демографиялық сипаттама. Қызылорда, Нұр-Сәулет, 1998, 220 б.
2. Кольбай И.С., Ибадуллаева С.Ж. Влияние экофакторов Приаралья на состояние кар-



диореспираторной системы у жителей региона // Вестник КазГУ. Сер.эколог., 2001, №1 (8), С 16-20.

3.Мажитова З.Х., Экологически зависимые болезни у детей (клиника, патоморфогенез, диагностика, лечение, реабилитация), Алматы, 2007, 400 стр.

4.Оспанова Г.Қ. Әртүрлі мектептік орта білім беру орындарындағы мектеп оқушыларының

организміне әсер ететін «Қауіптілік» факторлары// Салауатты өмір салтын қалыптасрытудың, аурудың алдын алудың және денсаулықты нығайтудың өзекті мәселелері, Алматы, 2008, № 3, 26-27 б.

5.Бала денсаулығының өзекті мәселелері, Педиатрия және бала хирургиясы ғылыми орталығының 75 жылдығына арналған ғылыми еңбектер жинағы, Алматы, 2007, 400 бет.

РЕЗЮМЕ.

Изучены влияния содержимых атмосферного воздуха в экологически неблагоприятном регионе Казахстана, в частности в Кызылординской области на состояние уха и верхних дыхательных путей у детей.

SUMMARY.

The influence of air contents in ecologically disadvantaged regions of Kazakhstan, in particular, in Kyzylorda oblast at condition of ear and upper respiratory tract in children.

ПАРТНЕРСТВО ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ШИРОКОМАСШТАБНЫХ АКЦИЙ, ПОСВЯЩЕННЫХ ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА В КАЗАХСТАНЕ.

Р.С.Колокина, Н.А.Сулейманова, К.А.Толганбаева, Е.С. Белова, С.А.Усембаева
Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни,
Национальный Центр проблем туберкулеза, г.Алматы

Заболеваемость и смертность от туберкулеза в Казахстане на протяжении длительного времени является актуальной и трудноразрешимой проблемой, имеющей государственную значимость. Несмотря на определенные успехи в фтизиатрии, в республике удерживаются высокие уровни заболеваемости, выявление «разных» форм туберкулеза при профосмотрах, заболеваемости контактных лиц, особенно подростков.

В целом, начиная с 2002 года, регистрируется снижение заболеваемости с 165,1 на 100 тыс. населения до 124,3 на 100 тыс. населения в 2008 году. Наблюдаются положительные сдвиги в основных эпидемиологических показателях. С 2003 года отмечается тенденция к снижению смертности. Вместе с тем, растет число больных с устойчивыми формами, что делает проблему более значимой.

По данным ВОЗ Казахстан относится к одним из 22 стран с высоким бременем туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью.

В этой связи чрезвычайно важно отношение самого населения к этой серьезной инфекционной патологии, знание путей передачи, первых признаков и, что, пожалуй, самое важное, мер профилактики, то есть защиты себя, своих близких от заражения туберкулезом.

В рамках Комплексной программы «Здоровый образ жизни», нормативных документов по борьбе с туберкулезом особый акцент сделан на работе с различными группами населения по вопросам предотвращения заражения туберкулезом, повышения медицинской грамотности и ответственности за свое здоровье.

Для достижения этой цели проводятся различные формы работы с выбором целевых групп. К ним относятся широкомасштабные акции, месячники, посвященные Всемирному дню борьбы с туберкулезом, организация и про-

ведение конкурсов, викторин, семинаров, тренингов, круглых столов, пресс-конференций, диспутов. Цель проведения единая: привлечь внимание общественности, различных слоев населения, включая государственные, отраслевые, региональные, общественные структуры, а также мобилизация усилий медицинских работников различного уровня, особенно работающих в организациях.

Все мероприятия организуются и проводятся совместными усилиями специалистов Национального Центра проблем туберкулеза, Национального Центра формирования проблем здорового образа жизни при активной поддержке и непосредственном участии международных организаций: проекта ХОУП, ЗдравПлюс, общества Красного полумесяца, ЮСАИД.

Это позволяет сосредоточить и сконцентрировать усилия, финансовые средства, использовать опыт, возможности каждого из партнеров, что, безусловно, способствует более эффективному проведению любого мероприятия.

Примером служит совместное и эффективное проведение Всемирного дня борьбы с туберкулезом, чему способствовала большая подготовительная работа, включающая выбор целевых групп, разработку, тиражирование, рассылку по регионам информационно-образовательного материала, подготовку обучающихся программ для медицинских работников, педагогов, журналистов с проведением семинаров и тренингов.

Особую значимость по пропаганде профилактики туберкулеза придает организация с последующим подведением итогов республиканских и региональных конкурсов среди врачей-валеологов и медицинских работников.

Стало традицией проведение в преддверии Всемирного дня борьбы с туберкулезом пресс-конференций, на которых ведущие специалисты по фтизиатрии, здоровому образу жизни, меж-



дународные партнеры через средства массовой информации акцентируют внимание общества на существующих проблемах в борьбе с туберкулезом, необходимости каждого прилагать усилия к профилактике, направленной на защиту себя и своих близких от этого инфекционного заболевания. Спикерами пресс-конференции этого года были профессора Исмаилов Ш.Ш., Тулебаев К.А., Оспанов К.С. и представитель ЮСАИД.

Позитивное, своевременное и профессиональное освещение журналистами является хорошим вкладом в решение глобальной проблемы борьбы с туберкулезом.

Ежегодно вносятся новые аспекты в со-

вместную работу с населением в зависимости от лозунга, рекомендованного ВОЗ, выбора целевых групп, эпид. ситуации, особенностей и возможностей каждого региона. Информационно-наглядный материал, разрабатываемый совместными усилиями Национального Центра проблем туберкулеза, Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, постоянно обновляется и нацелен на различные слои населения. В этом году к Всемирному Дню борьбы с туберкулезом по стране выпущено 65 тысяч экземпляров 12 видов информационно-наглядного материала, которые разосланы во все медицинские учреждения, включая и другие Министерства и ведомства.

РЕЗЮМЕ

Работа с населением является важнейшей составляющей в борьбе с туберкулезом. Эффективность этой работы зависит от многих факторов, немаловажным из которых является совместные усилия государственных, международных структур для сосредоточения и концентрации усилий, финансовых средств, использования собственного и зарубежного опыта, возможностей каждого из партнеров, что, безусловно, способствует более эффективной результативности.

SUMMARY

Working with people is an essential component in tuberculosis control. The effectiveness of this work depends on many factors. One of them is the joint efforts of government and international institutions to concentrate and focus activity, funding, use of own and foreign experience, the capacity of each partner, which obviously contributes to better performance.

МОНИТОРИНГ И ОЦЕНКА ВЫПОЛНЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПО ВИЧ/СПИДУ В КАЗАХСТАНЕ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДИКАТОРОВ.

М.А.Хасанова Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

Известно, что в систему мониторинга за ВИЧ-инфекцией входят ее основные составляющие:

эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией;

специальные исследования;

практическое осуществление программы мониторинга и оценки;

мониторинг финансовых вопросов; положения, касающиеся общей организации и структуры системы мониторинга и оценки /1-3/.

В Казахстане, в связи с развитием эпидемии ВИЧ-инфекции и утверждением в 2006 году Постановлением Правительства от 15 декабря 2006 года №1216 Программы по противодействию



эпидемии СПИДа в Республике Казахстан на 2006-2010 годы (далее Программа), задача обеспечения мониторинга программ предупреждения распространения вируса иммунодефицита человека стала актуальна. Отметим, что в настоящее время она недостаточно решена, хотя и предпринимаются значительные усилия по ее решению. Кроме того, до настоящего времени, мониторинг и оценку профилактических программ проводили иностранные партнеры с ограниченным участием специалистов по исследованию на местном уровне. Отсутствовал общий координирующий механизм и общая программа деятельности (стратегический план). К тому же при разработке индикаторов, призванных отражать ход реализации Программы, как правило, не учитывались требования к сбалансированности и адекватности их списка, научно не отработаны алгоритмы их разработки и оценки адекватности.

Целью настоящего сообщения является оценка индикаторов мониторинга программы по противодействию эпидемии ВИЧ-инфекции в Казахстане.

Анализ существующего плана мероприятий Программы показал, что он содержит: название мероприятий, форму завершений, ответственных исполнителей, сроки исполнения, предполагаемые расходы, а также источники финансирования. То есть в Программе определены разные типы индикаторов – индикаторы вклада (финансовые ресурсы), индикаторы результатов и воздействия. Оценка выполнений мероприятий Программы проводится на основе отчетов, представляемых территориальными центрами по профилактике и борьбе со СПИД один раз в полгода.

Оценка краткосрочных и долгосрочных результатов Программы проводилась путем сравнения текущих значений индикаторов с запланированными значениями. Всего в Программе определены 12 запланированных результатов Программы:

1. Ежегодное обеспечение информацией не менее 85,0% молодых людей возрасте от 15 до 24 лет о путях передачи и мерах профилактики ВИЧ-инфекции.

2. Превентивное инъекционное поведение

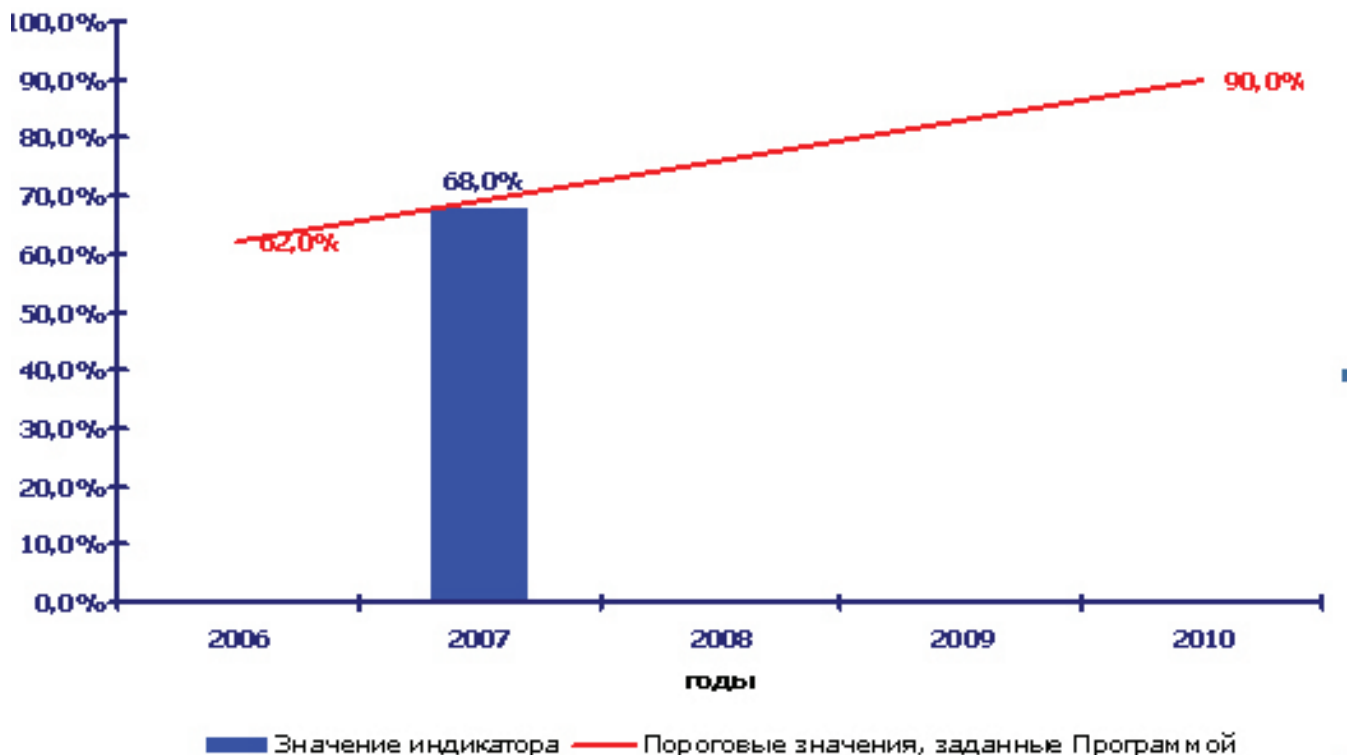


Рисунок 1. Процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин, получивших полный курс АРВ профилактики в соответствии с национальным протоколом лечения: фактические данные и пороговые значения, заданные Программой.

примут не менее 50,0% лиц из уязвимых групп населения (против нынешних 13,4%).

3. Превентивное половое поведение примут 50,0% лиц из уязвимых групп населения.

4. Обеспечение доступа к лечению ИПП с охватом ежегодно не менее 70 % нуждающихся лиц из уязвимых групп населения (ПИН, СР, MSM).

5. Достижение ежегодного 10,0% охвата населения в возрасте от 15 до 49 лет добровольным консультированием и тестированием на ВИЧ.

6. Обеспечение лечением не менее 90 % ВИЧ-позитивных беременных женщин, решивших сохранить беременность, и новорожденных, родившихся от ВИЧ-позитивных матерей (ежегодно).

7. Все нуждающиеся лица получают доступ к постконтактной антиретровирусной профилактике

8. Все нуждающиеся лица получают доступ к полноценной профилактике оппортунистических заболеваний, включая химиопрофилактику туберкулеза (ежегодно).

9. Систематическое обеспечение безопасности донорской крови.

10. Все нуждающиеся получают доступ к антиретровирусной терапией (ежегодно).

11. На рынке Казахстана будут доступны все антиретровирусные препараты, входящий в наиболее современный модельный формуляр жизненно важных лекарств, рекомендованных ВОЗ.

12. Антиретровирусную терапию будет получать не менее 70,0% нуждающихся в ней больных.

Все запланированные результаты были выражены в форме количественных индикаторов. Для двух результатов (№2, №3) указаны целевые значения по каждому году реализации Программы. Целевое значение пяти результатов (№№7-11), как показал анализ равно 100,0%. Остальные индикаторы также имеют лишь по одному целевому значению на все время реализации Программы. Следует отметить, что при оценке результативности индикаторов существует две точки зрения в отношении достижения результатов. Первая точка зрения буквальная, то есть

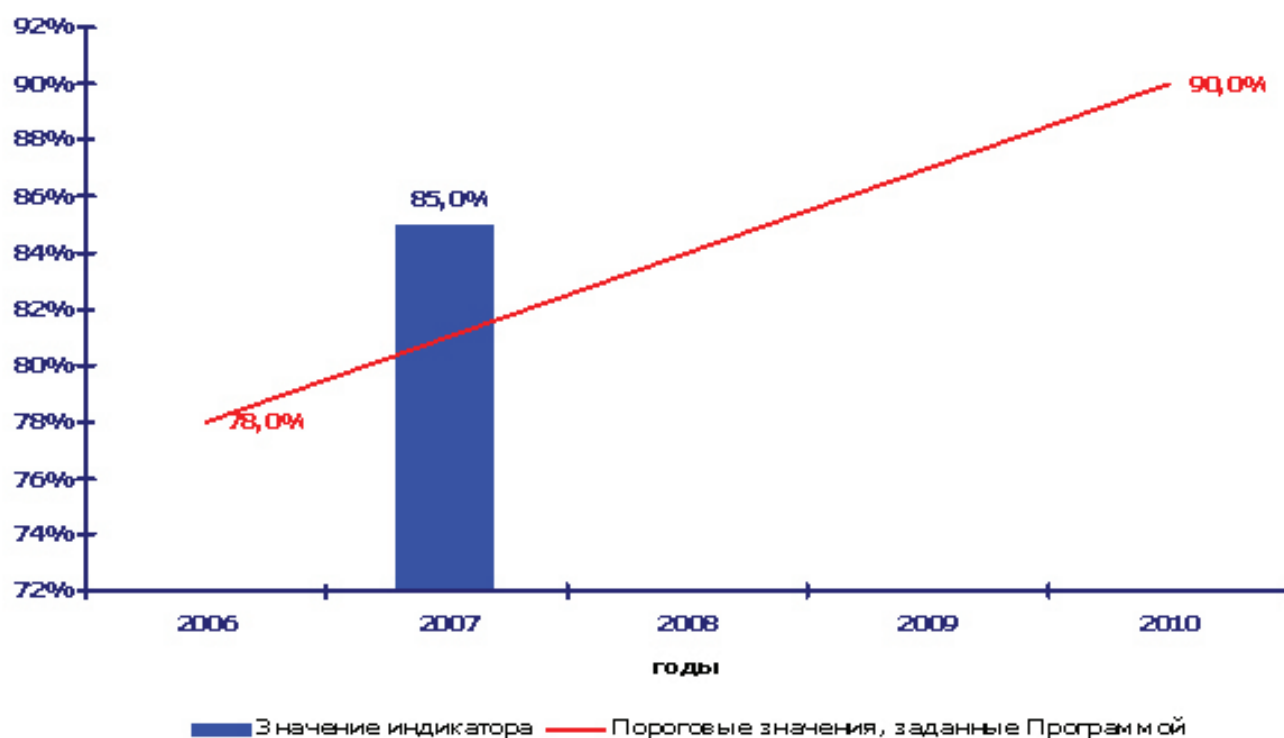


Рисунок 2. Процент новорожденных, родившихся от ВИЧ-позитивных матерей, получивших курс АРВ профилактики в соответствии с национальным протоколом лечения: фактические данные и пороговые значения, заданные Программой.



необходимо получать указанные результаты по каждому году Программы. Рациональным объяснением этой точки зрения является предположение, что принятие Программы способно обеспечить немедленный качественный скачок в деятельности по борьбе со СПИДом, что позволит сразу значительно улучшить все показатели. Однако эта точка зрения далека от реальности, поскольку положительные изменения с течением времени происходят постепенно, шаг за шагом. Согласно второй точке зрения в Программе указаны результаты, которые должны быть достигнуты в последнем году реализации Программы (2010 год). В этом случае достижение конкретного результата Программы в другие годы будет оцениваться по степени приближения значений индикатора к целевому, или по вероятности достижения целевого значения индикатора в 2010 году на основе динамики индикаторов по годам.

Анализ индикаторов Программы показал, что в целом к 2010 году будут достигнуты целевые значения большинства результатов.

В качестве примера на рисунках 1,2 представлены графические результаты анализируемого индикатора профилактики вретикального пути передачи ВИЧ. Индикатор: обеспечение лечением не менее 90% ВИЧ-позитивных беременных женщин, решивших сохранить беременность, и новорожденных, родившихся от ВИЧ-позитивных матерей (ежегодно).

Литература:

1. Анализ существующей практики мониторинга и оценки по проблемам ВИЧ-инфекции и СПИДа в Российской Федерации. Москва.- ЮНЭЙДС.-2005.-96с.

2. Руководство по эпидемиологическому надзору второго поколения за ВИЧ-инфекцией //WHO/CDC, ЮНЭЙДС.-Женева, 2000.-162с. (пер. с англ.).

3. Новожилов А.В. Научное обоснование выбора индикаторов мониторинга программ (на примере программ предупреждения вируса иммунодефицита человека): автореф. ... канд. мед.наук.-М.,2008.-27.

ТҮЖЫРЫМ

Мақалада 2006-2010жж АҚТҚ-жұқпасының эпидемиясына қарсы тұру бойынша Бағдарламаның орындалуын сандық индикаторларды көмегімен бағалау көрсетілген. 2010 жылға барлық индикаторлардың орындалатыны байқалды.

Түйінді сөздер: АҚТҚ-жұқпасы, мониторинг және бағалау, индикаторлар.

SUMMARY

The evaluation of quantitative indicators of realization operating in Kazakhstan of the Program on counteraction of HIV-infection epidemic for 2006-2010 is presented in this report. It is noticed that by 2010 target values of the majority of indicators will be reached.

Keywords: a HIV-infection, monitoring and evaluation, indicators.



ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ОСНОВЕ ДАННЫХ «ДОЗОРНОГО» ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА.

М.А. Хасанова

Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД

Среди многочисленных проблем науки и здравоохранения Казахстана ВИЧ-инфекция и СПИД занимает особое место. Первые случаи ВИЧ-инфекции среди жителей республики были зарегистрированы в 1990 году. На протяжении последующих 7 лет наблюдалось постепенное распространение инфекции, причем инфицирование происходило в основном при сексуальных контактах. В июне 1996г эпидемиологическая ситуация резко ухудшилась: началась крупная эпидемическая вспышка ВИЧ-инфекции среди потребителей инъекционных наркотиков в г.Темиртау Карагандинской области. На 01.01.2009г в Казахстане по официальным данным Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИД зарегистрировано 11709 случаев ВИЧ-инфекции, в том числе 633 больных СПИДом, из них 4 ребенка в возрасте до 14 лет.

Латентный характер ВИЧ-инфекции, возможность ее диагностики только лабораторным путем затрудняет эпидемиологический надзор за случаями ВИЧ-инфекции. Предоставляемые им данные в значительной степени зависят от политики тестирования, количества тестов и охвата тестированием различных групп населения, прежде всего, с высоким риском заражения ВИЧ. Между тем направление современной стратегии борьбы с ВИЧ-инфекцией во многом определяется научно обоснованной системой эпидемиологического надзора и эффективной программой профилактики /1-4/. Важное место в этом направлении отводится прогнозированию заболеваемости с помощью математических моделей, которые с большей достоверностью могут выявить закономерности эпидемического процесса и определить сущность отдельных его звеньев, а также прогнозировать ожидаемый уровень заболеваемости. Кроме того, известно,

что для прогнозирования применяют различные группы моделей: логические, информационные и математические /5,6/.

Отметим, что в Казахстане уже имеется положительный опыт прогнозирования ВИЧ-инфекции с использованием авторегрессионной модели /7/.

В данном сообщении представлены методика и результаты логического прогнозирования, рассчитанное на основе изучения уровня распространённости ВИЧ-инфекции в Казахстане.

Материалы и методы

Для составления прогноза использовалась формула, полученная в результате проведенного логического анализа распространённости ВИЧ-инфекции в Казахстане.

$$P = \frac{O}{Ч}, \quad (1)$$

где:

P – распространённость ВИЧ среди населения в возрасте 15-49 лет;

O – оценочное количество живых ВИЧ-инфицированных, в возрасте 15-49 лет;

Ч – численность населения в возрасте 15-49 лет.

При этом O – оценочное количество живых ВИЧ-инфицированных рассчитывалось на основе данных распространённости по результатам дозорного эпидемиологического надзора (ДЭН) и оценочного размера групп населения.

Под эпидемиологическим надзором при ВИЧ-инфекции понимался регулярный сбор, анализ и распространение эпидемиологической информации достаточной точности и полноты относительно распространения ВИЧ-инфекции для планирования, выполнения и мониторинга профилактических программ. «Дозорный» эпидемиологический надзор предусматривает сбор

Таблица 1. Результаты прогнозирования ВИЧ-инфекции по различным регионам республики

Регионы республики	Количество зарегистр ированных в возрасте 15-49 лет на конец 2008 года	Численность населения в возрасте 15-49 лет	Оценочное количество о ЛЖВ в возрасте 15-49 лет на конец 2008 года: (3)=(1)/70 %	Распространенность ВИЧ среди населения 15-49 лет на конец 2008 года (4)=(3)/(2) *100%	Верхний уровень распространенности ВИЧ среди населения 15-49 лет на конец 2009 года (5)=(4)*1,5 или 1,5	Верхний уровень распространенности ВИЧ среди населения 15-49 лет на конец 2010 года (6)=(5)*1,5 или 1,5	Максимально допустимое количество ЛЖВ в возрасте 15-49 лет на конец 2009 года (7)=(5)*(2) (8)=(6)*(2)	Максимально допустимое количество ЛЖВ в возрасте 15-49 лет на конец 2010 года (8)=(6)*(2)	Максимально допустимое количество зарегистр ированных х ВИЧ- инфициро ванных в возрасте 15-49 лет на конец 2009 года: (9)=(7)*70 %	Максимально допустимое количество зарегистр ированных х ВИЧ- инфициро ванных в возрасте 15-49 лет на конец 2010 года: (10)=(8)*70 %
Ақмолинская	178	418436	254	0,06	0,09	0,14	381	572	267	401
Ақтүбінская	143	393922	204	0,05	0,08	0,12	306	460	215	322
Алматы	572	919701	817	0,09	0,12	0,15	1062	1381	74	967
Атырауская	59	274522	84	0,03	0,05	0,07	126	190	89	133
ВКО	56	793180	1366	0,17	0,22	0,29	1775	2308	1243	1616
Жамбылская	268	570251	383	0,07	0,10	0,15	574	861	402	603
ЗКО	243	344562	347	0,10	0,13	0,17	451	587	316	411
Қарағандынская	1485	751244	2121	0,28	0,37	0,48	2758	3585	1931	2510
Қостанайская	608	500728	869	0,17	0,23	0,29	1129	1468	790	1028
Қызылордынская	41	353817	59	0,02	0,02	0,04	88	132	62	92
Мангистауская	71	228059	101	0,04	0,06	0,09	132	198	92	138
Павлодарская	1054	417881	1506	0,36	0,47	0,61	1957	2545	1370	1781
СКО	297	366106	424	0,12	0,15	0,20	552	717	386	502
ЮКО	1040	1305498	1486	0,11	0,15	0,19	1931	2511	1352	1758
г. Алматы	2134	741465	3049	0,41	0,53	0,69	3963	5152	2774	3606
г. Астана	198	337389	283	0,08	0,13	0,19	424	636	297	446



данных о тенденциях распространения ВИЧ-инфекции в дозорных группах населения.

Исследования показали, что по результатам ДЭН (2007) знают свой статус ВИЧ-инфицированного 70% людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ). На конец 2008 года в Казахстане было зарегистрировано 9935 живых ВИЧ-инфицированных, в том числе 281 детей и 170 живых ВИЧ-инфицированных в возрасте старше 50 лет. Таким образом, количество зарегистрированных живых ВИЧ-инфицированных людей в возрасте 15-49 лет составило 9484 человек ($9935 - 281 - 170 = 9484$).

Если предположить, что знают свой статус 70% ЛЖВ, то оценочное количество ЛЖВ в этом возрасте будет равно $9484 / 70,0\% = 13548$.

Численность населения в возрасте 15-49 лет на начало 2008 года составляло 8727,3 тыс человек. Распространенность ВИЧ среди населения в возрасте 15-49 лет по данным ДЭН равно 0,15%.

По данным регистрации случаев ВИЧ-инфекции доля новых случаев в отчетном году от количества кумулятивно зарегистрированных случаев на начало отчетного периода в 2007 году составила $1979 / 7402 = 27\%$, в 2008 году $2335 / 9381 = 25\%$. Полученные количественные значения можно использовать в качестве оценки изменения распространенности ВИЧ-инфекции среди взрослого населения, то есть можно предположить, что распространенность ВИЧ-инфекции в 2007 году увеличилась на 27%, в 2008 году – на 25%. Для снижения темпов распространения ВИЧ-инфекции необходимо удерживать ежегодный прирост новых случаев в пределах 25%.

Таким образом, в 2009 году распространенность ВИЧ-инфекции среди населения в возрасте 15-49 лет не должна превышать 0,2%, в 2010 году – 0,25%. Соответственно, в абсолютных числах оценочное количество ЛЖВ в 2009 году в этой возрастной группе не должно превысить 17700, в 2010 году – 23000.

Если взять за основу, что политика тестирования на ВИЧ-инфекции в Казахстане не изменится, то есть 70% ЛЖВ будут знать свой статус, то на конец 2009 года количество живых зарегистрированных ВИЧ-инфицированных людей в

этой группе не должно превысить 12400, в 2010 году – 16100.

Нами были рассчитаны аналогичные прогностические расчеты по областям и гг. Алматы и Астана. С учетом большей вариации предельный уровень темпов прироста распространенности в областях с высоким уровнем распространенности составил 30%, а не 25% как для республики в целом. Для некоторых областей (Акмолинской, Атырауской, Актыубинской, Кызылординской, Жамбылской, Мангистауской и г.Астана) с низким уровнем распространенности он был равен 50,0%, поскольку заметим, что даже незначительное увеличение количества новых случаев ВИЧ-инфекции может привести к значительному повышению темпов распространности. Поэтому для таких регионов республики были установлены единые предельные значения распространенности ВИЧ-инфекции. В таблице 1 представлены результаты краткосрочного и среднесрочного прогнозирования ВИЧ-инфекции по регионам республики.

Таким образом, прогнозно-аналитическая оценка, основанная на экспоненциальном росте заболеваемости ВИЧ-инфекцией в Казахстане, впервые предоставила достаточно точные и обоснованные пределы заболеваемости по регионам Казахстана, которые могут использоваться для планирования и оценки мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции в регионах страны.

Литература:

1. Покровский В.В. Эпидемиология и профилактика ВИЧ-инфекции и СПИД.-М., 1996.-246 с.
2. Лицом к лицу со СПИДом. Приоритеты общества в условиях глобальной эпидемии // Программный доклад об исследованиях Всемирного банка. – М., 1998.-290 с. (пер. с англ.).
3. Онищенко Г.Г. Новые стратегии и основные задачи по противодействию ВИЧ-инфекции на современном этапе и роль общественных организаций в этом процессе // СПИД-инфосвязь, «Круглый стол», 2002.- №2.-С.15-17.
4. Дроздова О.Н. Теоретические, методические и организационные основы эпидемиологического надзора за вирусным гепатитом В, использование его в качестве модели в надзоре



за ВИЧ-инфекцией: дисс. ... докт.мед.наук.- Кемерово, 1998.-290 с.

5. Кожевникова Л.К., Васильева В.А., Медведева Г.И. и другие. Вирусный гепатит В и СПИД-ассоциированные инфекции в прогнозировании ВИЧ-инфекции в закрытых коллективах // Тез. Докладов VI Всерос. Съезда микробиологов, эпидемиологов и паразитологов.-М., 1991.-Т.2.-С.149-150.

6. Чурносое Е.В., Смольская Т.Т., Власов Н.Н. Имитационное моделирование распространения ВИЧ-инфекции среди различных групп населения // Актуальные проблемы инфекционной патологии.-Санкт-Петербург.-1993.-Ч.П.-181с.

7. Умбетпаев А.Т. Моделирование и прогнозирование ВИЧ-инфекции в Казахстане: автореф. ... канд.мед.наук.-Алматы, 2004.-27с.

ТҰЖЫРЫМ

Мақалада «шолғыншы» эпидемиологиялық қадағалау негізінде АҚТҚ-жұқпасының таралуын болжап бағалау көрсетілген. Болжау есептері бойынша 2009 жылы 15-49 жас аралығындағы тұрғындар арасында АҚТҚ-жұқтырғандардың саны 17700 адамды құрайды ал 2010 жылы – 23000.

Түйінді сөздер: АҚТҚ-жұқпасы, таралу, болжау, «шолғыншы» эпидемиологиялық қадағалау.

SUMMARY

The forecasting analytical evaluation of HIV prevalence in Kazakhstan on the basis of «Sentinel Surveillance» is presented in this report. Forecast calculations showed that the expected number of HIV-infected persons under 15-49 years will be 17,700 persons in 2009 and in 2010 - 23000persons.

Keywords: HIV infection, prevalence, forecast, «Sentinel surveillance».

СООБЩЕНИЯ ПРЕСС-СЛУЖБЫ НЦ ПФЗОЖ

21 января 2009 года в Национальном центре проблем формирования здорового образа жизни состоялся круглый стол на тему: «Повышение позиций Казахстана в рейтинге глобального индекса конкурентоспособности Всемирного экономического форума», организованный Министерством здравоохранения Республики Казахстан.

В работе круглого стола приняли участие: Тамара Вощенко – Вице-министр здравоохранения РК, Болат Токежанов – заместитель директора Департамента стратегического развития и международного сотрудничества Министерства здравоохранения РК, Айкан Аканов – ректор Казахского Национального медицинского университета им.С.Д.Асфендиярова, Казбек Тулебаев – директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, Сауле Диканбаева – директор Научного центра педиатрии и детской хирургии, Шахмурат Исмаилов – директор Национального центра проблем туберкулеза, представители бизнес структур, международных и неправительственных организаций, Акиматов г.Алматы, Алматинской, Жамбылской, Кызылординской, Южно-Казахстанской областей, научно-исследовательских институтов и центров.

Здоровье населения является важнейшим индикатором устойчивого развития страны. Переход к устойчивому развитию является насущной необходимостью, который заложен в основу стратегии вхождения Казахстана в число пятидесяти наиболее конкурентоспособных стран мира, обозначенной в Послании Президента страны народу Казахстана. Увеличение ожидаемой продолжительности жизни в Казахстане является залогом благополучного развития государства и этот индикатор - многосекторальный. В части сферы здравоохранения данный индикатор основывается на формировании здорового образа жизни, устойчивой демографической ситуации через стимулирование рождаемости, снижение распространения туберкулеза, ВИЧ/СПИД.

Для успешной реализации задач, стоящих

перед здравоохранением по повышению индекса конкурентоспособности, необходимо усиление межсекторального сотрудничества, привлечение гражданского общества в реализацию социальных проектов, позиционирование положительного имиджа Казахстана как конкурентоспособной страны в средствах массовой информации, включая международные агентства.

3 февраля 2009 года состоялась пресс-конференция, организованная Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни, на тему: «Профилактика онкологических заболеваний как один из факторов, определяющих ожидаемую продолжительность жизни», посвященная Всемирному дню борьбы против рака.

В пресс-конференции приняли участие: Казбек Тулебаев – директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни; Торегельды Шарманов – президент Казахской академии питания; Жеткерген Арзыкулов – директор Казахского научно-исследовательского института онкологии и радиологии.

В Казахстане ежегодно выявляется до 30 тысяч больных со злокачественными новообразованиями. Рак легкого стабильно занимает первое место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями при уровне 23,8 случаев на 100 тысяч населения (2006г.). Далее в структуре онкозаболеваемости следуют рак кожи (18,4 на 100 тысяч населения), рак молочной железы (19,5), рак желудка (18,9), рак пищевода (9,3) и рак шейки матки (8,2). В структуре смертности от онкологических заболеваний лидирует рак легкого (17,6 случаев на 100 тысяч населения), рак желудка (15,0), а также рак молочной железы (8,2) и рак пищевода (8,1).

В 2009 году в центре внимания Всемирного дня борьбы против рака — здоровое и активное детство с особым акцентом на долговременные негативные последствия, вызванные отсутствием физической активности, избыточным весом и ожирением «Активный образ жизни и здоровое питание поможет предотвратить рак».

Другой целью Всемирного дня является улучшение ранней диагностики рака через по-



вышение уровня информированности и медицинской грамотности населения, а также совершенствование скрининговых программ.

Выделение в 2009 году целевых трансфертов для реализации Программы «Здоровый образ жизни» позволит провести широкую информационную кампанию по профилактике онкозаболеваемости, табакокурения, избыточной массы тела, повышению физической активности, рационального питания.

17 марта 2009 года в пресс-центре «Интерфакс Казахстан» состоялась пресс-конференция, посвященная Всемирному Дню борьбы с туберкулезом.

В пресс-конференции приняли участие: Казбек Тулебаев – Генеральный директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, Шахимурат Исмаилов – директор Национального Центра проблем туберкулеза, Кенес Оспанов – главный врач Республиканской санитарно-эпидемиологической станции, Майкл Шмойер – директор регионального офиса СиДиСи в Центральной Азии.

Всемирный День борьбы с туберкулезом в этом году проходит под лозунгом «Защитим себя от туберкулёза», ключевым моментом которого является привлечение внимания населения и их личный вклад в защите себя и своих близких от возможности заразиться туберкулёзом.

В Казахстане туберкулез является одной из важнейших медико-социальных проблем. По данным Национального Центра проблем туберкулеза, показатель заболеваемости туберкулезом в этом году составил 125,4 на 100 000 населения против 126,4 в 2007 году. Смертность от туберкулёза также имеет стойкую тенденцию к снижению, хотя и остается высокой (2006 г. - 20,3; 2007г. - 18,1; 2008г. – 17,2 на 100 тыс. населения). В прошедшем году умерло более 2 500 человек. Из впервые выявленных больных туберкулёзом более 30% имели «заразную форму». Имеется рост лекарственно устойчивых форм туберкулёза, как минимум к двум наиболее сильным противотуберкулёзным препаратам. По сравнению с 2007 годом таких больных выявлено на 33,2% больше.

В 2009 году на проведение широкомасштабной информационной кампании, направленной

на непрерывную работу с различными группами населения, Правительством Казахстана целенаправленно выделены значительные финансовые средства, освоение которых уже начато. В рамках информационной кампании по профилактике туберкулеза, Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни совместно с Национальным Центром проблем туберкулеза и международными организациями подготовлены и разосланы во все регионы страны информационно-наглядные материалы.

26 марта 2009 года в пресс-центре «Интерфакс Казахстан» состоялась пресс-конференция на тему: «Как продается смерть. Снижение потребления табачных изделий в Казахстане: «плюсы» для страны и «минусы» для табачных компаний». Пресс-конференция инициирована Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Казахстан в ответ на брифинг ТОО «Галлахер Казахстан» (JTI) от 11 марта 2009 года.

В пресс-конференции приняли участие: Казбек Тулебаев – директор Национального центра проблем формирования здорового образа жизни, Айкан Аканов – Президент Ассоциации специалистов здорового образа жизни, Лаззат Базарбаева - заведующая отделом социальной и судебной психиатрии Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии.

Многонациональные табачные компании, наладив производство международных марок сигарет в Казахстане, сделали их доступными для местных потребителей. Агрессивная маркетинговая кампания позволила расширить демографию курильщиков. Так, производство сигарет выросло с 23 млрд. штук в 1995 году до 30 млрд. штук в 2008 году. Расходы населения на табачные изделия увеличились в реальном выражении с 10 млрд. тенге в 1997 году до 27 млрд. тенге в 2006 году, т.е. выросли почти в три раза. Это привело к тому, что вследствие болезней, ассоциируемых с курением, в Казахстане ежегодно умирает около 25 тысяч человек. Болезни сердечно-сосудистой системы вышли на первое место в структуре смертности. Вслед за ними идут онкологические заболевания. В обо-

их случаях табакокурение является ведущей причиной увеличения смертности.

Министерством здравоохранения РК и медицинской общественностью разработан проект Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», включающий позиции, регулирующие вопросы профилактики и сокращения табакокурения. В ответ на эти предложения производители табачной продукции начали кампанию в масс-медиа по отстаиванию своих позиций как товаропроизводителей. Однако они упускают тот факт, что табак – это особый товар. В отличие от всех прочих товаров, спрос на табак определяется не потребностью в нем, а зависимостью от него. В этом смысле он мало чем отличается от наркотиков.

Казахстан является страной с одними из самых низких акцизов на табачную продукцию. С 2009 года с вступлением в силу нового Налогового Кодекса РК начался процесс планомерного их повышения. Повышение стоимости табачных изделий приведет к сокращению количества выкуриваемых сигарет и увеличению отказов от курения, особенно среди детей и подростков. Кроме того, увеличиваются поступления в бюджет в виде налоговых отчислений. Высокие табачные акцизы являются законным и закономерным актом самозащиты государства против разрушительного действия табачной индустрии.

14 апреля 2009 года в Национальном Центре проблем формирования здорового образа жизни состоялся круглый стол на тему: «Дорожно-транспортный и бытовой травматизм среди детей школьного возраста: ситуация, меры профилактики».

С 1 апреля 2009 года в Казахстане стартовал ежегодный месячник по профилактике детского травматизма на дорогах и в быту, организованный министерствами здравоохранения, образования и науки, внутренних дел «Научим детей сегодня – предупредим травмы завтра!». С помощью данной акции планируется в очередной раз максимально привлечь внимание казахстанцев к таким серьезным проблемам, как детский дорожно-транспортный и бытовой травматизм, их последствия.

Основными причинами высокого травматиз-

ма на дорогах и в быту является недостаточное внимание взрослых к предупреждению детского травматизма, неорганизованность досуга детей, низкая культура поведения школьников на дорогах, негативный пример родителей, а также недостаточное внимание водителей к участкам дорог вблизи школ во время школьных занятий.

Согласно официальным данным, в ходе рейдовой проверки выявлено, что на участках автомобильных дорог вблизи многих школ отсутствует дорожная разметка, информационно-указательные, запрещающие, предупредительные дорожные знаки, часто требуют обновления дорожные знаки и пешеходные переходы рядом со школами в связи с их изношенностью. Следует отметить, что от всего количества зарегистрированных ДТП, произошедших с участием детей, 80% приходится на детей-пешеходов.

Усиление контроля над соблюдением водителями и пешеходами требований «Правил дорожного движения» (ПДД), применение санкций административного штрафа и ареста только за неделю может пресечь свыше 50 тысяч нарушений ПДД и в результате – предупредить тяжелые дорожные травмы и трагические последствия ДТП.

За время месячника по всей республике проводятся круглые столы с участием администрации, работников дорожной полиции, департаментов здравоохранения, врачей-травматологов, школьных медработников по вопросам профилактики дорожного и бытового травматизма. Организуются семинары-тренинги по новым формам обучения школьников ПДД и оказанию первой доврачебной помощи для педагогов младших классов общеобразовательных школ, конкурсы среди школьников и молодежи на лучшее знание ПДД и оказание первой помощи при травмах.

Есова Г.К., Ракишева З.Б.

ВЛИЯНИЕ ЖАРЫ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА: ФАКТОРЫ РИСКА, МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Жаркая погода оказывает негативное влияние на состояние здоровья населения всех возрастных групп. Особенно страдают лица с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, пожилые и дети.

В жаркий летний период обращаемость населения за медицинской помощью возрастает в два раза. Увеличивается количество больных с повышенным артериальным давлением, острым нарушением мозгового кровообращения, инфарктом миокарда. В преддверии жаркого летнего периода необходимо своевременно информировать населения о возможных негативных последствиях жаркой погоды на здоровье людей, способах защиты и профилактики.

Перегреванию, тепловому и солнечному удару способствуют: повышенная температура окружающего воздуха и высокая его влажность, длительное пребывание в жарком душном помещении, плотная и плохо вентилируемая (прорезиненная, брезентовая, синтетическая) одежда, переизбыток, употребление спиртных напитков. Не рекомендуется долго находиться на солнце особенно с непокрытой головой,

Признаки теплового и солнечного удара: головная боль, тошнота, слабость, головокружение, сухость во рту, сильная жажда, покраснение лица, учащение пульса и дыхания, повышение температуры тела до 38° - 40°, неприятные ощущения в области сердца, пульсирующий шум в ушах, потемнение в глазах, дрожь в руках и ногах, нередко рвота, судороги и потеря сознания.

Во избежании теплового и солнечного удара необходимо соблюдать ряд правил. Следует регулярно принимать жидкость. Утолять жажду предпочтительнее прохладными (но не холодными!) напитками: водой (лучше минеральной), чаем, соком, но ни в коем случае не алкоголем, кофе или пивом. Кроме того, нужно контролировать температуру в помещении и не находиться непосредственно под вентилятором или кондиционером. Следует надевать на себя легкую светлую одежду из натуральных тканей (хлопок, лен, шелк).

Больным с заболеваниями сердечно-сосудистой системы необходимо четко выполнять рекомендации врача и своевременно принимать назначенные медикаменты. Людям, страдающим артериальной гипертонией, необходимо регулярно контролировать свое артериальное давление. Больным сахарным диабетом нужно более тщательно следить за уровнем сахара в крови. Людям, принимающим антибиотики, категорически не рекомендуется находиться на солнце, так как некоторые антибиотики повышают чувствительность кожи, что приводит к солнечным ожогам кожи. То же самое касается людей, страдающих онкологическими заболеваниями и получающими химиотерапевтические препараты. Людям, страдающим сердечно-сосудистыми и легочными заболеваниями, не рекомендуется пользоваться городским транспортом в жаркое время суток.

Специалистами центров ФЗОЖ при участии врачей консультантов проводятся занятия в «школах здоровья» как среди здорового населения, так и для больных хроническими заболеваниями, с целью повысить уровень информированности населения о воздействии солнечных лучей и температуры воздуха в целом на организм, об оказании первой медицинской помощи при тепловом и солнечном ударах. Среди детского контингента в летних оздоровительных и пришкольных лагерях также организованы профилактические мероприятия.

***Колокина Р.С.,
Сулейманова Н.А. НЦПФЗОЖ***

