

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР ПРОБЛЕМ ФОРМИРОВАНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ



ISSN 2223-2931

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

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

— № 2 —
2013



Пресс-конференция на тему: «Закон против табака в защиту здоровья и жизни граждан», посвященная Всемирному дню без табака, г. Алматы, 29 мая 2013 г.

На фото (слева направо): Берлик Молдыбаев - Заместитель Начальника Управления административной полиции г. Алматы, Жамиля Баттакова - Директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, Сағат Алтынбеков - Директор Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии, Гүлсара Сулейменова – Директор Алматинского городского центра формирования здорового образа жизни.

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

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ISSN 2223-2931

Издается с 2002 г.

№ 2. 2013 г. (УДК 614.2.574)

Подписной индекс 75978

Учредитель:

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

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

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

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

Журнал сверстан и отпечатан в типографии
НЦ ПФЗОЖ.

Адрес редакции:
г. Алматы, ул. Кунаева, 86
тел/факс 2911083, внутр. 126
www.hls.kz
Заказ № 53. Тираж 500 экз.

Главный редактор:

Профессор Баттакова Ж.Е.

Зам. главного редактора:

профессор Слажнева Т.И.

Ответственный редактор:

профессор Хайдарова Т.С.

Технический редактор:

Досаева С.К.

Технический секретарь:

Искакова А.А.

Редакционная коллегия:

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

Научный совет:

Ахметов В.И., Алчинбаев М.К.,
Арзыкулов Ж.А., Абилдаев Т.Ш.,
Кульжанов М.К., Омарова М.Н.,
Беркимбаев С.Ф., Калматаева Ж.А.

Редакционный совет:

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



МАЗМҰНЫ

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

Ж.Е. Баттақова, Т.И. Слажнева, В.Е. Егорычев, Т.С. Хайдарова, Ә.Ә. Адаева, А.Ә. Әкімбаева, Н.Т. Өтембаева, Д.О. Ділімбетова Көрі адамдардағы жүрек-қан тамырлар ауруының дамуына әсер ететін әр-түрлі факторлардың қарқыны.....	8
Т.С. Хайдарова, Ә.Ә. Адаева, А.А. Әкімбаева Қазақстан республикасында темекі шегу туралы халыққа сұрастыру (GATS) өткізу мақсатында үй қожалықтарын іріктеудің әдістемелік жолдары	11
Т.Л. Хант, В.В. Колодин Шылым шегуді тоқтату және алдын алу сферасындағы медициналық психолог пен әлеуметтік жұмыскер ролі.....	13
Н.Т. Өтембаева, Д.О. Ділімбетова Қазақстан республикасының Павлодар облысында ересек халқы арасында тамақтану мен денсаулық.....	18
Н.Т. Өтембаева Мектепке дейінгі және мектеп қабырғасындағы жастағы балалар арасында анемияны алдын алу шаралары.....	23
Н.В. Жаркова Мектеп жасындағы балалардың тамақтануы мен денсаулығы.....	27

ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

З.Т. Байсалбекова, С.А. Жағыпарова, А.М. Мешелева Жасөспірімдер мен балалар және профилактикалық емдеу мекемелерінде дайын тағамдардың калориялығын зерттеу нәтижелері	30
Ә.С. Әмірова, Ә.М. Шайхия Рмкк «Санитарлық эпидемиологиялық сараптама орталығы» тағам гигиена зертхана бөліміндегі тағам өнімдерінің тағам қауіпсіздігін бақылау жүйесі.....	32
Т.В. Морозова Ішек дисбактериозы: емдеу мен профилактиканың заманауи әдістері.....	34

ИНФЕКЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АУРУЛАРЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

Д.Е. Көпбаева, А.Н. Болатбекова, Е.И. Горбатова Макулярлық азғындаушылығының және глаукоманың кешенді шипасында танакан препаратын қолдану (әдебиеттік шолу).....	37
В.Ж. Оразалина Глаукоманың гипотензивті еміндегі окумед препаратының әсерлігі.....	41
Г.П. Долматова, Г.Е. Жұманиязова, С.А. Асқаров, Л.А. Жукова, Л.П. Корниенко Диабетикалық ретинопатия кешенді емінде танакан дәрісін қолдану тәжірибесі.....	43
С.М. Құрманғалиева Артериалды гипертониялық когнитивті дисциркуляторлы энцефалопатия кезіндегі Танакан дәрісін қолдану.....	46

АНАНЫ ЖӘНЕ БАЛАНЫ ҚОРҒАУ

З.Н. Қазбекова, С. Қалқашева, Д.М. Гиричева, А.Ж. Құнкаева Балалардағы диарея синдромын емдеу сұрақтары.....	50
Н.В. Лебедев Балалардағы баспа. алдын-алу шараларының қауыпсіз әдістері.....	52
А. Өміртай, Л.Б. Галиева, М.К. Макеева, Э.Р. Бегалиева, И.В. Кочергина, Б.А. Косаева Ана сүтіндегі балалардағы дисбактериоз.....	53

КЛИНИКАЛЫҚ ЖӘНЕ ТӘЖІРИБЕЛІК МЕДИЦИНА

Н.К. Манасов, Ш. Глебергенов Әскери қызметкерлердегі аденовирусты аурулар және оларды емдеу жолдары.....	55
Н.Б. Еркебаева Вертебробазиллярлық бассейн тамырлар жүйесіндегі гемодинамикалық бұзылу себебі түріндегі вертеброгендік фактор.....	57
К.Т. Мұсаханов, Р.К. Ыдырысов Дәрі-дәрімектермен улануды белсендірілген көмірмен емдеу тәсілдері.....	60
О.А. Насартинова Антибиотиктерді қабылдау кезінде инфекциялық патологиямен жатқан пациенттердегі асқазан-қуысының микрофлорасын қалыпқа келтіру мәні.....	62
В.Ж. Оразалина Офтальмологиялық практикада инокаинді жергілікті жерде жансыздандыру.....	65
Н.А. Кәуметова, Е.Ю. Письменная Көз бетінің бактериалды инфекциясы бар ауруларды емдеудегі сигнифет дәрісі.....	67

ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАР, АИТВ/АИТС, ТУБЕРКУЛЕЗ, МАСКҮНЕМДІК ЖӘНЕ НАШАҚОРЛЫҚТЫҢ АЛДЫН АЛУ

Ф.Ж. Жұмабекова Алматы облысында 2009-2012 жж. туберкулезбен сырқаттанушылықтың ерекшеліктері.....	69
М.Т. Сатабаев Туберкулезге қарсы ұйымдарда және БМСК деңгейінде туберкулез бойынша санитариялық-ағарту жұмыстары.....	71



Т.В. Морозова Жүкті әйелдердің тұмауға шалдығуы: профилактика әдістері мен қауіп-қатер.....	74
А. Өміртай Мектеп жасындағы балалардың ЖРВИ-ден алдын алу жолдары.....	76

ІС-ТӘЖІРИБЕЛІК ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ

Г.Д. Баймағамбетова Аллергиялық риниттер.....	78
Ш.Т. Казимова Евстахий түтігінің дисфункцияларын емдеу ерекшеліктері.....	82
Г.А. Ешжанова Ауыз-мұрын патологиясындағы гипертониялық ерітіндісін қолдану.....	84
Ш.Т. Казимова Экссудативтік орта отиттерді емдеу үшін Комбинил дуо препаратын қолдану.....	86
З.И. Мурдинова Риниттерді теңіз суының гипертоникалық ерітіндісімен емдеу және алдын-алу шаралары.....	88
Г.Т. Бакиева Атрофиялық ринит кезінде Синомаринді қолдану.....	90
А.Т. Шакарова Пациенттерде емханалық қабылдауда Сигницеф препаратынын тиімділігін бағалау.....	91
М.П. Федорова Гайморитті теңіз суының гипертониялық ерітіндісімен емдеу.....	93

СӨСҚ БОЙЫНША ШЕТЕЛ ЖАҢАЛЫҚТАРЫ

Шылым шегу бойынша шет елдердегі жаңалықтар: Румыниядағы шылым шегу бойынша ересек тұрғындармен жандық сауалнама өткізілгені туралы баяндама.....	95
--	----



СОДЕРЖАНИЕ

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

Ж.Е. Баттакова, Т.И. Слажнева, В.Е. Егорычев, Т.С. Хайдарова, А.А. Адаева, А.А. Акимбаева, Н.Т. Утембаева, Д.О. Длимбетова Интенсивность воздействия различных факторов на развитие сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей.....	8
Т.С. Хайдарова, А.А. Адаева, А.А. Акимбаева Методические подходы к определению выборки домашних хозяйств для проведения глобального опроса взрослого населения о потреблении табака в республике Казахстан.....	11
Т.Л. Хант, В.В. Колодин Роль медицинского психолога и социального работника в сфере профилактики и прекращения курения.....	13
Н.Т. Утембаева, Д.О. Длимбетова Изучение питания и состояния здоровья взрослого населения Павлодарской области.....	18
Н.Т. Утембаева Профилактика анемии среди детей дошкольного и школьного возраста (Обзор литературы).....	23
Н.В. Жаркова Питание детей школьного возраста и здоровье.....	27

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

З.Т. Байсалбекова, С.А. Жагипарова, А.М. Мешелева Результаты исследования калорийности готовых блюд в детских дошкольных и лечебно-профилактических учреждениях.....	30
А.С. Амирова, А.М. Шайкина Система контроля пищевой безопасности пищевых продуктов в лабораторном отделении гигиены питания РГКП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы».....	32
Т.В. Морозова Дисбактериоз кишечника: современные методы лечения и профилактики.....	34

ПРОФИЛАКТИКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Д.Е. Копбаева, А.Н. Болатбекова, Е.И. Горбатова Применение препарата Танакан в комплексном лечении макулярной дегенерации и глаукомы (Обзор литературы).....	37
В.Ж. Оразалина Эффективность препарата Окумед в гипотензивной терапии глаукомы.....	41
Г.П. Долматова, Г.Е. Джуманиязова, С.А. Аскарар, Л.А. Жукова, Л.П. Корниенко Опыт применения препарата Танакан в комплексном лечении диабетической ретинопатии.....	43
С.М. Курмангалиева Дисциркуляторная энцефалопатия когнитивных нарушений на фоне артериальной гипертензии, с применением препарата Танакан.....	46

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА

З.Н. Казбекова, С. Калкашева, Д.М. Гиричева, А.Ж. Кункаева Вопросы лечения диарейного синдрома у детей.....	50
Н.В. Лебедевич Ангины у детей. Безопасные методы профилактики.....	52
А. Омиртай, Л.Б. Галиева, М.К. Макеева, Э.Р. Бегалиева, И.В. Кочергина, Б.А. Косаева Дисбактериоз у детей грудного возраста.....	53

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Н.К. Манасов, Ш. Тлебергенов Аденовирусные заболевания глаз у военнослужащих и их лечение.....	55
Н.Б. Еркебаева Вертеброгенный фактор как причина гемодинамических нарушений в системе вертебробазилярного сосудистого бассейна.....	57
К.Т. Мусаханов, Р.К. Идрисов Очищение организма активированным углем при отравлении медикаментами.....	60
О.А. Насартинова Значение нормализации микрофлоры кишечника у пациентов с инфекционной патологией на фоне приема антибиотиков.....	62
В.Ж. Оразалина Инокаин при местной анестезии в офтальмологической практике.....	65
Н.А. Кауметова, Е.Ю. Письменная Сигницеф в лечении больных с бактериальной инфекцией глазной поверхности.....	67

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

Ф.Ж. Жумабекова Особенности заболеваемости туберкулезом в Алматинской области в период 2009-2012 гг.....	69
М. Т. Сатабаев Санитарно -просветительная работа по туберкулезу на уровне ПМСП и противотуберкулезных организаций.....	71



Т.В. Морозова Грипп у беременных: Риск и методы профилактики.....	74
А. Омиртай Профилактика ОРВИ у детей школьного возраста.....	76

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Г.Д. Баймагамбетова Аллергические риниты.....	78
Ш.Т. Казимова Особенности лечения дисфункций евстахиевых труб.....	82
Г.А. Ешжанова Применение гипертонических растворов при лор-патологиях.....	84
Ш.Т. Казимова Применение препарата Комбинил дуо в лечении экссудативных средних отитов.....	86
З.И. Мурдинова Лечение и профилактика ринитов гипертоническим раствором морской воды.....	88
Г.Т. Бакиева Применение Синомарина при атрофических ринитах.....	90
А.Т. Шакарова Оценка эффективности препарата Сигницеф у пациентов на поликлиническом приёме.....	91
М.П. Федорова Лечение гайморита гипертоническим раствором морской воды.....	93

НОВОСТИ ЗАРУБЕЖЬЯ ПО ФЗОЖ

Новые сообщения по табакокурению в других странах: Предварительное тестирование о докладе глобального опроса взрослого населения по табакокурению в Румынии.....	95
---	----



CONTENTS

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

ZH.E. Battakova, T.I. Slazhneva, V.E. Yegorychev, T.S. Khaidarova, A.A. Adaeva, A.A. Akimbaeva, N.T. Utembaeva, D.O. Dlimbetova Intensity of the impact of various factors on the development of cardiovascular disease in the elderly.....	8
T.S. Khaidarova, A.A. Adaeva, A.A. Akimbaeva Methodical approaches of sample design for global adult tobacco survey in the republic of Kazakhstan.....	11
T. L. Hunt, V.V. Kolodin The role of the health psychologist and the social worker in the field of the smoking prevention and cessation.....	13
N.T. Utembaeva, D.O. Dlimbetova Study of nutrition and healthy adult population of pavlodar region.....	18
N.T. Utembaeva Prevention of anemia among children preschool and school age.....	23
N.V. Zharkova School-age children nutrition and health.....	27

PUBLIC HEALTH

Z.T. Baysalbekova, S.A. Zhagiparova, A.M. Mesheleva Results calorificity ready meals in child care and medical -prophylactic establishments.....	30
A.S. Amirova, A.M. Shayhina Control of food food safety in laboratory department of health food state enterprise «center of disease assessment».....	32
T.V. Morozova Dysbacteriosis of the intestine: modern methods of treatment and prevention.....	34

NONCOMMUNICABLE DISEASE PREVENTION

D.E. Kopbaeva, A.N. Bolatbekova, E.I. Gorbatova Use of the drug Tanakan in complex treatment of macular degeneration and glaucoma (review).....	37
V.J. Orazalina Efficiency of a preparation ocumed in therapies of glaucoma.....	41
G.P. Dolmatovo, G.E. Dzhumaniyazova, S.A. Askarov, L.A. Zhukova, L.P. Kornienko Experience of Tanakan in complex treatment of diabetic retinopathy.....	43
S.M. Kurmangaliyeva Encephalopathy cognitive disorders in arterial hypertension, with the use of drug Tanakan.....	46

MATERNAL ANF CHILD HEALTH

Z.N. Kazbekova, S. Kalkasheva, D.M. Giricheva, A.Z. Kunkaeva Treatment issues of diarrheal syndrome in children.....	50
N.V. Lebedevich Tonsillitis in children. Safe methods of prevention.....	52
A. Omirtay, L.B. Galiyeva, M.K. Makeeva, E.R. Begaliyeva, I.V. Kochergina, B.A. Kosaeva Dysbacteriosis in infants age.....	53

CLINICAL AND EXPERIMENTAL MEDICINE

N.K. Manasov, S.Tlebergenov Military's eye adenoviral diseases treatment.....	55
N.B. Erkebaeva Vertebrogenic factors in determining hemodynamic abnormalities in vertebrobasilar vascular beds.....	57
K.T. Musahanov, R.K. Idrisov Clearing of organism an absorbent carbon at poisoning medicines.....	60
O.A. Nasartinova Value of normalization of microflora of intestine for patients with infectious pathology on a background the reception of antibiotics.....	62
V.J. Orazalina Inokain at local anesthesia in ophthalmological practice.....	65
N.A. Kaumetova, E.U. Pismennaya Signitsef in the treatment of patients with a bacterial infection of the eye surface.....	67

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

F.ZH. Zhumabekova Features of tuberculosis in the Almaty region in the period 2009-2012.....	69
M.T. Satabaev Sanitary – educational work on tuberculosis at the level of PHC and antitubercular organizations.....	71
T.V. Morozova The grippe in pregnant: Risks and methods of prevention.....	74
A. Omirtay ARVI prevention in school children.....	76

PRACTICAL HEALTHCARE SYSTEM

G.D. Baimagambetova Allergic rhinitis.....	78
SH.T. Kazimova Features of treatment of dysfunctions of eustachian tubes.....	82



G.A. Eshzhanova Use of hypertonic solutions for ent pathologies.....	84
SH.T. Kazimova Preparation application Combinil duo in treatment of secretory middle otitis.....	86
Z. I. Murdinova Treatment and prevention of rhinitis hypertonic solution of sea water.....	88
G.T. Bakyeva Use of sinomarina for atrophic rhinitis.....	90
A.T. Shakarova Evaluation of drug Signitsef patients on admission outpatient.....	91
M.P. Fedorova Treatment of Sinusitis hypertonic solution sea water.....	93

THE NEWS ABROAD COUNTRIES TO HEALTHY LIFESTYLES DEVELOPMENT

New messages about tobacco smoking in other countries: Pretest report of global adult tobacco survey in Romania.....	95
---	----

УДК 616-316-612.04.422-053.2

**Ж.Е. БАТТАКОВА¹, Т.И. СЛАЖНЕВА², В.Е. ЕГОРЫЧЕВ³, Т.С. ХАЙДАРОВА⁴, А.А. АДАЕВА,
А.А. АКИМБАЕВА, Н.Т. УТЕМБАЕВА, Д.О. ДЛИМБЕТОВА**

Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы, д.м.н.,
профессор^{1,2,4}, к.м.н.²

ИНТЕНСИВНОСТЬ ВОЗДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ НА РАЗВИТИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Аннотация

В статье с помощью использования показателя отношения шансов представлена интенсивность воздействия различных поведенческих факторов на развитие сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей. Особенностью и достоинством статьи является то, что изучавшиеся факторы развития сердечно-сосудистых заболеваний ранжированы авторами в зависимости от интенсивности воздействия, выраженной количественно. Полученные данные об интенсивности воздействия факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилого населения можно использовать при разработке программ профилактики данной патологии у этого возрастного контингента.

Ключевые слова: пожилые люди, сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, отношение шансов.

Введение. Одной из актуальных задач здравоохранения является увеличение продолжительности жизни и периода активного долголетия. В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания занимают ведущие позиции в структуре причин заболеваемости и смертности различных возрастных категорий взрослого населения, в том, числе пожилых людей [1,2]. В этой связи перспективным направлением представляется укрепление здоровья пожилого населения путем воздействия на модифицируемые факторы риска развития болезней данного класса. В то же время поведенческие факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей недостаточно изучены. Имеются лишь единичные публикации на эту тему. Авторы сообщают о таких факторах, как курение, употребление алкоголя, физическая активность, увеличение окружности талии и индекса массы тела [3,4,5]. При этом не анализируется, какие именно особенности питания пожилых людей могли способствовать увеличению окружности талии и увеличению индекса массы тела. В имеющихся публикациях авторы в качестве инструмента для изучения факторов риска сердечно-сосудистых

заболеваний у пожилых людей используют показатель отношения шансов [6,7].

Целью нашего исследования было определение интенсивности воздействия различных факторов на развитие сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилого населения.

Материалы и методы. Работа проведена в рамках научно-технической программы МОН РК по изучению медико-организационных аспектов развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилых людей. Исследование проводилось на базе поликлиники V городской клинической больницы г. Алматы. В исследование было включено 220 человек в возрасте от 60 до 74 лет. Исследуемый контингент определялся методом случайной выборки.

Критерии включения в исследование: лица в возрасте от 60 до 74 лет, постоянно проживающие в районе обслуживания поликлиники V городской клинической больницы г. Алматы.

Критерии исключения: лица моложе 60 лет и старше 75 лет, лица, временно проживающие на территории Республики Казахстан.

18 человек отказались от участия в исследовании. Медико-социальное исследование было

проведено среди 202 респондентов. В том числе в возрасте 60–63 года было 63 респондента, 64–69 лет – 80 человек, 70–74 года – 59 человек. Анкетирование осуществлялось с помощью разработанной нами анкета. Анкета включала 66 вопросов, направленных на выявление поведенческих факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, определенных на основании литературных источников [1,8,9]. С лицами, осуществившими анкетирование, до начала исследования было проведено занятие.

Для количественной оценки интенсивности воздействия различных поведенческих факторов риска используется показатель отношения шансов (ОШ). Кроме того, нами вычислялся 95% доверительный интервал показателя ОШ.

Обработка полученных данных проводилась в программе SPSS15.

Результаты. С помощью использования показателя отношения шансов (ОШ) мы исследовали силу воздействия различных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых. О том, что фактор риска оказывает воздействие на развитие той или иной патологии можно говорить в случае, если показатель ОШ выше единицы. Однако при оценке показателя ОШ важно учитывать его 95% доверительный интервал. О том, что показатель ОШ достоверно выше единицы можно говорить только в том случае, если нижняя граница показателя ОШ не захватывает область единицы.

Самый высокий показатель ОШ был выявлен относительно превышения нормальных значений объема талии – свыше 94 см у мужчин и свыше 80 см – у женщин. ОШ у мужчин – 3.0 (95%ДИ=1.1-8.1). ОШ у женщин – 3.0 (95%ДИ=1.4-6.2).

Вторым по силе воздействия фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых было употребление табачных изделий, в том числе, курение сигарет, трубки, кальяна, употребление некурительных табачных изделий (жевательный, нюхательный табак, насвай): ОШ – 2.9 (95%ДИ=1.2-6.8).

Третьим по силе воздействия фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых была низкая физическая активность: ОШ – 2.2 (95%ДИ=1.2-4.2).

Показатель ОШ для употребления алкоголя был выше единицы – 1.6, однако нижняя граница 95% ДИ в данном случае определялась ниже единицы: 95%ДИ=0.7-3.3. Таким образом, в на-

шем исследовании употребление алкоголя не оказывало достоверного воздействия на развитие сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых.

Обсуждение. На развитие сердечно-сосудистых заболеваний в той или иной популяции оказывает воздействие не только распространенность, но и сила воздействия неблагоприятных факторов, которую мы измеряли путем использования показателя ОШ.

Полученные данные свидетельствуют о выраженном воздействии избыточной массы тела/ожирения на формирование сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилого населения. Кроме того, значимое воздействие на развитие сердечно-сосудистых заболеваний оказывали такие факторы, как употребление табачных изделий и низкая физическая активность. Употребление алкоголя в нашем исследовании не оказывало выраженного воздействия на развитие сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей.

В нашем исследовании употребление алкоголя не оказывало достоверного воздействия на развитие сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых.

Ценность данного исследования заключается в том, что полученные сведения о распространенности различных факторов сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей можно использовать при планировании профилактических программ.

Выводы:

1. Наиболее сильное достоверное воздействие на развитие сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых оказывало превышение нормальных значений объема талии – свыше 94 см у мужчин и свыше 80 см – у женщин. ОШ у мужчин – 3.0 (95%ДИ=1.1-8.1). ОШ у женщин – 3.0 (95%ДИ=1.4-6.2).

2. Вторым по силе воздействия фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых является употребление табачных изделий, в том числе, курение сигарет, трубки, кальяна, употребление некурительных табачных изделий (жевательный, нюхательный табак, насвай): ОШ – 2.9 (95%ДИ=1.2-6.8).

3. Третьим по силе воздействия фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых является низкая физическая активность: ОШ – 2.2 (95%ДИ=1.2-4.2).

4. Полученные данные об интенсивности воздействия факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний среди пожилого на-

селения следует использовать при разработке программ профилактики данной патологии у людей в возрасте от 60 до 74 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. Под ред. А. Дж. Кэмм, Т. Ф. Люшера, П. В. Серриуса. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.-1480 с.

2 Ошакбаев К.П., Аманов Т.И., Слажнева Т.И., Назирова Н.И., Каржаубаева Ш.И., Кулкаева Г.У., Жылкайдарова А.Ж.. Под ред. проф. Ж. Абылайұлы, К.А. Тулебаева Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний, ранжирование факторов риска. Современные модели профилактической системы здравоохранения // Алматы, 2008.-150 с.

3 Wilkins J.T., Ning H., Berry J., Zhao L., Dyer A.R., Lloyd-Jones D.M. Lifetime risk and years lived free of total cardiovascular disease // *Jama*. 2012 Nov 7; 308 (17), P. 1795-1801.

4 Sacco R.L., Khatri M., Rundek T., Xu Q., Gardener H. et al. Improving global vascular risk prediction with behavioral and anthropometric factors. The multiethnic NOMAS (Northern Manhattan Cohort Study) // *J. Am. Coll. Cardiol*. 2009. №54 (24) P. 2303-2311.

5 Gopal D.M., Kalogeropoulos A.P., Georgiopolou V.V., Smith A.L., Bauer D.C., Newman A.B., Kim L., Bibbins-Domingo K., Tindle H., Harris T.B., Tang W.W., Kritchevsky S.B., Butler J. Cigarette smoking exposure and heart failure risk in older adults: the Health, Aging, and Body Composition Study // *Am. Heart J*. 2012 Aug. ; 164 (2) : P. 236-242.

6 Ligthart S.A., Richard E., Fransen N.L., Eurelings L.S., Beem L., Eikelenboom P., van Gool W.A., Moll van Charante E.P. Association of vascular factors with apathy in community-dwelling elderly individuals // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2012 Jun.; 69 (6) : P. 636-642.

7 Guasch-Ferre M., Bullo M., Martinez-Gonzalez M.A., Corella D., Estruch R., Covas M.I., Aros F., Wärnberg J., Fiol M., Lapetra J., Munoz M.A., Serra-Majem L., Pinto X., Babio N., Diaz-Lopez A., Salas-Salvado J. Waist-to-height ratio and cardiovascular risk factors in elderly individuals at high cardiovascular risk // *PLOS One*. 2012; 7 (8) : e43275.

8 World Health Organization. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for assessment and management of cardiovascular risk. Geneva, 2007.-34 p.

9 Арутюнов Г.П. Терапия факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний: руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 672 с.

ТҮЙІН

**Ж.Е. БАТТАҚОВА, Т.И. СЛАЖНЕВА,
В.Е. ЕГОРЫЧЕВ, Т.С. ХАЙДАРОВА,
Ә.Ә. АДАЕВА, А.Ә. ӘКІМБАЕВА,
Н.Т. ӨТЕМБАЕВА, Д.О. ДІЛІМБЕТОВА**

ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы, Алматы

КӨРІ АДАМДАРДАҒЫ ЖҮРЕК-ҚАН ТАМЫРЛАР АУРУЫНЫҢ ДАМУЫНА ӨСЕР ЕТЕТІН ӨР-ТҮРЛІ ФАКТОРЛАРДЫҢ ҚАРҚЫНЫ

Алматы қаласы №5 аурухана қарамағындағы 60-74 жас аралығындағы 202 қарт адамдардан жүрек қан тамырлары ауруларының даму факторларын анықтау мақсатында сауалнама жүргізілді. Сауалнама барысында жүрек қан тамырлары ауруларының қарқынды даму мүмкіндіктерінің көрсеткіші бойынша анықталды. Ең жоғарғы көрсеткіштер: қалыпты жағдайдағы бел көлемінің артуы, темекі өнімдерін тұтыну және дене белсенділіктерінің төмен екенін анықтадық. Осы сауалнамадан кейін, біз мынындай тоқтамға келдік 60-70 жастағы адамдармен жүрек қан тамырлары аурулары бойынша қарт тұрғындармен, осы патологиялық ауруларға профилактикалық бағдарламаны пайдалану арқылы жүзеге асырылады.

SUMMARY

**ZH.E. BATTAKOVA, T.I. SLAZHNEVA,
V.E. YEGORYCHEV, T.S. KHAIDAROVA,
A.A. ADAEVA, A.A. AKIMBAEVA,
N.T. UTEMBAEVA, D.O. DLIMBETOVA**

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

INTENSITY OF THE IMPACT OF VARIOUS FACTORS ON THE DEVELOPMENT OF CARDIOVASCULAR DISEASE IN THE ELDERLY

In order to determine the intensity of the impact factors on the development of cardiovascular disease in the elderly, we conducted a survey in 202 people aged 60 to 74 years under the supervision of clinic V City Hospital Almaty. The intensity of the impact of risk factors for cardiovascular disease, we determined using the odds ratio. The highest odds ratios were: exceeding the normal waist circumference, tobacco use and physical inactivity. We concluded that the data on the intensity of exposure to risk factors for cardiovascular diseases among the elderly population should be used to develop prevention of this disease in people aged 60 to 74 years.

УДК 613.84:614.2:303.6/.8(574)

Т.С. ХАЙДАРОВА¹, А.А. АДАЕВА, А.А. АКИМБАЕВАНациональный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, д.м.н., профессор¹**МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВЫБОРКИ ДОМАШНИХ ХОЗЯЙСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГЛОБАЛЬНОГО ОПРОСА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ
О ПОТРЕБЛЕНИИ ТАБАКА В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН****Аннотация**

В статье описаны методические подходы к определению выборки домашних хозяйств для проведения глобального опроса взрослого населения о потреблении табака в Республике Казахстан (GATS). Для формирования выборочной совокупности GATS применен метод четырехэтапной стратифицированной кластерной выборки домашних хозяйств.

Ключевые слова: Global Adult Tobacco Survey (GATS), табакокурение, выборка домашних хозяйств.

Глобальный опрос взрослого населения о потреблении табака — Global Adult Tobacco Survey (GATS) будет первым исследованием, проведенным в Республике Казахстан с целью систематического мониторинга потребления табака методом электронного опроса взрослого населения путем случайной выборки домашних хозяйств.

GATS является общенациональным опросом домохозяйств, репрезентативным для всех взрослых людей в возрасте 15 лет и старше, с использованием стандартной анкеты, построения выборки, сбора данных и методов управления, которые были рассмотрены и одобрены международными экспертами GATS. Основной целью данного исследования является отслеживание ключевых показателей контроля над табаком.

Целевая аудитория опроса будет включать рандомизированно отобранные домашние хозяйства Республики Казахстан. Из исследования исключаются общежития, школы-интернаты, детские дома и дома для престарелых, дачи, летние садовые домики, спортивные и туристические базы, мотели и санаторий, дома отдыха, больницы, пансионаты, дома для приезжих, гостиницы, казармы и другие строения и помещения, предназначенные для отдыха, сезонного и временного проживания, независимо от длительности проживания в них граждан.

По республике объем выборки составляет 4000 домашних хозяйств в разрезе регионов с разделением на городское и сельское население. Отобранные респонденты могут отказаться от участия в исследовании в любое время. Они также имеют право отказаться отвечать на любой вопрос без указания причин такого решения.

GATS в Республике Казахстан будет проводиться в 14 областях и 2 городах республиканс-

кого значения. Основой выборки в Республике Казахстан стал актуализированный Статистический регистр жилищного фонда. Количество домашних хозяйств по состоянию на 1 апреля 2013 года по республике составило 4 740 555.

Статистический регистр жилищного фонда (далее - РЖФ) создан с целью формирования и накопления данных по жилым домам и жилым помещениям для статистики жилищного фонда и формирования выборки для обследования домашних хозяйств.

Основными задачами ведения РЖФ являются:

- накопление данных о жилых домах и жилых помещениях;
- формирование и актуализация статистической информации по жилищному фонду (наличие, состояние, ввод в действие, выбытие);
- проведение выборочных обследований и использование в статистических разработках;
- проведение выборочных обследований домашних хозяйств.

План выборки. Для формирования выборки GATS в РК применялся метод четырехэтапной стратифицированной кластерной выборки домашних хозяйств, основанный на структуре административно-территориального деления Республики Казахстан.

Первый этап - общее количество районов и городов областного значения составляет - 209; из них были отобраны 145 (71 городских и 74 сельских), которые были приняты за первичные выборочные единицы (ПВЕ) для GATS. Районы и города областного значения были отобраны отдельно для городского и сельского населения в каждой области и городах республиканского значения с вероятностью, пропорциональной коли-

честву районов региона.

Вес выбора (базисный вес) рассчитывался по каждому району, отобранному на 1 этапе ПВЕ. Для расчета весовых коэффициентов выборки, производящие вероятности рассчитывались отдельно по каждой стадии выборки с использованием следующей формулы (вероятность отбора i -ПВЕ в h -районе ($P1_{ki}$)):

$$P1 = K_{hi} * \frac{M_{hi}}{M_h}$$

Где, k_{hi} - количество районов ПВЕ, которое должно быть отобрано в h -области отдельно для городского и сельского населения;

M_{hi} - количество домохозяйств (ДХ) в i -ПВЕ, включенных в выборку на первой ступени в данном районе;

M_h - общее число ДХ в h -области для всех ПВЕ отдельно для городского и сельского населения.

На втором этапе в рамках тех районов и городов областного значения, которые были выбраны на первом этапе, которые включают 985 (99 городских, 885 сельских) сельских округов и городов районного значения, были случайны отобраны 152 сельских округов и городов районного значения (81 городских и 71 сельских). Сельские округа и города районного значения были приняты вторичными единицами выборки (ВЕВ).

Вероятность отбора сельских округов и городов районного значения (ВЕВ) в подвыборку из ПВЕ для Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака в Республике Казахстан на второй ступени ($P2$) рассчитывалась по формуле:

$$P2 = L * \frac{M_h}{\sum_i^k M_h}$$

Где, L — количество сельских округов и городов районного значения, которое должно быть отобрано на второй ступени в подвыборку;

$\sum M_h$ — общее число домохозяйств для всех созданных l — территориальных сегментов;

M_h - общее число ДХ в h -области для всех ВЕВ отдельно для городского и сельского населения.

На третьем этапе один населенный пункт отбирается из каждого сельского округа и города районного значения вошедшего в ВЕВ, это 152 населенных пунктов (81 городских и 71 сельских). Вероятность на третьем этапе определяется формулой:

$$P3 = L * \frac{M_{hi}}{M_h}$$

где M_{hi} - количество домохозяйств i -населенном пункте;

M_h - количество домохозяйств в ВЕВ.

На четвертом этапе были отобраны домохозяйства из выбранных населенных пунктов на третьем этапе. В рамках третьей единицы выборки (ТЕВ) отбиралось по 25 домохозяйств для областей и по 45 для городов. Отбор домохозяйств проводился отдельно по городскому и сельскому населению с использованием равновероятного случайного отбора. Всего отобрано 4000 домохозяйств из них 2225 в городских и 1775 в сельских местностях. Вероятность каждого домохозяйства в i - населенном пункте на четвертом этапе определяется формулой:

$$P4 = \frac{M_{hi}}{M_h}$$

Здесь означает где, M_{hi} - количество отобранных домохозяйств в i -населенном пункте;

M_h - количество домохозяйств в i -населенном пункте.

Таким образом, окончательная вероятность выбора респондента (P) Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака (GATS) рассчитывалась по формуле: $P = P1 * P2 * P3 * P4$

ТҮЙІН

Т.С. ХАЙДАРОВА¹, Ә.Ә. АДАЕВА, А.А. ӘКІМБАЕВА
ҚР ДСМ Салауатты өмір салтын қалыптастыру
проблемалары ұлттық орталығы, м.ғ.д., профессор¹

Алматы қ.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСАНДА ТЕМЕКІ ШЕГУ ТУРАЛЫ ХАЛЫҚҚА СҰРАСТЫРУ (GATS) ӨТКІЗУ МАҚСАТЫНДА ҮЙ ҚОЖАЛЫҚТАРЫН ІРІКТЕУДІҢ ӨДІСТЕМЕЛІК ЖОЛДАРЫ

Мақалада Қазақстан Республикасында темекі шегу туралы халыққа сұрастыру (GATS) өткізу мақсатында үй қожалықтарын іріктеудің өдістемелік жолдары сипатталған. GATS іріктеме жиынтығын қалыптастыру үшін үй қожалықтарын іріктеудің төрт кезенді бөліктелген кластерлік тәсілі қолданылған.

SUMMARY

T.S. KHAYDAROVA¹, A.A. ADAEVA,
A.A. AKIMBAEVA

National Center for problems of healthy lifestyle development
MOH of Kazakhstan, d.m.s., professor, Almaty
METHODICAL APPROACHES OF SAMPLE DESIGN
FOR GLOBAL ADULT TOBACCO SURVEY IN THE
REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

The article describes the methodological approaches of sample design for Global Adult Tobacco Survey (GATS) in the Republic of Kazakhstan. For GATS sampling the method of a four-stratified cluster sampling of households was used.

UDC 613/84-084:614.1:614.88:364.444(100+574)

T.L. HUNT¹, V.V. KOLODIN²

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

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

THE ROLE OF THE HEALTH PSYCHOLOGIST AND THE SOCIAL WORKER IN THE FIELD OF THE SMOKING PREVENTION AND CESSATION

Abstract

The article reviews the impact of smoking on health, the world and the local statistics on the prevalence of smoking, world experience programs against smoking with proven effectiveness. Counseling model directed to behavior change in smoking cessation side. In this article also available, definition of social worker and medical psychologist, a brief overview of the role and functionality of a social worker and a psychologist providing services in primary health care in the prevention and cessation of smoking area.

Key words: motivational interviewing, addiction, tobacco, bio-psychosocial model, social worker, health psychologist.

Six - million die from tobacco use and secondhand smoke each year. Smoking is the cause of 71% of lung cancer, 42% of chronic lung disease, and 10% of cardiovascular disease. Smoking is the leading preventable cause of death in US Ahead of diet, alcohol, illicit drugs, motor vehicles, firearms, toxic agents, microbial agents, and sexual behavior. Causes 443,000 deaths/year \$96 billion in medical costs, \$97 billion in productivity loss [1,2].

Tobacco smoking is the practice of burning tobacco and inhaling the smoke consisting of particle and gaseous phases. A more broad definition may include simply taking tobacco smoke into the mouth, and then releasing it, as is done with tobacco pipes and cigars. The practice may have begun as early as 5000-3000 BC [3]. Smoking is the most common method of consuming tobacco, and tobacco is the most common substance smoked. The agricultural product is often mixed with additives [4] and then combusted.

According to a study conducted by the Center for the Study of Public Opinion, the project HITT, grant from the European Union, smokers are about one-third of the adult population of Kazakhstan, or 29.2%, still 9.3% smoked before. The proportion of men who smoked is 51.2%, women - 9.3%, ie smoke are more susceptible to man. It's also correlated with world situation [5] The number of women of reproductive age which involved in smoking is,

15.7% are 25-34 aged and 12.7% of women aged 35-44. Among men, the lowest rate in the age group over 65 years, but it is quite high - about 28% of men in that age group. Level packs of 40-years was empirically defined as critical in terms of lung cancer. This level is more than 14% of smokers, or 4% of the adult population. The population of Kazakhstan is spending to buy cigarettes about 605 million U.S. dollars a year. Cancer mortality in Kazakhstan is 168 per 100 000 population, which is characterized by a high level, in the context of the age structure in the United States die in 70 years, Kazakhstan - to 45-50 years from cancer [6].

The resulting smoke is then inhaled and the active substances absorbed through the alveoli in the lungs [7]. The active substances trigger chemical reactions in nerve endings, which heighten heart rate, alertness,[8] and reaction time [9]. Dopamine and endorphins are released, which are often associated with pleasure.

Over 3000 chemicals identified in leaf nicotine 1 to 4% DM terpenoid, degraded carotenoids, maillard products - pyrroles and furans, naphthalenes and biphenyls, phenolics, nitrate,TSNA (Tobacco specific nitrosamines), highly variable - ppm levels -decreased with process changes, PAH's (polycyclic aromatic hydrocarbons), heavy metals (210Po, Cd, Se, Cr etc.) [10].

One of the substances included in the tobacco and playing the most important role is nicotine. Especially nicotine leads to addiction. Stop the nicotine receipt into the body can influence depressed mood, insomnia, irritability, anxiety, difficulty concentrating, restlessness, decreased heart rate, increased appetite/weight gain. One of the integrated models describing the dependence is a bio-psychosocial model. These models serve as the basic framework for structuring the treatment of Alcohol, Tobacco and other drug use (ATOD) [11].

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

Bio – refers to the presence of brain changes and/or a genetic vulnerability that predispose an individual to addiction. These biological processes may increase the risk of developing a dependency in the context of environmental factors. Psycho – refers to various psychological influences, such as comorbidity, reinforcing effects, personality, attitudes, beliefs, expectancies, attributions and the need to self-medicate that may contribute to the onset of addiction. Social – refers to societal influences, such as modeling by family and/or peers that may increase the potential for addiction.

Accordingly, the effectiveness of programs aimed at prevention and smoking cessation provides an impact on every level. In public health, decided to allocate the following levels of program

Micro-level - patient-related factors, beliefs, motivation. Therapy-related factors, health care provider. Condition-related factors, mental illness.

Meso-level - health system/HCT-factors, health care organization, NGOs

Macro-level - social/economic factors, health care policy, economics, institutional [12].

For example one of the most effective programs for prevention and smoking cessation, The New York city program's, for the period from 2000 to 2010 in New York City managed to reduce smoking by almost 35%. (Picture 1. Adult Smoking in NYC). This program has 5 components, which influence change on all three levels. New York City Five-Point Plan for Tobacco Control:

1. Taxation: Raise taxes.
2. Legal action: Smoke-free workplace laws
3. Cessation: Help people quit smoking

4. Education: Inform public about risks of smoking and benefits of quitting

5. Evaluation: Monitor tobacco-related behaviors and assess program effectiveness

Macro-level: increasing taxation was conducted in 2002, 2008, 2009 and 2010. In 2003- smoke-free workplaces. In 2006 was conducted broad media campaigns, for inform public about risks of smoking and benefits of quitting.

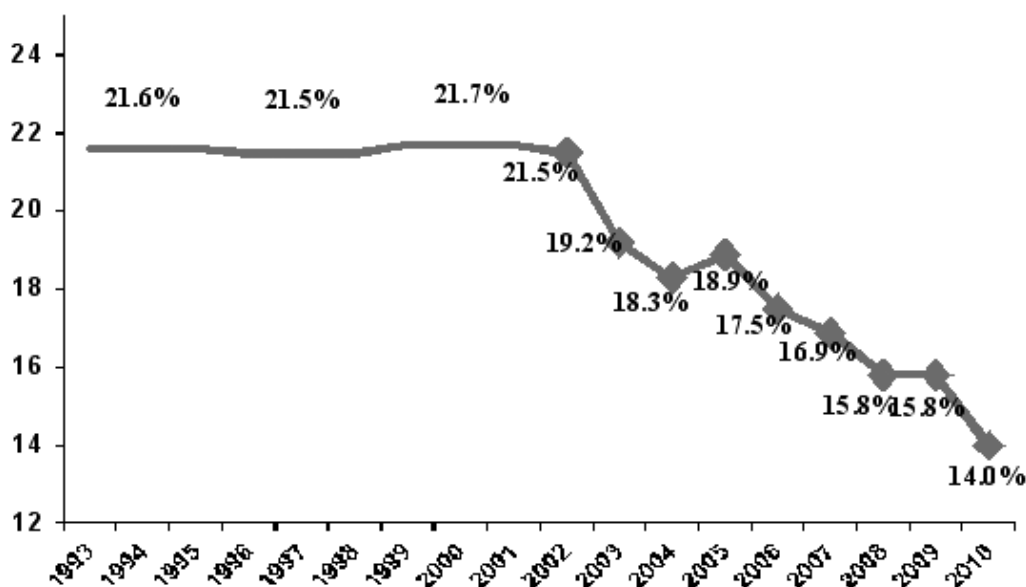
Meso-level: started free patch programs. It program include: hotline for those who want to stop smoking, free provision of nicotine patches and gums, and other medications, depending on the individual smokers. Special web resource.

Micro-level in the free patch programs frame, health specialist, like physician, social workers and medical and health psychologist. Conduct counseling directed to behavior change, application of motivational interviewing with tobacco cessation or smoke free living.

Motivational interviewing is a person-centered, guiding method of communication for eliciting and strengthening internal motivation for change [13].

Spirit of Motivational Interviewing - Autonomy; Evocation; Collaboration - Like client-centered counseling has been described as a "way of being" with a client. The "spirit" in which it is delivered is as important as the techniques that are used. Characterized by a warm, genuine, respectful and egalitarian stance that is supportive of client self-determination and autonomy. MI mechanisms studied - 25 years of MI research has shown significant effects in a broad range of addiction treatments and health promotions [14]. Stages of Change or the Transtheoretical Model of Behavior Change (TTM) Prochaska, DiClemente & Norcross defines "Motivation" as the "probability" that a person will enter into, continue, and adhere to a specific change strategy influenced by: personalization, anticipated benefits, social norms, skills. stage when a person is not even pondering the behavior and do not think about that would just change something, well, like he just knows that chicken is bad [15].

The main documents defining the direction of programs for prevention and cessation in Kazakhstan are the Code «On people's health and the health care system in the Republic of Kazakhstan», National Healthcare Development Program «Salamatty Kazakhstan» [16], which includes the following indicators: 2011-27%, 2012-23,8%, 2013-19,5%, 2014-18,7%, 2015-18,2%



Picture 1- Adult Smoking in NYC

(Reducing the prevalence of smoking among the population older than 12 years).

Resolution of the Government of the Republic of Kazakhstan № 1366 of 22 November 2011 «On approval of the health warnings to be placed on a pack of tobacco product packaging of tobacco products»; Government Decree number ref: 1367 from: 22.11.2011 «On approval of health warnings to be made available in places that sell tobacco products. The important document also relate accession of the Republic of Kazakhstan to the WHO Framework Convention on Tobacco Control, which recognizes the adoption of such measures as: increase in excise duties, the creation of 100% smoke-free environment, a full ban on all tobacco advertising and sponsorship, as well as placing on cigarette packs of colored photographic warnings about the dangers of tobacco use on health.

Significant work in this direction produces National Center HLD Ministry of Health Republic of Kazakhstan, so by this organization lobbying, was approved several legislation regard tobacco prevention and cessation. In 2009, the Law «On the prohibition of smoking in public places» [17].

At the end of 2011, the Resolution of the Government on the prevention of harm and placing colored pictures on tobacco products (pictograms). It is assumed that this event will help to reduce the demand for tobacco products, and thus to reduce the prevalence of smoking.

Thus, a lot of work in Kazakhstan is at the macro-level. At the meso-level also implemented

some programs that incorporate prevention of smoking, such as the creation of youth health centers in primary care.

Great potential for impact at the micro level, in Kazakhstan, has primary care. Opportunities for counseling on behavior changes are not so much have, primary care physicians, which usually fell lack of time, for implement the full consultation. But many psychologists and social workers, as well providing services in the structure of primary health-care.

According to the report the executive department's secretary S. Musinov, following the completion of implementation of the second year the national health care program «Salamatty Kazakhstan» for 2011-2015 «... in the Kazakhstan already has more than 500 psychologists and more than 2,100 social workers ...» [18].

In the public health arena, social workers are a valuable resource for the development of treatment plans for patients, for locating supportive resources, and in facilitating referrals. Under the auspices of government and non-government public health organizations and institutions, social workers often provide behavioral and social assessments along with mental health assessment, counseling and treatment, and short-term or ongoing case management. Social workers may also work in the community as planners or community organizers capable of engaging groups of people, neighborhoods, or entire communities to address social problems such as drug abuse or teen

pregnancy. Social work is a distinct profession, requiring college training, and a masters degree is often a necessity [19]. In Kazakhstan, social workers often limited functions such as nursing, and medical service at home, participation in screening programs.

Counseling regard behavior change in the international practice typically conduct medical and health psychologists.

Medical psychology is the application of psychological principles to the practice of medicine for both physical and mental disorders. The American Psychological Association (APA) defines medical psychology as «that branch of psychology that integrates somatic and psychotherapeutic modalities into the management of mental illness and emotional, cognitive, behavioral and substance use disorders». Medical psychologists apply psychological theories, scientific psychological findings, and techniques of psychotherapy, behavior modification, cognitive, interpersonal, family, and life-style counseling and therapy to improve the psychological and physical health of the patient [20].

Especial importance smoking prevention and cessation have a place in health psychology. Health psychology is the study of psychological and behavioral processes in health, illness and healthcare [21]. It is concerned with understanding how psychological, behavioral and cultural factors are involved in physical health and illness, in addition to the biological causes that are well understood by medical science. Psychological factors can affect health directly, such as stress causing the release of hormones such as cortisol which damage the body over time and indirectly via a person's own behavior choices which can harm or protect health such as smoking or taking exercise. Health psychologists take a bio-psychosocial approach - this means that they understand health to be the product not only of biological processes (e.g. a virus, tumour, etc.) but also of psychological processes (e.g. stress, thoughts and beliefs, behaviors such as smoking and exercise) and social processes e.g. socioeconomic status, culture and ethnicity [22].

Conclusions: smoking in Kazakhstan remains a significant problem. Smokers are about one-third of the adult population of Kazakhstan, or 29.2%, still 9.3% smoked before. The proportion of men who smoked is 51.2%, women - 9.3%. Level packs of 40-years was empirically defined as critical in terms of lung cancer. This level is more than 14% of smokers, or 4% of the adult population. The population of Kazakhstan is spending to buy

cigarettes about 605 million U.S. dollars a year.

Lot of work in Kazakhstan is at the macro-level, like the Law «On the prohibition of smoking in public places». The Resolution of the Government on the prevention of harm and placing colored pictures on tobacco products (pictograms). It is assumed that this event will help to reduce the demand for tobacco products, and thus to reduce the prevalence of smoking.

On the meso-level needed developing services which help people quit smoking, like free provision of nicotine patches and gums, and other medications.

Great potential for impact at the micro level, in Kazakhstan, has primary care. First of all, the involvement of psychologists and social workers, primary health care in the consultation process on changes in behavior, application of motivational interviewing with tobacco cessation or smoke free living. And the implementation of the training of these specialists of motivational interviewing.

REFERENCES

- 1 National Cancer Institute. Prevention and Cessation of Cigarette Smoking: Control of Tobacco Use. <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/control-of-tobacco-use/healthprofessional> ²Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Current Cigarette Smoking Prevalence Among Working Adults—United States, 2004–2010. *MMWR* 2010;60(38):1305–1300
- 2 New York City Department of Health and Mental Hygiene (NYC DOHMH), Bureau of Vital Statistics. Summary of Vital Statistics 2009. <http://www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/vs/2009sum.pdf>
- 3 Gately, Iain (2004) [2003]. Tobacco: A Cultural History of How an Exotic Plant Seduced Civilization. Diane. pp. 3–7. ISBN 0-8021-3960-4. Retrieved 2009-03-22
- 4 Wigand, Jeffrey S. (July 2006). «Additives, cigarette design and tobacco product regulation» (PDF). Mt. Pleasant, MI 48804: Jeffrey Wigand. Retrieved 2009-02-14.
- 5 Guindon, G. Emmanuel; Boisclair, David (2003). Past, current and future trends in tobacco use (PDF). Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. pp. 13–16. Retrieved 2009-03-22
- 6 Курение как социальная проблема в Казахстане. Шабденова А.Б., ЦИОМ Заболотная А.А., ЦИОМ <http://www.google.kz/search?client=opera&q=%D0%8F&sourceid=opera&ie=utf-8&oe=utf-8&channel=suggest>
- 7 Gilman, Sander L.; Xun, Zhou (2004-08-15). Smoke: A Global History of Smoking. Reaktion Books. 2009.
- 8 Parrott, A. C.; Winder, G. (1989). «Nicotine chewing gum (2 mg, 4 mg) and cigarette smoking: comparative effects upon vigilance and heart rate». *Psychopharmacology* 97 (2): 257–261

9 Parkin, C.; Fairweather, D. B.; Shamsi, Z.; Stanley, N.; Hindmarch, I. (1998). «The effects of cigarette smoking on overnight performance». *Psychopharmacology* 136 (2): 172–178.

10 Taken from Inger Wahlberg and Tommy Ringberger Chapter 14: Tobacco Production, Chemistry and Technology Edited by D.L Davis and M.T, Nielsen, Blackwell Science LTD, 1999.

11 Center for Substance Abuse Treatment (1999). *Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment. Treatment Improvement Protocol (TIP) 35*. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment.

12 McLaren, Lindsay; Hawe Penelope (2005). «Ecological Perspectives in Health Research». *J Epidemiol Community Health* 59: 6–14.

13 Miller, W. R., Rollnick, S. (2009). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 3d Edition. New York: Guilford Press.

14 Worker's interpersonal skills such as accurate empathy (Miller, 2002), Lundahl, B, Tollefson, D, Gambles, C., Brownell, C., & Burke, B. (in press). A Meta-analysis of Motivational Interviewing: Twenty Five Years of Empirical Studies.

15 Prochaska, JO; Butterworth, S; Redding, CA; Burden, V; Perrin, N; Leo, M; Flaherty-Robb, M; Prochaska, JM. Initial efficacy of MI, TTM tailoring and HRI's with multiple behaviors for employee health promotion. *Prev Med* 2008 Mar; 46(3):226–31. Accessed 2009 Mar 21/

16 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы, <http://www.mz.gov.kz>

17 Закон Республики Казахстан О запрете курения в общественных местах <http://www.zakon.kz>

18 http://www.zakon.kz/top_news/4534032-reforma-zdravookhraneniya-strany-itogi.html

19 Public Health Encyclopedia Encyclopedia of Public Health, by The Gale Group, Inc. <http://www.answers.com/library/Public+Health+Encyclopedia-letter-IS#ixzz2Y8tCURis>

20 <http://www.health-psych.org/MedPsych.cfm>

21 Johnston, M. (1994). Current trends in Health Psychology. *The Psychologist*, 7, 114–118.

22 Ogden, J. (2012). *Health Psychology: A Textbook* (5th ed.). Maidenhead, UK: Open University Press.

РЕЗЮМЕ

Т.Л. Хант¹, В.В. Колодин²

Магистр социальных наук, семейный терапевт, нарколог, директор по обучению Центра Изучения Глобального Здоровья в Центральной Азии (GHRCCA) и социальной группы вмешательства (SIG) в Колумбийском университете, Нью-Йорк, США¹
Психолог, к.м.н., старший преподаватель кафедры здоровья населения и социальных наук Казахстанской школы общественного здравоохранения.²

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА И СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА В СФЕРЕ ПРОФИЛАКТИКИ И ПРЕКРАЩЕНИЯ КУРЕНИЯ

В статье рассматриваются обзор влияния курения на здоровье, мировая и Казахстанская статистика относительно распространенности курения, мировой опыт программ направленных против курения с доказанной эффективностью. Модели консультирования направленные на изменение поведения в сторону отказа от курения. Так же предоставляются определения, краткий обзор роли и функциональных возможностей социального работника и психолога, оказывающих услуги в ПМСП в рамках профилактики и прекращения курения.

ТҮЙІН

Т.Л. Хант¹, В.В. Колодин²

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

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

ШЫЛЫМ ШЕГУДІ ТОҚТАТУ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ СФЕРАСЫНДАҒЫ МЕДИЦИНАЛЫҚ ПСИХОЛОГ ПЕН ӘЛЕУМЕТТІК ЖҰМЫСКЕР РӨЛІ

Мақалада дәлелденген тиімділікпен шылым шегуге қарсы әлемдік тәжірибе бағдарламалары, шылым шегу өрісімен байланысты әлемдік және Қазақстандық статистика және денсаулыққа шылым шегудің әсерінің шолуы қарастырылған. Сонымен қатар, БМСК-да шылым шегуді тоқтату және алдын-алу қызметтерін атқаратын әлеуметтік жұмыскер мен психологтың функционалдық мүмкіншіліктері мен рөлі туралы қысқаша шолу айқындалады.

УДК 613.2:614.1 – 053.8 (574.2):303.442

Н.Т. УТЕМБАЕВА¹, Д.О. ДЛИМБЕТОВА

Национальный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК,
доктор медицины (PhD)¹, г. Алматы

ИЗУЧЕНИЕ ПИТАНИЯ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПАВЛОДАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Аннотация

В статье представлены результаты 5-го национального социологического исследования по изучению поведенческих факторов риска среди взрослого населения Павлодарской области Республики Казахстан и практические рекомендации для снижения влияния поведенческих факторов риска на здоровье населения.

Ключевые слова: питание, состояние здоровья, поведенческие факторы риска

Практически везде отмечается рост частоты неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, ожирение, онкологические заболевания, анемия) обусловленных алиментарными факторами. Поэтому в области здравоохранения непрерывно разрабатываются программы по профилактике и мониторингу неинфекционных заболеваний. Экспертами ВОЗ рекомендован принцип поэтапного мониторинга за распространением неинфекционных заболеваний. Один из этапов мониторинга предполагает сбор данных по поведенческим факторам риска оказывающих существенное влияние на здоровье населения с использованием анкетирования. Реализация и совершенствование такого подхода позволит и в нашей стране проводить контроль за распространенностью поведенческих факторов риска, неинфекционных заболеваний и состояния здоровья населения с целью разработки профилактических мероприятий [1-5].

Цель исследования. Проведение социологического исследования по изучению питания и состояния здоровья взрослого населения Павлодарской области для разработки современных профилактических мероприятий на уровне ПМСП.

Материалы и методы исследования. Исследование проведено в рамках научно-технической программы МЗ РК по теме «Проведение социологического исследования по оценке распространенности поведенческих факторов риска развития неинфекционных заболеваний и мотивации к ведению здорового образа жизни населения Республики Казахстан».

В методике 5-го национального исследования, как и при проведении 1-4 национальных исследований образа и условий жизни населения по методике ВОЗ сформирована репрезентативная выборочная совокупность, состоящая из шести возрастных групп: 18-19 лет, 20-29 лет, 30-39 лет, 40-49 лет, 50-59 лет, 60 лет и старше.

Для исследования разработана анкета исследования, которая содержит 41 вопросов касающихся следующих блоков: статистическую информацию (пол, возраст, национальность, образование, социальное и семейное положение), уровень знаний об основных аспектах ЗОЖ, готовность вести ЗОЖ, наличие поведенческих факторов риска (курение, употребление алкогольных напитков), физическая активность (выполнение физзарядок, занятие спортом), самооценка здоровья, состояние здоровья (наличие хронических и неинфекционных заболеваний), потребление 400 граммов овощей и фруктов ежедневно и др.

Наибольший интерес представляло изучить питания и состояния здоровья взрослого населения Павлодарской области. Всего в Павлодарской области было опрошено 1200 респондентов (взрослых от 18 лет до 60 лет и старше). В городской местности было опрошено всего 603 респондентов, в сельской – 597. Всего мужчин было опрошено – 579, женщин – 621.

Для определения ожирения, недостаточной и избыточной массы тела среди респондентов рассчитывали индекс массы тела (индекс Кетле) и объем талии. Индекс Кетле рассчитывали по формуле: Индекс Кетле = вес в кг/(рост в м)². Обработка полученных данных проводилась в программе SPSS 15,0.

Результаты исследования по изучению питания (употребление 400 грамм овощей и фруктов ежедневно) среди взрослого населения Павлодарской области.

Низкий уровень потребления овощей и фруктов ежедневно может способствовать развитию неинфекционных заболеваний. В настоящем исследовании было изучено потребление взрослым населением Павлодарской области не менее 400 грамм овощей и фруктов ежедневно, исключая картофель (таблица 1). Основная часть взрослого населения Павлодарской области потребляли не менее 400 грамм овощей и фруктов ежедневно, исключая картофель. В городе потребляли ежедневно не менее 400 грамм овощей и фруктов, исключая картофель в возрастных группах 18-19 лет – 70,3 % респондентов, 20-29 лет – 58,1 % респондентов, 30-39 лет – 62,5 % респондентов, 40-49 лет – 55,6 % респондентов, 50-59 лет – 55,9 % респондентов, 60 лет и старше – 55,4 % респондентов.

В сельской местности потребляли ежедневно не менее 400 грамм овощей и фруктов, исключая картофель в возрастных группах 18-19 лет – 66,4 % респондентов, 20-29 лет – 58,4 % респондентов, 30-39 лет – 75,2 % респондентов, 40-49 лет – 64,1

% респондентов, 50-59 лет – 61,6 % респондентов, 60 лет и старше – 57,3 % респондентов.

Результаты исследования по изучению индекса массы тела среди взрослого населения Павлодарской области.

Один из факторов способствующих избыточной или недостаточной массе тела, ожирению является нерациональное питание. Проблема избыточной массы тела и ожирения в настоящее время является актуальной. В медицине Западно-Европейских стран избыточный или недостаточный вес определяют исходя из индекса массы тела [6-12]. В настоящем исследовании в городе среди опрошенного взрослого населения Павлодарской области преобладали респонденты с нормальным весом в возрастных группах 18-19 лет – 76,7 %, 20-29 лет – 74,4 %, 30-39 лет – 47,9 %, 40-49 лет – 53 %, респондентов с избыточным весом было больше в возрастных группах 50-59 лет – 53,9 %, 60 лет и старше – 40,2 % (таблица 2). Количество респондентов с недостаточным весом было больше в возрастной группе – 16,4 %. Количество респондентов с I и II степенью ожирения было больше в возрастной группе 60 лет и старше, 18,5 % и 7,6 %, соответственно. Респо-

Таблица 1 - Употребление 400 грамм овощей и фруктов ежедневно (в любом виде, исключая картофель) взрослого населения Павлодарской области, 2012 г. (%)

возрастная группа	местность			
	городская		сельская	
	респонденты			
	мужчины+женщины		мужчины+женщины	
	варианты ответов			
	да	нет	да	нет
18-19 лет	70,30	29,70	66,40	33,60
20-29 лет	58,10	41,90	58,40	41,60
30-39 лет	62,50	37,50	75,20	24,80
40-49 лет	55,60	44,40	64,10	35,90
50-59 лет	55,90	44,10	61,60	38,40
60 лет и старше	55,40	44,60	57,30	42,70

Таблица 2 - Индекс массы тела (ИМТ) городского взрослого населения Павлодарской области, 2012 г. (%)

пол	мужчины+женщины						
ИМТ	менее 15 острый дефицит массы тела	15-18,4 недоста- точный вес	18,5 -24,9 нормальный вес	25-29,9 избыточ- ный вес	30-34,9 I степень ожирения	35-39,9 II степень ожирения	40 и более III степень ожирения
18-19 лет	1,4	16,4	76,7	5,5	0,0	0,0	0,0
20-29 лет	1,2	8,1	74,4	14,0	2,3	0,0	0,0
30-39 лет	0,0	0,0	47,9	42,7	9,4	0,0	0,0
40-49 лет	0,0	2,0	53,0	31,0	8,0	5,0	1,0
50-59 лет	0,0	0,0	29,6	53,9	9,9	4,6	2,0
60 лет и старше	0,0	1,1	31,5	40,2	18,5	7,6	1,1

дентов с III степенью ожирения было больше в возрастной группе 50-59 лет – 2 %.

В сельской местности на первом месте были респоденты с нормальным весом в возрастных группах 18-19 лет – 64,8 %, 20-29 лет – 74,5 %, 30-39 лет – 52 %, 40-49 лет – 44,1 %, 50-59 лет – 42 %, 60 лет и старше – 46,1 % (таблица 3). На втором месте по убыванию были респоденты с избыточным весом в возрастных группах 18-19 лет – 24,1 %, 20-29 лет – 20,4 %, 30-39 лет – 32,0 %, 40-49 лет – 37,6 %, 50-59 лет – 36,4 %, 60 лет и старше – 34,2 %. Количество респодентов с недостаточным весом было больше в возрастной группе 30-39 лет – 8 %. Респодентов с I степенью ожирения было больше в возрастной группе 40-49 лет – 15,1 %, с II степенью ожирения было больше в возрастной группе 60 лет и старше – 3,9 %, с III степенью ожирения было больше в возрастной группе 60 лет и старше – 1,3 %.

Результаты исследования по изучению объема талии среди взрослого населения Павлодарской области.

В области здравоохранения наиболее простым и надежным критерием, индикатором жира является объем талии. Объем талии позволяет предсказать риск развития сердечно-сосудистых, сахарного диабета, гипертонии и других неинфекционных заболеваний. В норме объем талии дол-

жен быть у мужчины не более 94 см, а у женщины не более 80 см [13-15]. В настоящем исследовании в городе количество мужчин с нормальным объемом талии было больше в возрастных группах 18-19 лет – 92,3 %, 20-29 лет – 81,6 %, 30-39 лет – 75,9 %, 40-49 лет – 68,3 %, 60 лет и старше – 52,1 %, а количество мужчин с превышающим нормы объемом талии было больше в возрастной группе 50-59 лет – 67,4 % (таблица 4). Количество женщин с нормальным объемом талии в городе было больше в возрастных группах 18-19 лет – 80 %, 20-29 лет – 83,7 %, 30-39 лет – 61 %, с превышающим нормы объемом талии женщин было больше в возрастных группах 40-49 лет – 51,9 %, 50-59 лет – 61,5 %, 60 лет и старше – 69,8 %.

В сельской местности количество мужчин с нормальным объемом талии было больше во всех возрастных группах 18-19 лет – 79,1 %, 20-29 лет – 85,7 %, 30-39 лет – 94 %, 40-49 лет – 65,2 %, 50-59 лет – 71,8 %, 60 лет и старше – 64,5 % (таблица 4). Количество женщин с нормальным объемом талии в сельской местности было больше следующих возрастных группах 18-19 лет – 87,3 %, 20-29 лет – 89,8 %, 30-39 лет – 74,3 %, 40-49 лет – 61,4 %, а с превышающим нормы объемом талии было больше в возрастных группах 50-59 лет – 51,2 %, 60 лет и старше – 71,8 %.

Таблица 3 - Индекс массы тела (ИМТ) сельского взрослого населения Павлодарской области, 2012 г. (%)

пол ИМТ	мужчины+женщины						
	менее 15 острый дефицит массы тела	15-18,4 недоста- точный вес	18,5 -24,9 нормальный вес	25-29,9 избыточ- ный вес	30 -34,9 I степень ожирения	35-39,9 II степень ожирения	40 и более III степень ожирения
18-19 лет	0,0	7,4	64,8	24,1	2,8	0,9	0,0
20-29 лет	0,0	4,1	74,5	20,4	1,0	0,0	0,0
30-39 лет	0,0	8,0	52,0	32,0	8,0	0,0	0,0
40-49 лет	0,0	1,1	44,1	37,6	15,1	2,2	0,0
50-59 лет	1,1	3,4	42,0	36,4	13,6	3,4	0,0
60 лет и старше	0,0	2,6	46,1	34,2	11,8	3,9	1,3

Таблица 4 - Объем талии взрослого населения Павлодарской области, 2012 г. (%)

возрастная группа	местность							
	городская				сельская			
пол	мужчины		женщины		мужчины		женщины	
варианты ответов	до 94 см	более 94 см	до 80 см	более 80 см	до 94 см	более 94 см	до 80 см	более 80 см
18-19 лет	92,3	7,7	80,0	20,0	79,1	20,9	87,3	12,7
20-29 лет	81,6	18,4	83,7	16,3	85,7	14,3	89,8	10,2
30-39 лет	75,9	24,1	61,0	39,0	94,0	6,0	74,3	25,7
40-49 лет	68,3	31,7	48,1	51,9	65,2	34,8	61,4	38,6
50-59 лет	32,6	67,4	38,5	61,5	71,8	28,2	48,8	51,2
60 лет и старше	52,1	47,9	30,2	69,8	4,5	35,5	28,2	71,8

Выводы по изучению поведенческих факторов риска среди взрослого населения Павлодарской области:

1. В городе Павлодарской области потребляли ежедневно не менее 400 грамм овощей и фруктов, исключая картофель в возрастных группах 18-19 лет — 70,3 % респондентов, 20-29 лет — 58,1 % респондентов, 30-39 лет — 62,5 % респондентов, 40-49 лет — 55,6 % респондентов, 50-59 лет — 55,9 % респондентов, 60 лет и старше — 55,4 % респондентов.

2. В сельской местности потребляли ежедневно не менее 400 грамм овощей и фруктов, исключая картофель в возрастных группах 18-19 лет — 66,4 % респондентов, 20-29 лет — 58,4 % респондентов, 30-39 лет — 75,2 % респондентов, 40-49 лет — 64,1 % респондентов, 50-59 лет — 61,6 % респондентов, 60 лет и старше — 57,3 % респондентов.

3. Количество респондентов в городе с нормальным весом было больше в возрастных группах 18-19 лет — 76,7 %, 20-29 лет — 74,4 %, 30-39 лет — 47,9 %, 40-49 лет — 53 %, респондентов с избыточным весом было больше в возрастных группах 50-59 лет — 53,9 %, 60 лет и старше — 40,2 %.

4. В сельской местности количество респондентов с нормальным весом было больше в возрастных группах 18-19 лет — 64,8 %, 20-29 лет — 74,5 %, 30-39 лет — 52 %, 40-49 лет — 44,1 %, 50-59 лет — 42 %, 60 лет и старше — 46,1 %.

5. Количество мужчин с нормальным объемом талии в городе было больше в возрастных группах 18-19 лет — 92,3 %, 20-29 лет — 81,6 %, 30-39 лет — 75,9 %, 40-49 лет — 68,3 %, 60 лет и старше — 52,1 %, а количество мужчин с превышающим нормы объемом талии было больше в возрастной группе 50-59 лет — 67,4 %.

6. В сельской местности количество мужчин с нормальным объемом талии было больше во всех возрастных группах 18-19 лет — 79,1 %, 20-29 лет — 85,7 %, 30-39 лет — 94 %, 40-49 лет — 65,2 %, 50-59 лет — 71,8 %, 60 лет и старше — 64,5 %.

7. Количество женщин с нормальным объемом талии в городе было больше в возрастных группах 18-19 лет — 80 %, 20-29 лет — 83,7 %, 30-39 лет — 61 %, с превышающим нормы объемом талии женщин было больше в возрастных группах 40-49 лет — 51,9 %, 50-59 лет — 61,5 %, 60 лет и старше — 69,8 %.

8. Количество женщин с нормальным объемом талии в сельской местности было больше следующих возрастных группах 18-19 лет — 87,3 %, 20-29 лет — 89,8 %, 30-39 лет — 74,3 %, 40-49

лет — 61,4 %, а с превышающим нормы объемом талии было больше в возрастных группах 50-59 лет — 51,2 %, 60 лет и старше — 71,8 %.

Практические рекомендации для снижения влияния поведенческих факторов риска на здоровье населения:

1. В практической деятельности медицинских организации ПМСП следует руководствоваться приказами МЗ РК, в которых указаны основные профилактические мероприятия первичной профилактики неинфекционных заболеваний:

а) Приказ МЗ РК № 89 17.02.2012 г. «О совершенствовании профилактических услуг в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь». — С.4.

б) Приказ МЗ РК № 146 05.03.2012 г. «Об утверждении Положения об организации Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь». — С.11.

2. В практической деятельности медицинских организаций ПМСП следует руководствоваться разработанными в НЦПФЗОЖ МЗ РК методическими рекомендациями:

в) Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний с помощью коррекции питания и физической активности. — Алматы, — 2011. — С. 23.

г) Использование метода анкетирования с целью исследования образа жизни. — Алматы. — 2011. — С. 19.

д) Рекомендации для специалистов общей врачебной практики при проведении первичной профилактики неинфекционных заболеваний. — Алматы. — 2012. — С. 24.

ж) Система контроля качества и критерии оценки результативности профилактики факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике. — Алматы. — 2012. — С. 19.

3. При определении основных направлений работы по первичной профилактике НИЗ необходимо использовать разработанную и апробированную нами Анкету изучения и мониторинга поведенческих факторов риска развития НИЗ.

4. Для увеличения объемов профилактической помощи населению в ежедневной практической работе специалисты ОВП должны проводить профилактическое консультирование и организовывать Школы здоровья для различных групп населения: с группами населения не имеющими поведенческих факторов риска и с группами с факторами риска развития НИЗ.

5. Пройти циклы повышения квалификации на курсах тематического усовершенствования, проводимых при Национальном центре проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК.

6. Разработка и реализация специальных медиапроектов, направленных на снижение поведенческих факторов риска на различные группы населения (дети, беременные женщины, работники сферы образования, здравоохранения и культуры), с использованием средств коммуникации (почта, пресса, телевидение, радио, транзитная антиреклама, сеть Интернет, открытая консультативная телефонная линия).

7. Разработка, подготовка и издание научно-популярной литературы, направленной на пропаганду здорового образа жизни, распространение их через средства массовой информации, медицинские и образовательные организации, библиотеки.

8. Повышение информированности о потреблении не менее 400 г овощей (помимо картофеля) и фруктов в день с целью профилактики развития неинфекционных заболеваний.

9. Повышение информированности о важности выполнения различных физических упражнений (походы в горы, в бассейн, на фитнес, бег, работа на загородном участке, занятие каким-либо подвижным видом спорта, регулярное выполнение физических зарядок и т.д.) респондентам разного возраста с целью профилактики неинфекционных заболеваний.

10. Повышение информированности населения о ЗОЖ с использованием буклетов, листовок, методических рекомендаций, теле- и видеоконференций, а также помещение информации о ЗОЖ в интернет, веб-сайты, в специальную литературу.

11. Непрерывное совершенствование деятельности Школ здоровья и молодежных центров здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Toouli J., Fried M., Hunt R., Krabshuis J. Ожирение / WGO Global Guideline Obesity (Глобальные Практические Рекомендации Всемирной Гастроэнтерологической Организации). — 2009. — 42 с.

2 Всемирная организация здравоохранения. Мониторинг факторов риска неинфекционных заболеваний. Принцип поэтапной реализации (STEPS), разработанный ВОЗ. — Женева. — 2001. — 17 с.

3 Всемирная организация здравоохранения. Доклад 63 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения А63/

12 1.04.2010 г «Профилактика неинфекционных заболеваний и борьба с ними: осуществление глобальной стратегии». — Женева. — 2010. — 20 с.

4 Приказ МЗ РК № 89 17.02.2012 г «О совершенствовании профилактических услуг в организациях здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь». — 4 с.

5 Приказ МЗ РК № 146 05.03.2012 г. «Об утверждении Положения об организации Школ здоровья по поведенческим факторам риска в организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь». — 11 с.

6 Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С., Егорычев В.Е., Имангалиева А.А. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний с помощью коррекции питания и физической активности: Методические рекомендации / Егорычев В.Е. — Алматы, 2011. — 23 с.

7 Диканбаева С.А., Слажнева Т.И., Егорычев В.Е. Использование метода анкетирования с целью исследования образа жизни: Методические рекомендации / Егорычев В.Е. — Алматы, 2011. — 19 с.

8 Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Хайдарова Т.С. Рекомендации для специалистов общей врачебной практики при проведении первичной профилактики неинфекционных заболеваний: Методические рекомендации / Хайдарова Т.С. — Алматы, 2012. — 24 с.

9 Баттакова Ж.Е., Слажнева Т.И., Егорычев В.Е. Система контроля качества и критерии оценки результативности профилактики факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний в общей врачебной практике: Методические рекомендации / Егорычев В.Е. — Алматы, 2012. — 19 с.

10 Alberti S. G., Zimmet P., Shaw J., Grundy S. M., The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. International Diabetes Federation. — Brussels. — 2006. — 23 p.

11 Alberti K. G. M. M., Zimmet P. and Shaw J. Metabolic syndrome—a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation // Diabetic Medicine. — 2006. — 23. — P.469–480.

12 Deng W., Wang J., Liu M., Wang D. Body Mass Index Compared with Abdominal Obesity Indicators in Relation to Prehypertension and Hypertension in Adults // The CHPSNE Study // American Journal of Hypertension. — 26(1). — 2013. — P.58-67.

13 Janssen I., Katzmarzyk P.T., Ross R. Waist circumference and not body mass index explains obesity-related health risk // The American Journal of clinical nutrition. — 2004.- 79. — P.379-384.

14 Omboni S., Carabelli G., Ghirardi E., and Carugo S. Awareness, treatment, and control of major cardiovascular risk factors in a small-scale Italian community: results of a screening campaign // Vasc Health Risk Manag. — 2013. — 9. — P. 177-185.

15 Zhu S., Heshka S., Wang Z., Shen W., Allison D.B., Ross R., Heymsfield S.B. Combination of BMI and waist circumference for identifying cardiovascular risk factors in whites // Obesity Research. — 2004. — 12(4). — P.633–645.

ТҮЙІН

Н.Т. ӨТЕМБАЕВА, Д.О. ДІЛІМБЕТОВА

Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық орталығы ҚР ДСҰ, Алматы қ.

**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ПАВЛОДАР
ОБЛЫСЫНДА ЕРЕСЕК ХАЛҚЫ АРАСЫНДА
ТАМАҚТАНУ МЕН ДЕНСАУЛЫҚ ЖАҒДАЙЫ Н
ЗЕРТТЕУ**

Мақалада Қазақстан Республикасының Павлодар облысында ересек халқы арасында мінез-құлық факторларын зерттеу мақсатымен жүргізілген 5-ші ұлттық социологиялық зерттеудің нәтижелері және халықтың ден-

саулығына мінез-құлық факторларын әсерінің төмендету үшін практикалық кепілдемелер келтірілген.

SUMMARY

N.T. UTEMBAEVA, D.O. DLIMBETOVA

National Center of problems of healthy life-style MH,
Almaty**STUDY OF NUTRITION AND HEALTHY ADULT
POPULATION OF PAVLODAR REGION**

The results of the 5-th national sociological research of behavioral risk factors among adult population of the Pavlodar region and practical recommendations to reduce the impact of behavioral risk factors on population health.

УДК: 616.155.194.8 - 056.5 - 053.4/5 — 084

Н.Т. УТЕМБАЕВАНациональный центр проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, г. Алматы доктор
медицины (PhD)**ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ СРЕДИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
(Обзор литературы)****Аннотация**

В статье представлены профилактические мероприятия анемии для детей дошкольного и школьного возраста.

Ключевые слова: анемия, профилактика.

Анемия является глобальной проблемой во всем мире. Анемия широко распространена в странах Южной Азии, Африки. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2012), во всем мире насчитывается 600 миллионов анемичных детей дошкольного и школьного возраста. В Казахстане распространенность анемии среди детей дошкольного и школьного возраста превышает 47 % (особенно высока среди детей в возрасте 5-14 лет), что является проблемой здравоохранения, увеличивающий риск младенческой и материнской смертности [1,3,7].

К анемии приводят следующие факторы:

- недостаточное содержание железа в рационе и низкая усвояемость данного элемента;
- недостаточное потребление продуктов содержащих гемовое или негемовое железо (мясные и растительные продукты);
- избыточное потребление молочных продуктов, чая, кофе, которые способствуют снижению усвояемости железа;

- низкий уровень знаний населения о роли здорового питания и мерах профилактики анемии;

- недостаточная работа по повышению информированности о профилактических мероприятиях анемии.

Последствия анемии крайне неблагоприятны, так как дефицит железа в организме нарушает снабжение клеток кислородом, развивается железодефицитная анемия, снижается иммунитет и, как следствие этого, увеличивается риск инфекционных заболеваний. У детей школьного возраста происходит задержка роста и умственного развития, повышается утомляемость и снижается успеваемость, дети жалуются на постоянную усталость [2, 8, 10].

В связи с этим, необходимо проводить первичную профилактику анемии до наступления заболевания:

- полноценное питание (достаточное употребление в пищу мясных и растительных продуктов);

- отказ от курения, употребления алкоголя;
- регулярная физическая активность;
- своевременное лечение желудочно-кишечных, гельминтных заболеваний [6,7,8].

Вторичная профилактика анемии включает следующие мероприятия:

- мероприятия по предупреждению рецидивов анемии (коррекция дефицита железа при анемии легкой степени осуществляется за счет рационального питания, достаточного пребывания ребенка на свежем воздухе);

- применение препаратов железа или обогащенных продуктов необходимыми элементами.

Профилактику анемии должны проводить с раннего возраста детей. В ряде исследований доказано, что для новорожденных детей в первые 6 месяцев жизни грудное молоко является источником железа; после шестимесячного возраста при введении прикормов следует обращать внимание на включение в рационы питания детей продуктов, богатых железом (печень, мясо, рыба, бобовые, либо продукты для прикорма, обогащенные соединениями железом и необходимыми витаминами); до девятимесячного возраста не рекомендуется в качестве прикорма вводить цельное коровье молоко и прикормы на его основе, поскольку может индуцировать диapedезные желудочно-кишечные кровотечения, способствовать хронической кровопотере и развитию анемии; введение железосодержащих добавок по интермиттирующей схеме может быть интегри-

ровано в школьные программы для охвата целевых групп населения [1,2,6].

Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2012) предложены следующие схемы обогащения препаратами железа рациона питания детей дошкольного и школьного возраста (таблица 1).

Третичная профилактика способствует снижению заболевания (анемии).

Существуют три основные стратегии профилактики дефицита железа и анемии:

- саплементация (англ. supplementation) – это дополнительный прием препаратов необходимых макро- и микроэлементов, витаминов в виде таблеток, капсул, сиропов и т.д. для восполнения недостаточного поступления с пищей;

- фортификация (англ. fortification) – это обогащение продуктов питания витаминами, недостающими макро- и микроэлементами;

- пищевая диверсификация (англ. diversification) – это разнообразие продуктов питания, овощей и фруктов, употребляемых ежедневно.

Саплементация железом часто используется для лечения имеющейся железодефицитной анемии, а также для профилактики дефицита железа среди населения с высоким риском железодефицитной анемии [3,4,7].

Программа фортификации пшеничной муки является долгосрочной стратегией по улучшению потребления железа населением. Практика обо-

Таблица 1 - Предложенная интермиттирующая схема обогащения препаратами железа рациона питания детей дошкольного и школьного возраста (ВОЗ, 2012).

Целевая группа	Дети дошкольного возраста (24–59 месяцев)	Дети школьного возраста (5–12 лет)
Состав пищевой добавки	25 мг элементарного железа ^a	45 мг элементарного железа ^b
Форма выпуска пищевой добавки	Капли/сироп	Таблетки/капсулы
Периодичность приема	Одна порция пищевой добавки в неделю	
Продолжительность введения и интервалы между периодами приема пищевых добавок	Прием пищевой добавки в течение 3 месяцев, после которых следует 3-месячный перерыв во введении добавки в рацион питания, и возобновление приема пищевых добавок в дальнейшем. Если это осуществимо, введение пищевых добавок по интермиттирующей схеме можно практиковать в течение всего периода обучения в школе или учебного года.	
Местность	В территориях, где уровень распространенности анемии у детей дошкольного или школьного возраста составляет 20% или выше	

^a 25 мг элементарного железа равно 75 мг железа фумарата, 125 мг железа сульфата гептагидрата или 210 мг железа глюконата.
^b 45 мг элементарного железа равно 135 мг железа фумарата, 225 мг железа сульфата гептагидрата или 375 мг железа глюконата.

гашения пшеничной муки железом широко используется не только в развивающихся, но и в экономически высокоразвитых странах. Используются самые различные дозировки железа от 16,5 до 58, 6 мг/кг [3,6,8].

Мировой опыт показывает, что в 57 странах, реализующих программу обязательной фортификации муки железом и другими микронутриентами, достигли существенного успеха в профилактике анемии и снижении ее распространенности [1]. Например, в Венесуэле за 1 год заболеваемость анемией детей 7-15 лет снизилась с 37 % до 19 %. Включение в школьные завтраки фортифицированных продуктов питания в Перу только за полгода уменьшило число анемичных детей почти в 5 раз [3,7,8].

В Казахстане в 2003 году при поддержке международных организаций (Азиатский Банк развития, ЮНИСЕФ, Детский Фонд ООН, Казахская академия питания) начата программа фортификации пшеничной муки первого и второго сор-

тов шестью микронутриентами: железом, цинком, и витаминами В1 (тиамином), В2 (рибофлавином), В3 (никотиновой кислотой) или РР (ниацином) и В9 (фолиевой кислотой) [4]. Пшеничная мука и пищевая продукция (хлебобулочные и молочные изделия) в Казахстане в настоящее время фортифицируются в соответствии с Законом РК «О безопасности пищевой продукции» от 21 июля 2007 года и с Постановлением Правительства РК №32 «Об утверждении Правил обогащения (фортификации) пищевой продукции, подлежащей санитарно-эпидемиологическому надзору» от 19 января 2008 года.

Профилактика анемии путем использования продуктов питания, богатых железом, полезна и тем, что с такими продуктами организм получает и другие полезные пищевые вещества. К таким полезным продуктам питания относятся мясо, рыба, птица, зелень, овощи, фрукты и ягоды, бобовые, а также не рафинированные зерновые продукты.

Таблица 2 - Продукты питания, содержащие гемовое железо

продукты питания	мг/на 100 г продукта	всасываемость железа, %
печень курицы	11,0	61
консервы, устрицы	5,7	32
говяжья печень	5,2	29
говядина, цыпленок	3,1	17
индейка, красное мясо	2,0	11
говядина, постное мясо	2,2	12
говядина, филе, тонкий кусок мяса	1,6	9
тунец консервированный	1,3	7
индейка, белое мясо	1,1	6
цыпленок, красное мясо	1,1	6
курица, белое мясо	0,9	5
тунец свежий	0,8	4
краб, королевская рыба	0,7	4
свинина, филе	0,7	4
креветки	0,3	2
палтус	0,2	1
*По данным [4,9]		

Таблица 3 - Продукты питания, содержащие негемовое железо

продукты питания	мг/на 100 г продукта	всасываемость железа, %
зерновые продукты	18,0	61
соевые бобы	8,8	48
чечевица	6,6	37
фасоль	5,2	29
горох	4,3	24
тофу	3,4	19
шпинат	3,2	18
изюм	1,6	9
овсяная крупа	1,5	8
хлеб пшеничный	0,9	5
хлеб ржаной	0,4	4
*По данным [4,9]		

Аскорбиновая кислота (витамин С) повышает всасываемость железа из растительных продуктов. Чем больше витамина С в рационе, тем выше усвояемость железа. Всасыванию этого микроэлемента способствуют также витамин А и витамины группы В (В1, В2, В9 и др.).

Снижают усвояемость железа танин, которым богаты чай и кофе, а также высокое содержание фитатов и пищевых волокон (поступают преимущественно с нерафинированными зерновыми продуктами, бобовыми, овощами и фруктами). В этой связи чай и кофе рекомендуется потреблять не во время, а через 1–2 часа после еды. В профилактической целью необходимо употреблять продукты питания в которых присутствуют гемовое и негемовое железо. Источниками гемового железа являются продукты животного происхождения (мясо животных, птиц и рыб), негемового железа – продукты растительного происхождения (овощи, фрукты, злаковые продукты). Из продуктов животного происхождения всасывается 15-35 % гемового железа, а из продуктов растительного происхождения 2-20 % негемового железа (таблица 2 и 3).

Наибольший интерес населением вызывает

рекомендуемая суточная всасываемость железа и норма железа для людей разного возраста (таблица 4 и 5). Суточная норма железа, рекомендуемая ЕС, составляет 14 мг. Такое количество железа должно поступать в наш организм через пищу. Однако, эта норма не может быть одинаковой для всех, так как у мужчин и у женщин, равно как у взрослых и у детей, потребности организма в железе различны (таблица 4 и 5).

Вывод: В целях профилактики анемии населению необходимо знать симптомы и клинические признаки анемии, своевременно обращаться за медицинской помощью, знать меры профилактики анемии и следовать принципам здорового питания, уделять внимание физической активности и вести здоровый образ жизни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Всемирная организация здравоохранения. Руководство: Интермиттирующий режим приема детьми дошкольного и школьного возраста препаратов железа. – Женева. – 2012. – 35 с.

2 Казюкова Т.В. Профилактика дефицита железа у детей раннего возраста // Педиатрия. – 2011. – 90. – С.112-119.

Таблица 4 - Рекомендуемая суточная норма железа, мг/день.

Возраст, лет	мужчины	женщины
1-3	7	7
4-8	10	10
9-13	8	8
14-18	11	15
19-50	8	18
51 лет и старше	8	8
беременные	-	27
кормящие до 19 лет	-	10
кормящие 19-50	-	9
*По данным [5,6]		

Таблица 5 - Рекомендуемая суточная всасываемость железа, %/день.

Возраст, лет	мужчины	женщины
1-3	0,6	0,6
4-8	0,7	0,7
9-13	1,2	1,1-1,4
14-18	1,3	1,4
19-50	1,1	1,4
51 лет и старше	1,1	0,9
беременные	-	1,2/4,7/5,6
кормящие до 19 лет	-	1,3
кормящие 19-50	-	1,2
*По данным [5,6]		

3 Тажибаев Ш.С. Оспанова Ф.Е., Ергалиева А.А., Сарсембаева А.П. О профилактике анемии, йододефицита и дефицита витаминов у школьников. — Алматы, 2008. — С.139.

4 Dietary Supplement Fact Sheet: Iron.» Office of Dietary Supplements. National Institutes of Health. — 2008.—64 p.

5 Institute of Medicine. Food and Nutrition Board. Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium and Zinc. Washington, DC: National Academy Press, 2001.—120 p.

6 Otten J. J., Hellwig J. P., Meyers L. D. Dietary Reference Intakes. The Essential Guide to Nutrient Requirements. — 2006. — Washington— P.1344.

7 Tatala S. Low dietary iron availability is a major cause of anemia: a nutrition survey in the Lindi District of Tanzania // Am J Clin Nutr. — 1998. — 68. — P.171-178.

8 Tzoulaki I., Brown I. J., Chan Q. et al. Relation of iron and red meat intake to blood pressure: cross sectional epidemiological study // BMJ — 2008. — 337. — P.7.

9 U.S. Department of Agriculture, Agricultural Research Service. 2011. USDA National Nutrient Database for Standard Reference, Release 24. Nutrient Data Laboratory.

10 YIP R. Iron Deficiency: Contemporary Scientific Issues and International Programmatic Approaches // J. Nutr. —1994. —124. — P.1479-1490.

ТҮЙІН

Н.Т. ӨТЕМБАЕВА

Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының Ұлттық орталығы ҚР ДСҰ, Алматы қ.

МЕКТЕПКЕ ДЕЙІНГІ ЖӘНЕ МЕКТЕП ҚАБЫРҒАСЫНДАҒЫ ЖАСТАҒЫ БАЛАЛАР АРАСЫНДА АНЕМИЯНЫ АЛДЫН АЛУ ШАРАЛАРЫ

Мақалада мектепке дейінгі және мектеп қабырғасындағы жастағы балалар арасында анемияны алдын алу шаралары келтірілген.

SUMMARY

UTEMBAEVA N.T.

National Center of problems of healthy life-style МН, Алматы

PREVENTION OF ANEMIA AMONG CHILDREN PRESCHOOL AND SCHOOL AGE

The article presents the measures of prevention of anemia among children for preschool and school age.

УДК 613.22-053.5:371.7

Н.В. ЖАРКОВА

ГКП «Костанайская областная больница», г. Костанай, к.м.н.

ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА И ЗДОРОВЬЕ

Аннотация

Статья посвящена проблемам современного питания школьников и причинам возникновения алиментарно-зависимых заболеваний. Описываются наиболее часто встречающиеся факторы риска в питании школьников, а также способы формирования навыков здорового питания и здорового образа жизни, формы профилактики алиментарно-зависимых заболеваний.

Ключевые слова: алиментарно-зависимые заболевания, рациональное питание, принципы питания.

Актуальность. «Здоровое питание — один из главных факторов, определяющих здоровье нации, обеспечивающих нормальный рост и развитие детей, высокий уровень умственной и физической работоспособности школьников».

В Казахстане 7590 общеобразовательных школ, в которых обучаются около 3млн. учащихся (данные за 2010г.). В городской местности находится 23% всех школ, в которых обучается почти половина (49%) всех учеников. В сельских школах, на долю которых приходится 77% получают образование 51% учащихся. В днев-

ных общеобразовательных школах учатся дети более 100 национальностей, среди которых удельный вес: казахов - 71%, русских —15,2%, уйгур —1,6%, других — 12,1%. Необходимо помнить, что у всех семей и национальностей свои традиции питания. В школах дети питаются стандартно, без учета этих традиций, практически отсутствует выбор блюд. Анализ показывает что, горячее питание лишь в 87,9% школ республики. Но в каждой четвертой школе - отсутствуют спортивные залы, медицинские кабинеты имеются только в 87,5% школах. Это способствует

возрастанию частоты нарушений со стороны патологии пищеварительной системы, патологии опорно-двигательного аппарата и других систем. Все вместе приводит к снижению физической активности, отсутствию рационального сбалансированного питания, недостатка санитарно-гигиенической культуры. Иллюстрацией является статистика за последние 5 лет: заболеваемость школьников выросла на 22%, в т.ч. анемия – 2,5 раза; болезни органов дыхания в 1,5 раза; эндокринные болезни и расстройства питания в 1,4 раза, болезни нервной системы в 1,5 раза; травмы и отравления в 1,2 раза. По результатам исследований лидирующее место в структуре заболеваемости школьников занимают болезни органов пищеварения – 16,7%, которыми страдает каждый шестой учащийся. Данные профилактических осмотров за 2010 год выявили эту патологию у 32,1% осмотренных. Такая ситуация напрямую связана с кратностью и качеством питания, набором продуктов и вредными привычками формирующимися у школьников. Наблюдается рост и «омоложение» факторов рискованного поведения. Отсутствие навыков формирования здорового образа жизни и ответственного отношения за своё здоровье. Так по данным 5-го Национального исследования 2012 года в РК, распространенность табакокурения - среди детей и подростков - 6,7 %, пассивного курения дома - 12,5 %.

Алкоголь употребляет 9,4% детей и 21,3% подростков в возрастной категории 13-17 лет. С целью снижения негативного воздействия на здоровье детей отдельных видов продуктов питания в дошкольных и общеобразовательных организациях Постановлением Главного санитарного врача РК от 30 марта 2007 года №12 запрещена реализация газированных и безалкогольных энергетических напитков, чипсов, сухариков и продуктов питания, содержащих генномодифицированные (ГМО) ингредиенты [1]. Ошибками современного питания школьников вне школы являются: Неприемлемый пищевой рацион - недетская пища, переизбыток, вредные привычки в приеме пищи - быстрая еда, всухомятку и на ходу. Употребление жирных продуктов питания или жареной пищи с добавлением жира более 3 раз в неделю, фаст-фудов, тортов и большого количества сладостей приводит к излишнему весу и ожирению. Использование при приготовлении пищи животного жира на фоне адинамии, способствует раннему атеросклерозу у школьников. Основ-

ные принципы рационального питания: Питание школьников должно быть сбалансированным. Для здоровья детей важнейшее значение имеет правильное соотношение питательных веществ. В меню школьника обязательно должны входить продукты, содержащие не только белки жиры и углеводы, но и витамины, минералы и микроэлементы. Ежедневно в рацион питания включают мясо, молоко, сливочное и растительное масло, хлеб ржаной и (или) пшеничный, овощи и сахар. Рыбу, яйца, сыр, творог, мясо птицы включают 1 раз в 2 – 3 дня [2,3]. В питании детей и подростков допускается использование продовольственного сырья растительного происхождения, выращенного в организациях сельскохозяйственного назначения, на учебно-опытных и садовых участках, в теплицах организаций образования, при наличии результатов лабораторно-инструментальных исследований указанной продукции, подтверждающих ее качество и безопасность. В общеобразовательных школах составляется перспективное сезонное (лето – осень, зима – весна) двухнедельное меню. Перспективное меню и ассортиментный перечень выпускаемой продукции согласовывают с государственным органом в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия при вводе в эксплуатацию пищеблока. Ежедневно составляется меню-раскладка, в которой указывают число детей и подростков, получающих питание, перечень блюд на каждый прием пищи, с указанием массы порции в граммах в зависимости от возраста. Фактический рацион питания должен соответствовать утвержденному перспективному меню. Практически в повседневной жизни допускается замена одних продуктов, блюд и кулинарных изделий на другие. Причиной изменений является стоимость продуктов, или их отсутствие.

Завтрак. Обязательный горячий завтрак (например, из гречневой или овсяной каши, а также из одного вида молочных продуктов, ржаного хлеба, салата, из свежих овощей.)

Обед. Должен включать салаты из свежих овощей и фруктов, первое и второе горячие блюда с достаточным содержанием мяса или рыбы, а также компот. Полдник - из фруктового или овощного сока или молочных напитков и свежего фрукта (банан, яблоко, груша, апельсин и т.д.).

Ужин. Должен быть легким, в основном из молочных или кисломолочных продуктов с низким содержанием жира, овощных, крупяных блюд, свежих фруктов. Употребление овощей и

фруктов должно составлять не менее 400 грамм в день. Мясные, молочные продукты, свежие фрукты и овощи должны употребляться ежедневно.

Как привлечь школьников в школьную столовую? Не секрет, что дети неохотно едят в школьной столовой. Причин может быть несколько: невкусная, однообразная, плохо оформленная еда, высокие цены, серый, скучный, а иногда и угнетающий интерьер столовой. Поучимся у Макдоналдса, Шариковые бассейны, и еда, завернутая в яркую упаковку, игрушки, яркие веселые картины и фотографии на стенах, привлекают детей. Научно доказано, что потребление пищи без удовольствия приводит к недостаточному усвоению и дисфункции желудочно-кишечного тракта [4]. Удовольствие от еды напрямую зависит от атмосферы, царящей за столом. Обеденный стол - это место, где всем уютно, тепло и конечно вкусно. При правильном питании улучшится работоспособность и успеваемость в школе. Дети становятся физически сильными, выносливыми и красивыми. Появляется психологическая уверенность в себе. И высокая самооценка. Обобщая материал можно сказать, что правильное питание помогает детям вырасти здоровыми, красивыми уверенными и успешными людьми.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Шарманов Т.Ш. Питание — важнейший фактор здоровья человека.- Алматы: Асем-систем, 2010.-480 с.
- 2 Питание и Ваше здоровье: Учебная программа для школ // Фонд «Сорос» - Н.Новгород, 1994- 98 с.
- 3 Рацион, питание и предупреждение хронических заболеваний: Доклад совм. Консультативного совещ. Экспертов ВОЗ // ФАО.-Женева: ВОЗ, 2003.-196 с.
- 4 Республиканский научно — популярный журнал о здоровом питании « Салауатты Тамактану» //Алматы, №1.-2011.-С.1-35.

ТҮЙІН

Н.В. ЖАРКОВА

Костанайлық облыстық больница, Костанай қ., м.ғ.к.

МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ТАМАҚТАНУЫ МЕН ДЕНСАУЛЫҒЫ

Мақала алиментарлы-тәуелді аурулардың пайда болу себептері мен оқушылардың заманауи тамақтануының мәселеріне арналған. Оқушылардың тамақтануында жиі кездесетін қауіп-қатер факторлары және де салауатты өмір салты мен тамақтану әдеттерін қалыптастыру, алиментарлы-тәуелді алдын-алу шараларының түрлері сипатталған.

SUMMARY

N.V. ZHARKOVA

Kostanay Regional Hospital, Kostanai, c.m.s.

SCHOOL-AGE CHILDREN NUTRITION AND HEALTH

The article is devoted to the problems of the modern school feeding and causes of nutrition-related diseases. Describes the most common risk factors in the nutrition of schoolchildren, as well as ways of promoting a healthy diet and a healthy way of life, forms of prevention nutrition-related diseases.

УДК 614.22-053.4:641.1:614.31

З.Т. БАЙСАЛБЕКОВА, С.А. ЖАГИПАРОВА, А.М. МЕШЕЛЕВА
РГКП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы», г. Алматы

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ КАЛОРИЙНОСТИ ГОТОВЫХ БЛЮД В ДЕТСКИХ ДОШКОЛЬНЫХ И ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Аннотация

Проведение лабораторного контроля по определению калорийности в готовых блюдах в детских дошкольных и лечебно-профилактических учреждениях г. Алматы является очень важным и необходимым при осуществлении санитарного надзора за качеством питания.

Ключевые слова: дошкольные и лечебно-профилактические учреждения, результаты исследования калорийности.

Рациональная организация питания в детских дошкольных и лечебно-профилактических учреждениях в современных условиях имеет большое значение и является одним из наиболее значимых факторов, способствующих нормальной жизнедеятельности организма, сохранению и поддержанию здоровья и увеличению продолжительности жизни населения.

Правильно организованное питание, полноценное и сбалансированное по содержанию основных пищевых веществ обеспечивает нормальный рост и развитие детского организма, также оказывает существенное влияние на резистентность и иммунитет взрослого человека по отношению к различным заболеваниям, повышает его работоспособность и выносливость.

Важным разделом контроля санитарно-эпидемиологической службы за качеством питания в детских дошкольных и лечебно-профилактических учреждениях г. Алматы является проведение периодических проверок рационов питания на калорийность и полноту вложения (содержание основных пищевых веществ).

Качество питания зависит от многих факторов: правильной закладки продуктов при изготовлении блюд, соблюдения правил кулинарной обработки, правильного порционирования при раздаче.

На практике для лабораторного исследования чаще всего отбирают какую-либо одну часть рациона, обычно — обед. Однако необходимо периодически контролировать и другие приемы пищи. Пробы калорийности отбираются непосредствен-

но в группе со стола в момент раздачи пищи.

Выбирается блюдо по объему и весу. Отбор проб проводится в присутствии лица, ответственного за питание (заведующего, воспитателя, медсестры).

На отобранные для исследования блюда выписывается меню-раскладка на каждое блюдо в отдельности для сравнения этих данных с результатами исследования пищи. Для витаминизированных блюд указывается количество введенной аскорбиновой кислоты на 1 порцию.

Определение калорийности проводится химическими методами с применением компьютерной программы расчета теоретического, фактического и минимально-допустимого содержания в блюдах пищи белков, углеводов, сухих веществ и жира каждого компонента блюда в отдельности, в соответствии с его содержанием в граммах по меню-раскладке.

Компьютерная программа расчета химического состава и калорийности готовых блюд, отдельных приемов пищи предназначена для автоматизации расчетов химического состава и калорийности готовых блюд, как по раскладке, так и лабораторным путем. На основании полученных данных рассчитывается процент отклонения фактического содержания белков, жиров, углеводов и калорийности от расчетного значения.

Все данные справочника введены в программу и расчета содержания в 100 г. съедобной части продукта (т.е. без учета отходов при кулинарной обработке).

Определения калорийности в готовых блюдах при осуществлении государственного санитарного надзора проводились по МУ РК МК №4.05.025-97 «Методические указания по гигиеническому контролю за питанием в организованных коллективах». Результаты расчетов исследований калорийности в готовых блюдах за 2011-2012 годы в детских дошкольных и лечебно-профилактических учреждениях г. Алматы Приведены в таблицах 1 и 2.

Проведенные лабораторные исследования, нередко выявляют отклонения в калорийности — как в сторону превышения допустимых норм, так и в сторону занижения их. Как видно из таблиц 1 и 2 результаты расчетов калорийности готовых блюд в детских дошкольных и лечебно-профилактических учреждениях за 2011-2012 годы по г. Алматы указывают на довольно высокий удельный вес нестандартных образцов по всем райо- нам. Основными причинами, ведущими к отклонениям в составе и калорийности питания являются:

- нерациональное составление меню-раскладок;
- несоблюдение установленного выхода блюд изделий;
- неправильное порционирование готовых блюд;

Таким образом, следует отметить, что качество

питания зависит как от правильной закладки продуктов при изготовлении блюд, так и от соблюдения правил кулинарной обработки, правильного порционирования при раздаче. Качественный состав питания зависит от профессиональной грамотности и добросовестности работников пищеблока.

ТҮЙІН

**З.Т. БАЙСАЛБЕКОВА, С.А. ЖАҒЫПАРОВА,
А.М. МЕШЕЛЕВА**

РМҚК «Санитарлық эпидемиологиялық сараптама орталығы» Алматы қ.

ЖАСӨСПІРІМДЕР МЕН БАЛАЛАР ЖӘНЕ ПРОФИЛАКТИКАЛЫҚ ЕМДЕУ МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ ДАЙЫН ТАҒАМДАРДЫҢ КАЛОРИЯЛЫҒЫН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Жасөспірімдер мен балалар және профилактикалық емдеу мекемелерінде дайын тағамдардың калориялығын зертханалық тәсілмен анықтау санитарлық бақылау жүргізгенде өте маңызды және қажет болады.

SUMMARY

**Z.T. BAYSALBEKOVA, S.A. ZHAGIPAROVA,
A.M. MESHELEVA**

State Enterprise «Center for Epidemiological Inspection»,
Almaty

RESULTS CALORICITY READY MEALS IN CHILD CARE AND MEDICAL -PROPHYLACTIC ESTABLISHMENTS

Carrying out laboratory testing to determine the calorie content in ready meals in child care and health care facilities in Almaty is a very important and necessary to the implementation of sanitary supervision over the quality of food.

Таблица 1- Результаты расчетов исследований калорийности в готовых блюдах детских дошкольных учреждениях (ДДУ) за 2011-2012 годы по г. Алматы

№пп	Район	2011 год			2012 год		
		всего	н\с	уд.вес	всего	н\с	уд.вес
1.	Алатауский	19	9	47,4	33	4	12,1
2.	Ауэзовский	49	11	22,4	71	17	7,0
3.	Алмалинский	28	10	35,7	31	5	16,1
4.	Бостандыкский	121	21	17,3	94	13	13,8
5.	Медеуский	13	3	23,0	40	2	5,0
6.	Жетысуйский	38	4	10,5	40	17	42,5
7.	Турксибский	37	11	29,7	49	3	6,1
8.	г. Алматы	250	69	27,6	358	61	17,0

Таблица 2- результаты расчетов исследований калорийности в готовых блюдах лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) за 2011-2012 годы по г. Алматы

№пп	Район	2011 год			2012 год		
		всего	н\с	уд.вес	всего	н\с	уд.вес
1.	Алатауский	-	-	-	-	-	-
2.	Ауэзовский	39	1	2,5	51	9	17,6
3.	Алмалинский	18	2	11,1	27	5	18,5
4.	Бостандыкский	92	15	16,3	119	19	15,9
5.	Медеуский	39	3	7,6	54	8	14,8
6.	Жетысуйский	6	3	50,0	6	4	66,4
7.	Турксибский	21	0	-	45	3	6,6
8.	г. Алматы	227	25	11,0	302	48	15,9

УДК 614.31-07:614.2

А.С. АМИРОВА, А.М. ШАЙХИНА¹

РГКП «Центр санитарно-эпидемиологической экспертизы» г. Алматы

к.х.н.¹**СИСТЕМА КОНТРОЛЯ ПИЩЕВОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ
В ЛАБОРАТОРНОМ ОТДЕЛЕНИИ ГИГИЕНЫ ПИТАНИЯ РГКП
«ЦЕНТР САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ»****Аннотация**

В статье дана информация о системе контроля пищевой безопасности пищевых продуктов в лабораторном отделении гигиены питания РГКП «ЦСЭЭ г. Алматы» КГСЭН МЗ РК.

Ключевые слова: контроля пищевой безопасности, аккредитация лабораторий.

Безопасность и качество — это два разных термина, не являющихся синонимами. Безопасность пищевых продуктов — это гарантия того, что пищевой продукт не причинит вреда потребителю, если будет приготовлен и/или употреблен в соответствии со своим предназначением. Качество же — это общая совокупность черт, характеристик и свойств продукта, способных удовлетворять явные или предполагаемые потребности потребителя. Базовая и наиболее важная потребность потребителя в отношении пищевой продукции — её безопасность. Соответственно, безопасность имеет приоритет по сравнению с качеством. Качественный продукт не может быть небезопасным, однако, безопасный продукт не всегда высококачественный.

Сегодня одним из условий участия в международной торговле пищевыми продуктами является способность страны-экспортера и конкретного предприятия-производителя обеспечить безопасность экспортируемой продукции. Многие страны, например, страны Европейского Союза, ввели специальные процедуры для предварительной оценки способности потенциальных стран-экспортеров обеспечивать безопасность продукции.

Чтобы экспортировать в ЕС продукцию животного происхождения, необходимо продемонстрировать, что государственная система безопасности продукции страны-экспортера способна обеспечить такой же высокий уровень безопасности, как и в ЕС, ВТО (Всемирная Торговая Организация) требует от своих членов обеспечивать эквивалентный уровень безопасности продукции. ВТО — международная организация, созданная в 1995 году с целью либерализации меж-

дународной торговли и регулирования торгово-политических отношений государств-членов.

Органы власти для принятия решений в области безопасности пищевой продукции должны доверять информации лабораторий, проводящих испытания продукции. Для этого проводится аккредитация лабораторий.

Аккредитация лабораторий — способ независимого подтверждения достоверности результатов испытаний и средство определения их технической компетентности в определенных видах испытаний, измерений и калибровок. Она также обеспечивает официальное признание таких лабораторий, облегчая тем самым клиентам (заказчикам) поиск и выбор надежных услуг в испытаниях и калибровках, удовлетворяющих их требованиям.

Если лаборатория аккредитована признанным органом по аккредитации, то это означает, что она достигла предписанного уровня технической компетентности в проведении определенных видов испытаний, измерений и калибровок. Это является гарантией того, что лаборатория способна выдавать точные, прослеживаемые и воспроизводимые результаты в качестве основы для принятия решений в области безопасности пищевой продукции.

Лаборатории могут аккредитовываться на все или часть функций по испытаниям и калибровке. Процесс аккредитации состоит в тщательной оценке всех тех элементов лаборатории, которые вносят вклад в выработку точных и достоверных испытательных данных.

В соответствии с требованиями программы развития здравоохранения РК «Саламатты Казахстан» 2011-2015 годы, а также перед вступлени-

ем во Всемирную Торговую Организацию все ЦСЭЭ КГСЭН должны быть аккредитованы на уровне международного стандарта ИСО\МЭК 17025-2007 «Общие требования к компетентности испытательных и калибровочных лабораторий».

РГКП «ЦСЭЭ г. Алматы» имеет испытательный центр (ИЦ), который аккредитован ТОО «Национальный центр аккредитации» Комитета технического регулирования и метрологии Министерства индустрии и новых технологий РК в сентябре 2009 года.

В лабораториях ИЦ разработаны и действуют процедуры системы менеджмента качества в соответствии со стандартом ИСО 9001. В лаборатории проводится внутри лабораторный контроль, межлабораторный испытаний по показателям пищевой безопасности. Согласно утвержденно-го графика проводится внутренний аудит.

Специалисты лаборатории постоянно проходят обучение по пищевой безопасности, системе менеджмента качества, внутреннему аудиту, применению неопределенности измерений, стандарту СТ РК ИСО\МЭК 17025-2007.

Лабораторное отделение гигиены питания санитарно-гигиенической лаборатории РГКП «ЦСЭЭ г. Алматы» КГСЭН МЗ РК занимается определением показателей пищевой безопасности: тяжелых металлов (свинца, кадмия, ртути, олова, хрома, меди, железа, никеля), мышьяка, микотоксинов (афлатоксина М₁, афлатоксина В₁, зеараленона, Т-2 токсина, охратоксина, дезокси-валенона), меламина, гистамина, нитрозаминов (суммы НДМА и НДЭА), бенз(а)пирена, консервантов (бензойной, сорбиновой кислот и их солей, нитритов, двуокиси углерода), примесей и др. Вместе с тем, в лаборатории проводится идентификация пищевых продуктов визуальными, органолептическими, аналитическими методами с определением физико-химических и химических показателей пищевых продуктов в соответствии с требованиями Технических регламентов, государственных стандартов, Единых санитарно-

эпидемиологических и гигиенических требований к товарам, подлежащих санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) «Требования безопасности и пищевой ценности пищевых продуктов», утвержденных Решением ТС №299 от 28.05.10г. и др. НД.

За последние годы испытательная база лаборатории была оснащена современным испытательным оборудованием, приборами: высокоэффективными жидкостными хроматографами (ВЭЖХ), газовыми хроматографами, атомно-абсорбционным спектрофотометром, сканирующим спектрофотометром, инфракрасным анализатором, вольтамперометрическим анализатором, экспресс-анализаторами молока и пива, химреактивами, квалифицированными специалистами.

Работа по улучшению системы контроля пищевой безопасности и повышения эффективности деятельности лаборатории проводится постоянно.

ТҮЙІН

Ә.С. ӘМІРОВА, Ә.М. ШАЙХИНА¹

РМҚК Санитарлық эпидемиологиялық сараптама орталығы, Алматы қ.

х.ғ.к.¹

РМҚК «САНИТАРЛЫҚ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ САРАПТАМА ОРТАЛЫҒЫ» ТАҒАМ ГИГИЕНА ЗЕРТХАНА БӨЛІМІНДЕГІ ТАҒАМ ӨНІМДЕРІНІҢ ТАҒАМ ҚАУІПСІЗДІГІН БАҚЫЛАУ ЖҮЙЕСІ

Алматы қаласының «СЭСО» Тағам гигиена зертханасы бойынша тағам өнімдерінің қауіпсіздігін қадағалау туралы мәлімдеме берілген.

SUMMARY

A.S. AMIROVA, A.M. SHAYKHINA¹

RSCE «Center for sanitary and epidemiological expertise»
Almaty c.
c.ch.s.¹

**CONTROL OF FOOD FOOD SAFETY IN
LABORATORY DEPARTMENT OF HEALTH FOOD
STATE ENTERPRISE «CENTER OF DISEASE
ASSESSMENT»**

System of food for food safety in laboratory department of health food State Enterprise «Centre of Epidemiological expertise».

УДК 616.34-008.87-084

Т.В. МОРОЗОВА

ГККП Городская поликлиника № 19, г. Алматы

ДИСБАКТЕРИОЗ КИШЕЧНИКА: СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ

Аннотация

В статье рассмотрены основные эпидемиологические, клиническо-диагностические и терапевтические аспекты дисбактериоза. Приведены данные по современному подходу в лечении дисбактериоза кишечника.

Ключевые слова: Дисбактериоз, пробиотики, нарушение микрофлоры.

Дисбактериоз — нарушение качественного и количественного состава микрофлоры и перемещение ее в другие, не свойственные микроорганизмам, части тела называют дисбактериозами. Чаще всего это происходит из-за неправильного питания, из-за приема различных антибиотиков. В любом случае происходит нарушение микрофлоры.

Симптомы дисбактериоза:

1. Нарушение работы кишечника (диарея, запор, урчание, повышенный метеоризм)

2. Общее недомогание, сопровождающееся болями в области живота

3. Постоянная усталость, депрессивность

Развитию дисбактериоза способствует:

1. среда слишком кислая или слишком щелочная, она повреждает обмен веществ и клеточные мембраны полезных микробов (холецистит, панкреатит, гепатит, гастрит, язвенная болезнь, заболевания кишечника);

2. недостаточное количество пищеварительных ферментов, непереваренные остатки пищи подвергаются брожению и служат субстратом для роста болезнетворных микробов (нарушение функций желудка, поджелудочной железы, печени);

3. снижение тонуса или спазмы гладких мышц кишечника /дискинезия/ на почве психического или физического стресса, вегетососудистая дистония, перенесенные хирургические операции на желудке и кишечнике;

4. Если в рационе недостаточно веществ, служащих субстратом для роста полезных микробов или присутствуют вещества, способствующие их гибели. Это жесткие (рафинированные) диеты, «сухое» питание. Недостаток в рационе человека кисломолочных продуктов и растительной клетчатки лишает полезную флору питательной сре-

ды. Преобладание в пище мясного, мучного, острого, жирного, простых углеводов, крахмала, дрожжей; консервантов - убивает нормальную флору.

5. присутствие в кишечнике паразитов (глисты, простейшие) или болезнетворных микробов, они выделяют вещества, убивающие полезных микробов (дизентерия, сальмонеллез, вирусные заболевания, лямблиоз, гельминтозы);

6. Бесконтрольный прием антибиотиков: они убивают не только «плохих» микробов, с которыми призваны бороться, но и «хороших» (антибиотик-ассоциированный дисбактериоз кишечника).

7. Снижение защитных сил организма. Гормональные и иммунные нарушения; хронический стресс.

8. Применение цитостатиков, глюкокортикоидов, снижающих иммунорезистентность организма.

9. Антихеликобактерная терапия сопровождается развитием антибиотик - ассоциированного дисбактериоза кишечника.

10. Чрезмерное употребление алкоголя;

11. Частые респираторные заболевания. Инфекционные заболевания дыхательной системы;

12. Лекарственные средства, снижающие желудочную секрецию (блокаторы протонного насоса или блокаторы H2-гистаминовых рецепторов), также способные, хотя и косвенно, снизить резистентность естественной кишечной микрофлоры.

Постоянные стрессы, неправильное питание, неблагоприятная экология, бесконтрольный прием антибиотиков - вот причины, по которым чаще всего развивается дисбактериоз. Дисбактериоз не развивается у здоровых людей, это своеобраз-

ный сигнал о неблагополучии в организме. Если мы едим слишком много мяса, копченостей, колбас, жиров и консервированной пищи - мы создаем все условия для процветания патогенной микрофлоры.

Микрофлора кишечника - это совокупность различных микроорганизмов. В кишечнике человека все микроорганизмы находятся в симбиозе друг с другом. В кишечнике человека живет около 500 видов различных микроорганизмов (около 1.5 кг.), как полезных бактерий, помогающих переваривать пищу и дающих человеку витамины и полноценный белок, так и вредных бактерий, питающихся продуктами брожения и вырабатывающих продукты гниения. Нормальная микрофлора здорового человека играет важную роль в поддержании здоровья, обеспечивает отлаженную работу всего организма

Основными представителями обязательной микрофлоры толстой кишки человека являются бифидобактерии, бактериоды, лактобациллы, кишечная палочка и энтерококки - 99% всех микробов, только 1% общего числа микроорганизмов принадлежит к условно-патогенным бактериям (стафилококки, протей, клостридии, синегнойная палочка и другие.) Патогенной микрофлоры при нормальном состоянии кишечника не должно быть, нормальная микрофлора кишечника у человека начинает развиваться уже во время прохождения плода по родовым путям. Полностью ее формирование завершается к 7-13 годам.

Состав нормальной микрофлоры кишечника человека: кишечная палочка - 10⁶ — 10⁷, споровые анаэробы - 10³ — 10⁵, лактобациллы — 10⁶, бифидобактерии — 10⁷. Патогенная и условно патогенная микрофлора: *Staphylococcus* - до 10³, *Enterococcus* - до 10³, *Streptococcus* - до 10³, *Candida albicans* - до 10³, *Proteus mirabilis* - 10² — 10³, *Proteus vulgaris* - 10² — 10³. Условно патогенные грам-отрицательные микроорганизмы - 10² — 10³ [1].

Функции нормальной микрофлоры:

1. Защитная - бифидобактерии выделяют органические кислоты, которые тормозят рост и размножение патогенных и гнилостных бактерий. Лактобактерии способны образовывать молочную кислоту, лизоцим и другие антибиотические вещества. Колибактерии антагонистически действуют на патогенную флору через иммунные механизмы. Кроме того, на поверхности клеток кишечного эпителия микроорганизмы участвуют

в процессах обезвреживания токсинов, поступающих с пищей.

2. Участие в обмене веществ макроорганизма. Синтезируют аминокислоты, белки, многие витамины, принимают участие в обмене холестерина. Лактобактерии синтезируют ферменты, расщепляющие белки молока, а также фермент гистаминазу, выполняя тем самым десенсибилизирующую функцию в организме. Полезная микрофлора толстой кишки способствует всасыванию кальция, железа, витамина D, предотвращая развитие онкологического процесса.

Задачи лечения и профилактики дисбактериоза

* Восстановление макро - микроэлементного баланса, так как при нормальном уровне важных элементов не нарушается микрофлора кишечника

* Повышение синтеза важного фермента - лизоцима (бифидогенное действие, антибактериальное, синтез нуклеиновых кислот, повышение нормального количества кишечной палочки) происходит через повышение уровня цинка в клетках тонкого кишечника

* Снижение токсического образования в кишечнике скатола и индола

* Выведение патогенной флоры

Рациональным методом лечения является применение биологических бактериальных антагонистических препаратов - "пробиотиков."

Комбинированные препараты, в состав которых входят бактериальные препараты (лакто и бифидобактерии) и пребиотические стимуляторы роста, обозначают как "синбиотики." К синбиотическим препаратам относится препарат — Ферталь, который был разработан итальянской компанией ESI s.p.a и представляет собой комбинацию 5 видов микрофлоры — *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus acidophilus*, *Streptococcus thermophilus*, *Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus bulgaricus* и активных пребиотических компонентов: концентрированного экстракта Алоэ Вера и витаминов группы В. В одной капсуле или флаконе содержится не менее 2-х миллиардов колониеобразующих единиц (КОЕ) живых высушенных бактерий. Благодаря специальной технологии производства (GASTRO GUARD) Ферталь содержит гастроустойчивые живые высушенные бактерии, что обеспечивает их поступление в кишечник без разрушения в желудке и быстрое восстановление кишечной микрофлоры [2].

При использовании препарата Ферталь было

отмечено положительная динамика при лечении дисбактериоза, синдрома раздраженного кишечника, постэхинококкэктомических состояний, связанных с нарушением функции кишечника; калькулезный пиелонефрит; анемии смешанного генеза, с нарушением функций всасывания; острые и затяжные пневмонии с длительным приемом антибактериальной терапии; зоонозная инфекция, с нарушением нормальной микрофлоры кишечника и ростом патогенной микрофлоры; различные системные заболевания с длительным приемом гормонов и цитостатиков; патология желудочно-кишечного тракта (гастродуодениты, холециститы, ДЖВП), поражение ЦНС с нарушением двигательной функции кишечника при ОНМК, аллергические состояния (в частности атопический дерматит).

При использовании синбиотика Ферталь при заболеваниях, связанных с нарушением двигательной функции кишечника, отмечалась нормализация показателей копрологического исследования — уменьшалось количество неперевариваемых мышечных волокон, отсутствие крахмальных зерен, отсутствие нарушений стула при длительном приеме антибиотиков, улучшение действия препаратов железа, т.к. всасывание данной группы препаратов осуществляется в кишечнике и при нарушении функции кишечника отмечается анемия, связанная с нарушением всасывания.

Также применение Фертала дает положительную динамику при состояниях, связанных с оперативным лечением. Было проведено наблюдение пациентов после оперативного лечения по поводу различных причин (непроходимость кишечника -2, онкопатология толстого кишечника -2, хронический геморрой - 2). Во время нахождения в стационаре пациенты принимали антибактериальные препараты (цефазолин, цефтриаксон), после выписки из стационара у пациентов отмечалось боли в животе без четкой локализации, вздутие, неустойчивый стул до 4-6 раз в сутки, снижение веса. В лабораторных данных: ОАК снижение гемоглобина до 100 — 105 г/л, в анализе копрологии увеличение количества неперевариваемых мышечных волокон, жир, крахмальные зерна.

При приеме Фертала в течение 2-х — 4-х недель отмечалось уменьшение жалоб на боли в животе, вздутие, улучшился аппетит. В ОАК гемоглобин имел тенденцию к повышению до 110 г/л, в анализе копрологии уменьшилось количество неперевариваемых мышечных волокон, количество жира и крахмала резко уменьшилось. При контрольном осмотре и обследовании через 6 недель после начала лечения отмечалось общее улучшение состояния, отсутствие болевого и диспепсического синдрома, положительная лабораторная динамика и стабилизация веса пациентов, отсутствие катаральных явлений во время приема препарата.

Кроме того, Ферталь хорошо переносился больными. Не было зарегистрировано побочных эффектов, которые бы потребовали его отмены. Удобство применения — 1 раз в день, также является плюсом данного препарата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Бережний В.В., Унич Н.К., Орлюк И.Б., Куршо Л.В., Марушко Т.В., Корнева В.В., Гляделова Н.П., Слезова О.В. // Диагностика, сучасна фармакотерапія та профілактика кишкового дисбактеріозу у дітей.- Київ: Методичні рекомендації, 2000.- 34 с.
- 2 Звягинцева Т.Д., Шаргород И.И., Мирзоев Л.А., Чернобай А.И., Сергиенко Е.И.// Дисбактериоз тонкой и толстой кишки его патогенетическое лечение.- Харьков: Методическое пособие, 2000.-24 с.

ТУЙН

Т.В. МОРОЗОВА

МҚКК №19 Қалалық емхана, Алматы қ.

ШЕК ДИСБАКТЕРИОЗЫ: ЕМДЕУ МЕН ПРОФИЛАКТИКАНЫҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕРІ

Бұл мақалада дисбактериоздың эпидемиологиялық клинико-диагностикалық және терапиялық аспектілері қарастырылған. Шек дисбактериозының емі жайында жана ем тәсілдері.

SUMMARY

T.V. MOROZOVA

№19 City polyclinic, Almaty

DYSBACTERIOSIS OF THE INTESTINE: MODERN METHODS OF TREATMENT AND PREVENTION

In article the main epidemiological, clinical, diagnostic and therapeutic aspects of dysbacteriosis are considered. Data on modern approach in treatment of dysbacteriosis of intestines are provided.

УДК 617.7-007.681-035:615.225.3

Д.Е. КОПБАЕВА, А.Н. БОЛАТБЕКОВА¹, Е.И. ГОРБАТОВА²

КГП «Областная клиническая больница», г. Караганда¹

ТОО «Центр микрохирургии глаз» г. Караганда²

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТАНАКАН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ МАКУЛЯРНОЙ ДЕГЕНЕРАЦИИ И ГЛАУКОМЫ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Аннотация

В статье проанализированы применение препарата Танакан в комплексном лечении возрастной макулярной дегенерации и глаукомной нейропатии. Учитывая разноплановое действие препарата: нейтропротекторное, антиоксидантное, антиишемическое и нейрометаболическое Танакан обоснованно рекомендуется для комплексного лечения вышеуказанных патологий. В исследования терапевтическое действие препарата проявилось улучшением полей зрения при глаукомной нейропатии, повышением остроты зрения при макулярной дегенерации.

Ключевые слова: возрастная макулярная дегенерация, Танакан, лечение глаукомы.

Возрастная макулярная дегенерация (ВМД) вызывает резкое необратимое ухудшение зрения и является основной причиной слепоты у людей старше 50 лет в развитых странах. Эта патология обуславливает быструю потерю центрального зрения и утрату общей работоспособности [1].

Этиопатогенез этого заболевания остается до настоящего времени окончательно не выясненным. ВМД относится к многофакторным заболеваниям, в ее возникновении и развитии играют роль возраст, наследственные факторы, курение. Существенная роль отводится сердечно-сосудистым заболеваниям (снижение регионального кровоснабжения). Также в патогенезе ВМД имеет значение фототоксичная для сетчатки коротковолновая часть спектра видимого света, инфракрасные и ультрафиолетовые лучи, способные разрушать мембраны клетки и другие ее структуры.

Выделяют раннюю ВМД, также называемую возрастной макулопатией, которая характеризуется наличием в макуле друз и зон гипер- или гипопигментации пигментного эпителия сетчатки (ПЭС), и позднюю ВМД, которая разделяется на 2 главных типа: географическую атрофию, или неэкссудативную «сухую» форму, и субретинальную неоваскулярную мембрану (СНМ), или экссудативную «влажную» форму ВМД [2].

Географическая атрофия проявляется в виде четко очерченных бледных областей, в которых

отсутствует наружный нейросенсорный слой сетчатки, ПЭС и хориокапилляры, и обнажаются подлежащая склера и большие хориоидальные сосуды [3].

Для экссудативной формы ВМД характерен рост патологических новообразованных сосудов, которые, образуясь из слоя хориокапилляров сосудистой оболочки, проходят сквозь дефекты мембраны Бруха под пигментный эпителий сетчатки и/или нейроэпителий, образуя так называемую СНМ. Сквозь стенку образовавшихся сосудов, входящих в состав СНМ, начинает проникать плазма крови, под сетчаткой собираются отложения холестерина и липидов. В результате разрыва таких сосудов зачастую могут возникнуть кровоизлияния (обычно локальные, реже встречаются обширные). Данные явления стимулируют развитие фиброза и нарушают питание сетчатки.

При ВМД патологический процесс протекает индивидуально и зависит от особенностей организма больного, однако время здесь является ключевым фактором. При ранней диагностике заболевания и вовремя начатом лечении можно избежать потери зрительных функций, а также добиться длительной ремиссии.

Заболевание диагностируется на основании данных анамнеза, жалоб, офтальмоскопии, оценки зрительных функций. Для оценки топографии и морфологии макулы применяют ОСТ (оптический

кая когерентная томография), позволяющую выявлять структурные изменения на самых ранних стадиях, и флюоресцентную ангиографию глазного дна (ФАГ), с помощью которой оценивают состояние кровеносных сосудов сетчатки [4].

Так как, при ВМД дегенеративные изменения пигментного эпителия, мембраны Бруха, фоторецепторов возникают в связи с повреждением капилляров, нарушением кровообращения в макулярной области и метаболизма клеток сетчатки, активацией перекисного окисления липидов и вследствие этого образованием большого числа свободных радикалов, обоснованным считается включение в курс консервативной терапии данного заболевания препаратов с антиоксидантной активностью [5].

Среди таких соединений в последнее время значительное место отводят каротиноидам, а также лютеину, зеаксантину, которые транспортируются в сетчатку, где формируют желтый макулярный пигмент, который выступает как ультрафиолетовый фильтр. Подобный эффект оказывают и витамины А, С и Е, β -каротин и цинк. Антоцианоиды, содержащиеся в экстракте плодов черники, обладают выраженным антиоксидантным и ангиопротективным действием, что способствует улучшению реологических свойств крови, снижает тонус сосудистой стенки и уменьшает тромбообразование, а также укрепляет стенку кровеносных сосудов за счет способности этих веществ влиять на регуляцию биосинтеза коллагена. Немаловажно, чтобы перечисленные компоненты содержались в рациональном соотношении в составе сбалансированного витаминно-минерального комплекса.

Существуют препараты, воздействующие сразу же на несколько звеньев патогенеза ВМД. Примером такого средства служит Танакан, представляющий собой стандартизированный экстракт гинкго билоба EGb 761. Препарат обладает ангиопротекторным, ноотропным и антиагрегатным действием, а также является корректором микроциркуляции. Танакан нормализует обмен веществ в клетках, реологические свойства крови, предотвращая агрегацию эритроцитов и ингибируя фактор активации тромбоцитов, оказывает вазорегулирующее действие, стимулирует выработку эндотелий-зависимого расслабляющего фактора, расширяет мелкие артерии, повышает тонус вен и снижает проницаемость сосудистой стенки (противоотечное действие на уровне как головного мозга, так и периферических тканей). Препарат обладает антитромботическим

действием (стабилизирует мембраны тромбоцитов и эритроцитов, оказывает влияние на синтез простагландинов, ослабляет действие биологически активных веществ, тромбоцит-активирующего фактора), препятствует образованию свободных радикалов и перекисному окислению липидов клеточных мембран, нормализует выделение нейромедиаторов (норэпинефрина, допамина, ацетилхолина) и улучшает их способность связываться с рецепторами. Он оказывает антигипоксическое действие, нормализует метаболические процессы в органах и тканях, способствует накоплению в клетках макроэргических соединений, повышению утилизации кислорода и глюкозы.

Клинические и экспериментальные исследования, проведенные Lebusson D.A., Leroy L., Rigal G. (1988); Jung F., Mrowietz C., Kieswetter H., Wenzel E. и др. (1990) показали эффективность Танакана при ВМД, что выражалось в значительном улучшении остроты зрения вдаль и вблизи, увеличении полей зрения, а также в усилении ретинального кровотока и метаболизма.

В лечении «влажной» формы ВМД используется несколько методов: термическая лазерная фотокоагуляция, фотодинамическая терапия (ФДТ), транспупиллярная термотерапия, хирургическое лечение, применение препаратов с анти-VEGF активностью.

Термическая лазерная фотокоагуляция — достаточно эффективная методика, широко используемая для лечения экстрафовеальной СНМ, определенной с помощью ангиографии. Энергия лазера поглощается главным образом меланиновым пигментом ПЭС. К сожалению, лежащие сверху наружные слои сетчатки и пигментного эпителия, «поддерживающие» функции сетчатки, также разрушаются, и, как следствие, после воздействия образуется абсолютная скотома.

Фотодинамическая терапия разрабатывалась с целью сохранения лежащего сверху пигментного и нейронального слоев сетчатки при разрушении СНМ. После внутривенного введения фотосенсибилизатора сетчатка пациента облучается низкоэнергетическим лазером с длиной волны 689 нм. Конечное повреждение эндотелиальных клеток СНМ приводит к избирательной окклюзии сосудов СНМ путем адгезии тромбоцитов и тромбоза.

При транспупиллярной термотерапии используют длинноволновый низкоэнергетичный инфракрасный диодный лазер с длиной волны 810 нм, пятном которого освещают зону ХНВ, что

приводит к селективному запустеванию новообразованных сосудов [6].

Хирургическое лечение направлено на удаление субретинальной неоваскулярной мембраны.

Новые подходы к терапии ВМД подразумевают блокировку различных стадий развития новообразованных сосудов. Существуют препараты, предотвращающие хориоидальный неоваскулогенез, ингибируя выработку фактора роста эндотелия сосудов (VEGF). Данные препараты вводятся в полость стекловидного тела и проникают через все слои сетчатки к патологическим сосудам. Их применение ведет не только к торможению снижения центрального зрения, но и к частичному восстановлению остроты зрения.

К дистрофическим заболеваниям заднего отдела глаза также относится глаукома. Несмотря на значительные успехи, достигнутые в ее лечении, заболевание до настоящего времени остается одной из главных причин, приводящих к ограничению трудоспособности, инвалидизации, ухудшению качества жизни и слепоте.

В патогенезе глаукомной оптической нейропатии принимают участие механические, сосудистые, метаболические факторы. Повышение ВГД оказывает прямое повреждающее действие на структуры ДЗН. Дисциркуляторные, реологические нарушения, а также изменения ауторегуляции в сосудах глаза приводят к ишемии и гипоксии ткани ДЗН. Эти факторы являются причиной дистрофии и деструкции аксонов, нарушения аксоплазматического тока и гибели ганглиозных клеток сетчатки. Прогрессирующая атрофия тел ганглиозных клеток и их аксонов приводит к характерным изменениям ДЗН с развитием глаукоматозной экскавации.

Лечение глаукомы складывается из двух направлений: снижения ВГД (медикаментозными, лазерными, хирургическими методами) и нейропротекции.

В настоящее время имеется широкий арсенал средств, применяемых для снижения уровня ВГД, различных по составу, механизмам действия, спектру побочных эффектов, частоте инстилляций и цене. При неэффективности медикаментозной терапии решается вопрос о лазерном вмешательстве. Чаще всего используются лазерная трабекулопластика, лазерная циклокоагуляция, лазерная иридэктомия, реже — лазерный трабекулолиз, гидродинамическая активация оттока, гониопластика и др. Перечисленные вмешательства достаточно безопасны, могут выполняться

в амбулаторных условиях, но не всегда дают стойкий гипотензивный эффект. В некоторых случаях нормализации ВГД удается достигнуть только с помощью хирургических методов, среди которых наибольшее распространение получили фильтрующие операции, позволяющие создавать новые пути оттока водянистой влаги из глаза.

Нейропротекция при глаукоме подразумевает коррекцию общих и местных гемодинамических и нейродистрофических нарушений, т.е. максимально возможную защиту сетчатки и зрительного нерва от повреждающего воздействия механических и сосудистых факторов. Сосудистые факторы приводят к снижению перфузионного давления, недостаточности ауторегуляции и вазоспазму. В результате всего возникает ишемия области головки зрительного нерва, что приводит к уменьшению количества АТФ, увеличению уровня глутамата, активации NMDA-рецепторов, увеличению поступления ионов кальция в клетки, фрагментации ДНК и, как следствие, к апоптозу клетки. Возбужденные ишемией клетки глии воздействуют повреждающе на жизнеспособные нейрональные структуры. Нейропротекция максимально эффективна при условии снижения ВГД до «целевого» уровня и его стабилизации. Нейропротекция опосредуется в основном антиоксидантным, антиэксцитотоксичным, блокирующим ионы кальция и нейротрофическим влиянием. Принято различать как прямое, так и не прямое нейропротекторное действие. Прямой нейропротекторный эффект обуславливает прерывание самых ранних процессов ишемического каскада, данные препараты непосредственно влияют на нервные клетки. Непрямые нейропротекторы влияют на различные факторы риска повреждения нервных клеток, к которым относят в основном снижение перфузионного давления, что усугубляет явления ишемии в зоне головки зрительного нерва.

Танакан относится к современным эффективным нейропротекторам и характеризуется уникальным спектром активности, включающим антиоксидантный, антиишемический, нейропротективный и нейрометаболический эффекты. Сочетание данных эффектов во многом обуславливает эффективность и обоснованность применения Танакана при глаукоме, что подтверждается мнением ряда авторов, считающих перспективным включение Танакана (EGb 761) в состав нейропротекторной терапии при глаукоме

(Dumitrica D.M., Stefan C., 2007; Mozaffarieh M., Flammer J., 2007; Rhee D.J., 2001;). В исследовании P. Diaz et al. (2004) терапевтическое действие препарата Танакан проявилось в улучшении поля зрения у пациентов с открытоугольной глаукомой в среднесрочном временном промежутке, в связи с чем исследователи сделали вывод о том, что Танакан обоснованно является эффективным препаратом при лечении открытоугольной глаукомы. В комплексном нейропротекторном лечении глаукомы совместно с Танаканом рекомендуется применение таких препаратов, как пикамилон, эмоксипин, гистохром, ретиналамин [7-12].

В заключении следует подчеркнуть, что Танакан, обладая многоплановым действием, оказывает положительное реологическое, гемодинамическое, метаболическое, антиоксидантное и нейротрофическое действие, что делает необходимым его использование в комплексном лечении возрастной макулярной дегенерации и глаукомы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Журавлева Л.В., Бойко Э.В., Чурилова И.В. и др. / VI Всероссийск. школа офтальмол.: Сб. науч. тр. — М., 2007. — С. 275-283.
- 2 Ding X., Patel M., Chan C.C. Molecular pathology of age-related macular degeneration // Prog Retin Eye Res. — 2008. — P. 6.
- 3 Ермакова Н.А., Рабданова О.Ц. Современные методы диагностики и лечения возрастной макулярной дистрофии // VI Всероссийск. школа офтальмол.: Сб. науч. тр. — М., 2007. — С. 416-422.
- 4 Нероев В.В., Рябина М.В. Комплексная диагностика патологии глазного дна // Практическая медицина. — М., 2007. — С. 23-33.
- 5 Захаров В.В., Яхно Н.Н. Применение Танакана при нарушении мозгового и периферического кровообращения // Русск. мед. журн. — 2001 — Т. 9 — С. 3-9.
- 6 Bylsma Guy W., Guymer Robyn H. Австралия Clin Exp Optom 2005; 88: 5: P.322-334.

7 Киселева Т.Н., Лагутина Ю.М., Кравчук Е.А. Роль вазоактивных препаратов в терапии неэкссудативной возрастной макулярной дегенерации // Рефракционная хирургия и офтальмология. — 2006. — Т. 6. — № 2. — С. 41-45.

8 Егорова И.В., Шамшинова А.М., Еричев В.П. Функциональные методы исследования в диагностике глаукомы // Вестник офтальм. — 2002 — № 6 — С. 38-40.

9 Федоров С.Н., Ивашина А.И., Михайлова Г.Д. Вопросы патогенеза и лечения глаукомы // М., 1981. — С. 59-63.

10 Устинова Е.И. Методы ранней диагностики глаукомы. — Ленинград: Медицина, 1960. — 187с.

11 Бунин А.Я., Кацнельсон Л.А., Яковлев А.А. Микроциркуляция глаза. М., 1984. — 176 с.

12 Шмырева В.Ф., Мостовой Е.Н., Шершнев В.В. Глаукома // М., 1996. — С. 353

ТҮЙІН

**Д.Е. КӨПБАЕВА, А.Н. БОЛАТБЕКОВА¹,
Е.И. ГОРБАТОВА²**

КГП «Областная клиническая больница», г. Караганда¹

ТОО «Центр микрохирургии глаз» г. Караганда²

МАКУЛЯРЛЫҚ АЗҒЫНДАУШЫЛЫҒЫНЫҢ ЖӘНЕ ГЛАУКОМАНЫҢ КЕШЕНДІ ШИПАСЫНДА ТАНАКАН ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ (ӘДЕБИЕТТІК ШОЛУ)

Мақалада Танаканның қолданысы макулярлық азғындаушылық пен глаукомдық нейропатиядан кешенді шипа түрінде көрсетілген. Танакан патологияның кешенді шипасы үшін ұсынылады.

SUMMARY

**D.E. KOPBAEVA, A.N. BOLATBEKOVA¹,
E.I. GORBATOVA²**

MSE «Regional clinical Hospital», Karaganda¹

LP «Eye Microsurgery Center», Karaganda²

USE OF THE DRUG TANAKAN IN COMPLEX TREATMENT OF MACULAR DEGENERATION AND GLAUCOMA (REVIEW)

The article analyzes the use of the drug tanakan in treatment of age-related macular degeneration and glaucoma neuropathy. In the study the therapeutic effect of the drug was showed improvement in visual fields with glaucomatous neuropathy, increased acuity of macular degeneration.

УДК 617.7-007.681-035:615.225.2+615.216.84

В.Ж. ОРАЗАЛИНА

ГКП Городская поликлиника №1, г. Актобе

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ОКУМЕД В ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ГЛАУКОМЫ**Аннотация**

Оценена эффективность препарата окумед у 20 больных первичной глаукомой. Окумед был эффективен в 75% случаев, что позволило стабилизировать зрительные функции и параметры ГЗН.

Достижение цели было достигнуто у 56% больных, пациенты хорошо переносили инстилляцию препарата. Полученные данные позволяют рекомендовать широкое применение окумеда в лечении глаукомы.

Ключевые слова: глаукома, окумед, лечение.

Введение. В настоящее время медикаментозному лечению глаукомы отводится лидирующая роль.

При этом препаратами выбора признаны бета-блокаторы. Они удобны в пользовании (инстилляцией не более двух раз в сутки), хорошо переносятся больными, не вызывают сужения зрачка, не влияют на аккомодацию. Одним из представителей препаратов этого ряда является окумед. 0,25 % и 0,5 % окумед в качестве активного вещества содержит тимолола малеат, который относится к группе неселективных бета-блокаторов. Механизм снижения офтальмотонуса заключается в угнетении секреции внутриглазной жидкости. Гипотензивный эффект наступает уже через 20 мин после инстилляций, достигает максимума через 2 ч, продолжается около 24 ч. Тимолола малеат выравнивает суточную кривую, не допуская значительных колебаний офтальмотонуса в течение суток [1,2].

Целью данного исследования явилось изучение гипотензивной эффективности и переносимости препарата окумед у больных глаукомой.

Материал и методы. Под наблюдением находилось 20 больных (32 глаза) первичной глаукомой в возрасте 45-79 лет. Из них первичная открытоугольная глаукома была на 27 глазах (84,4%). Первичная закрытоугольная глаукома на 3 глазах (9,4%), глаукома с псевдонормальным давлением на 2 глазах (6,2%). Начальная

стадия глаукомы была на 17 глазах (53,1%), развитая — на 12 глазах (37,5%), далекозашедшая — на 3 глазах (9,4%). В качестве монотерапии окумед был назначен на 30 глазах (93,7 %), на 2 глазах (6,3%) окумед был назначен в комбинации с ксалатаном. 0,25% и 0,5% окумед назначался по 1 капле 2 раза в день. Больным проводилось полное офтальмологическое обследование по общепринятой методике. Внутриглазное давление (ВГД) измерялось до лечения, через сутки, неделю и месяц после лечения, зрительные функции и состояние головки зрительного нерва (ГЗН) исследовали до и через месяц после лечения. Состояние ГЗН исследовалось с помощью оптического когерентного томографа ОСТ 3 фирмы «Zeiss», оценивали площадь экскавации, соотношение диаметра экскавации, к диаметру ДЗН (Э/Д), площадь нейроглиального кольца.

Результаты и обсуждение. Компенсация ВГД была достигнута в 75% случаев (24 глаза). ВГД через сутки снизилось на 22,7% (6,7(+/-) 1,9) мм рт.ст, через неделю на 34,2% (10,1 (+/-) 1,3) мм рт.ст.через месяц — на 31,8% (9,4 (+/-) 1,8) мм рт.ст по отношению к исходному уровню офтальмотонуса.

Давление цели (снижение ВГД на 30 % от исходного)было достигнуто в 56% случаев (18 глаз). Острота зрения улучшилась в среднем на 0,1, границы периферического суммарного поля зрения расширились на 55 градусов.

Таблица 1- Динамика ВГД при применении окумеда

	ВГД	
До лечения	29,5(+/-) 1,9	
Через сутки	22,8 (+/-) 1,8	P < 0,01
Через неделю	19,4 (+/-) 1,3	P < 0,05
Через месяц	20,1(+/-) 1,6	P < 0,05
P-достоверность по отношению к исходным данным		

Таблица 2 - Динамика зрительных функций

	Острота зрения	Суммарное после зрения
До лечения	0,6 (+-) 0,2	340 (+-) 20,3
Через месяц	0,7 (+-) 0,1	395 (+-) 21,7
	P<0,05	P< 0,05

Таблица 3 - Динамика параметров ГЗН

	Площадь экскавации	Э/Д по горизонтали и вертикали	Площадь нейроглиального кольца
До лечения	1,1(+-) 0,5	0,7(+-) 0,09	1,4(+-) 0,3
Через месяц	0,8(+-) 0,2	0,6(+-) 0,1	1,7(+-) 0,4
	P < 0,05	P < 0,05	P < 0,05

В группе пациентов с компенсированным ВГД через месяц зарегистрировано достоверное улучшение параметров ГЗН. Площадь экскавации уменьшилась на 27,3%, соотношение диаметра экскавации к диаметру диска по горизонтали и вертикали уменьшилось на 14,3%, площадь нейро - глиального кольца увеличилась на 21,4%.

Пациенты хорошо переносили инстилляцию окумеда. В период наблюдения у 3 пациентов были жалобы на жжение, чувство инородного тела в глазу, которые прошли через 3-4 дня. Жалоб на одышку, сердцебиение, головную боль не отмечалось [3,4].

Выводы. Препарат окумед был эффективен в 75% случаев, что позволило стабилизировать зрительные функции и параметры ГЗН. Давление цели было достигнуто у 56% больных, пациенты хорошо переносили инстилляцию препарата. Полученные данные позволяют рекомендовать широкое применение окумеда в лечении глаукомы.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кашинцев Л.Т. Открытоугольная глаукома и гипертензия глаза. Вопросы ранней и дифференциальной диагностики, лечение // Офтальмологический журнал, 1988.- №1.- С. 51-55.
- 2 Светлова О.В. Биомеханические особенности взаимодействия основных путей оттока внутриглазной жидкости в норме и при открытоугольной глаукоме // Биомеханика глаза, 2001.- №1.- С. 95-107.

3 Светлова О.В., Суржиков А.В., Кошиц И. Н. Биомеханическое обоснование эффективности новых гипотензивных воздействий // Биомеханика глаза, 2002.- №2.- С. 70-78.

4 Шмырева В. Ф., Шмелева О. А. Способ оценки глазной перфузии при глаукоме //Офтальмологический журнал, 2000.-№1.- С.18-22.

ТУЙІН

В.Ж. ОРАЗАЛИНА

Қалалық емхана №1, Ақтөбе қ.

ГЛАУКОМАНЫҢ ГИПОТЕНЗИВТІ ЕМІНДЕГІ ОКУМЕД ПРЕПАРАТЫНЫҢ ӘСЕРЛІГІ

Біріншілік глаукомамен 20 наукаста окумед препаратының әсерлілігі бағаланды. Окумед 75% жағдайға әсерлі болды, бұл көру қызметі мен көру нервісінің үрпішесінің параметрлерін тұрақтандыруға мүмкіндік берді. Науқастардың 56%-де нысана қысымына қол жеткізілді, науқастар препарат инстилляциясын жақсы көтерді. Алынған нәтижелер окумедті глаукома емінде кең қолдануға мүмкіндік берді.

SUMMARY

V.J. ORAZALINA

City polyclinic №1, Aktobe

EFFECIENCY OF A PREPARATION OKUMED IN THERAPIES OF GLAUCOMA

Okumed evaluated the efficacy of the drug in 20 patients with primary glaucoma. Okumed was effective in 75% of cases, which helped to stabilize visual functions and parameters of the oil window. Achieving the goal was achieved in 56% of patients, the patients tolerated the drug instillation. The data obtained allow us to recommend Okumed widely used in the treatment of glaucoma.

УДК 616.735-002-06:616.379-008.64-035:615.849.19+615.225.3

**Г.П. ДОЛМАТОВА, Г.Е. ДЖУМАНИЯЗОВА¹, С.А. АСКАРОВ², Л.А. ЖУКОВА³,
Л.П. КОРНИЕНКО⁴**

КГП на ПХВ «Поликлиника г. Аксу» Павлодарская обл., г. Аксу¹

ТОО МЦ «Евразия», г. Павлодар²

КГП на ПХВ «Поликлиника № 5» г. Павлодар³

КГП на ПХВ «Поликлиника № 1» г. Павлодар⁴

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ТАНАКАН В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ РЕТИНОПАТИИ

Аннотация

За последние 50 лет в диагностике и лечении **диабетической ретинопатии** были достигнуты большие успехи. Тем не менее, она остается основной причиной слепоты среди лиц трудоспособного возраста в экономически развитых странах. Частота слабовидения и слепоты в следствие диабетической ретинопатии у больных **сахарным диабетом** составляет от 5 до 7% ежегодно.

Ключевые слова: сахарный диабет, диабетическая ретинопатия, лазерфотokoагуляция сетчатки.

Актуальность. На сегодняшний день единственно действенным способом предотвращения слабовидения и слепоты вследствие диабетической ретинопатии (ДР) считают лазеркоагуляцию сетчатки. Пациентам ДР в целях коррекции метаболических и гемодинамических нарушений до и после этого серьезного метода воздействия на сетчатку, используют лекарственные средства и методы, так как антидиабетическая терапия полностью не устраняет микроциркуляторные нарушения. В то же время это воздействие может иметь достаточно серьезные последствия для ряда функций органа зрения (в том числе нарушение сумеречного зрения, сужение периферических границ поля зрения). В отдельных случаях могут возникать угрожающие зрению другие осложнения.

Показаниями для выполнения панретинальной лазеркоагуляции являются препролиферативная и пролиферативная диабетическая ретинопатия. При макулярном отеке может быть принято решение о фокальной лазеркоагуляции сетчатки или коагуляции по типу «решетки». Таким образом, это воздействие оправдано при выраженных патологических изменениях на глазном дне и не показано при начальной непролиферативной ретинопатии.

Важным условием для предупреждения слепоты и слабовидения является высокая эффективность стабильной компенсации углеводного обмена. Основным показателем нормализации метаболизма при сахарном диабете (СД) считают нормогликемию, при которой частично или пол-

ностью компенсируются и другие виды обмена. В предотвращении появления и прогрессирования **диабетической ретинопатии** важное место отводится нормализации артериального давления (АД). Как правило, тяжелая ретинопатия сопровождается диабетической нефропатией. У больных первым типом сахарного диабета с протеинурией в три раза чаще отмечается макулярный отек и пролиферативная ДР.

Целью настоящего исследования явилось изучение эффективности воздействия препарата Танакан при диабетической ретинопатии.

Материал и методы исследования. Обследовано 19 больных (38 глаз) сахарным диабетом в возрасте от 17 до 65 лет, из них с 1 типом было 3 пациента, со 2 типом - 16. При этом у больных с 2 типом СД инсулинозависимая форма отмечалась у 15 пациентов. Мужчин было 9, женщин - 10. Все больные находились под наблюдением эндокринолога от 9 до 22 лет, получали соответствующую гипогликемизирующую терапию таблетированной формы и инсулинотерапию. Им проводилось общепринятое эндокринологическое и офтальмологическое обследование. Оценка офтальмологического статуса проводилась по динамике зрительных функций (острота зрения, поле зрения), офтальмоскопической картине глазного дна данным дополнительных методов исследования (эххография, OCT) в первый и последний день лечения.

Оценивая состояние компенсации углеводного обмена, зафиксирована компенсация только у 4 больных (21%), субкомпенсация - у 9 (48%), де-

компенсация — у 6(31,5%). У всех больных диагностирована диабетическая ретинопатия. В соответствии с классификацией ETDRS (1991г) у 4 больных (5 глаз) была неproлиферативная стадия ДР, у 8 (16глаз)- пропролиферативная, у 7 (14 глаз)- пролиферативная.

Из сопутствующих заболеваний отмечались гипертоническая болезнь, атеросклероз - у 15 (78,9%), нарушение мозгового и коронарного кровообращения — у 11 (57,6%), диабетическая нефропатия с протеинурией - у 4 пациентов (21%).

Пациенты получали антидиабетическую терапию и базисное медикаментозное лечение в течение 12 дней. Затем всем больным проводился радикальный метод лечения ДР- лазеркоагуляция сетчатки. Всем больным в раннем послеоперационном периоде назначался Танакан по 40мг 3 раза во время еды в течение 60 дней на 1 курс лечения. Танакан (EGb761)- это стандартизированный и титрованный растительный экстракт сухих листьев дерева *Ginkgo biloba* содержащий комбинацию основных 4 типов веществ: флавоноидные гликозиды(нормализуют гемодинамические нарушения, сосудистый тонус в зоне ишемии и сосудистую проницаемость, ингибируют внутри клеточные ферменты и подавляют образования и активность свободных радикалов); гинкголиды А,В,С (нормализуют клеточно-лейкоцитарно-тромбоцитарное взаимодействие при ишемии и тормозят перекисное окисление липидов клеточных мембран); билобалиды (защищают митохондриальное дыхание и митохондрии от повреждения, поддерживают окислительное фосфорилирование и АТФ); проантоцианиды (способствуют высвобождению эндотелиальных факторов релаксации сосудов и ингибируют моноаминоксидазу).

Обследование проводилось на 1-2 день после поступления в стационар, на 60 день, через 6 месяцев после лечения. УЗДГ проводились на момент поступления в стационар и на 60день после лечения.

Результаты собственных исследований. После проведенного курса лечения все пациенты отмечали улучшение общего состояния. При этом

у больных уменьшились головные боли, нормализовался сон, повысилась концентрация внимания и память, уменьшились явления дискомфорта и фотовспышек в глазах.

У всех пациентов ДР имелось значительное снижение центрального зрения. На фоне лечения Танаканом достоверно улучшилась острота зрения (с $0,2 \pm 0,03$ до $0,3 \pm 0,07$) и существенно увеличилось суммарное поле зрения — на 60^0 - 95^0 . Положительно то, что через 6 месяцев показатели остроты зрения у данных пациентов не ухудшились, что свидетельствовало о тенденции к стабилизации диабетической макулопатии - регрессия макулярного отека отмечена в 47% случаев (таблица №1)

При исследовании состояния гемокциркуляции конъюнктивы глазного яблока у больных СД выявлялись значительные нарушения: увеличение периваскулярного индекса (ПВИ) за счет отека и геморрагий, сосудистого индекса (СКИ) вследствие расширения и извитости вен, артерий и капилляров и внутрисосудистого индекса (ВКИ) вследствие стаза, сладж-феномена и претромбозов вен и капилляров. У больных, получавших Танакан, отмечалось уменьшение периваскулярного отека, тенденция к рассасыванию кровоизлияний и уменьшение стаза и сладж - феномена в венах конъюнктивы. При этом ПКИ до лечения составил $0,87 \pm 0,01$ балла, через 2 месяца после лечения $0,62 \pm 0,02$ балла и через 6 месяцев после лечения $0,70 \pm 0,03$ балла. ВКИ после лечения уменьшился от $3,42 \pm 0,04$ балла до $1,96 \pm 0,02$ балла и через 6 месяцев после лечения равнялся $2,76 \pm 0,02$ балла, что подтверждает, что Танакан уменьшает геморрагические нарушения и нормализует клеточно-лейкоцитарно-тромбоцитарное взаимодействие при ишемии (таблица 2).

По данным УЗДГ глазничных артерий у больных ДР в обеих группах отмечалось ухудшение кровотока в глазничной артерии (в1,1раза), в центральной артерии сетчатки (в 0,7 раза) и задних коротких цилиарных артериях (в 0,6 раза).

На УЗДГ глазничных сосудов после лечения Танаканом отмечалось улучшение показателей кровотока: в глазничной артерии на 0,1 раза и на задних коротких цилиарных артериях на 0,1 раза, в центральной артерии сетчатки — на 0,2 раза.

Таблица 1- Показатели остроты зрения

Контингент обследуемых	Острота зрения до лечения	Острота зрения к концу лечения (на 60день)	Острота зрения через 6 месяцев после лечения
Больные (п-19)	$0,2 \pm 0,03$	$0,3 \pm 0,07$	$0,3 \pm 0,09$

Таблица 2 - Показатели конъюнктивальных индексов у больных с диабетической ретинопатией

Обследуемый контингент	Число пациентов	Конъюнктивальные индексы, баллы			
		ПКИ	СКИ	ВКИ	ОКИ
До лечения	19	0,87± 0,01	10,01±0,02	3,43±0,04	14,31±0,02
через 2мес после лечения	19	0,62±0,02	9,51± 0,03	1,96± 0,02	12,09±0,02
через 6 мес после лечения	19	0,7 ± 0,03	9,7 ± 0,01	2,76 ±0,02	13,16±0,02

За период применения препарата не было зарегистрировано ни одного случая побочного действия.

Вывод: Применение Танакана приводит к следующим клиническим результатам: стабилизация диабетической ретинопатии - снижение ПКИ и ВКИ, улучшение показателей остроты зрения и состояние гемодинамики глаза. Танакан более эффективен при длительных курсах лечения и положительный эффект после 2-х месячного курса терапии должен продолжаться до 6 месяцев.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Базарбекова Р.Б. Современные подходы к лечению сахарного диабета.- Алматы: Медицина, 2011.-№3.- С.3-5.

2 Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Рациональная фармакотерапия заболеваний эндокринной системы и нарушений обмена веществ. // Руководство для врачей, 2010.-С.215-220.

3 Базарбекова Р.Б., Зельцер М.Е., Абубакирова Ш.С. Консенсус по диагностике и лечению сахарного диабета.- Алматы, 2011.-С. 16-20.

4 Кацнельсон Л.А., Форофопова Т.И., Бунин А.Я. Сосудистые заболевания глаза.-М.,1999.- С.1023-147.

ТҮЙІН

Г.П. ДОЛМАТОВА, Г.Е. ЖҰМАНИЯЗОВА¹, С.А. АСКАРОВ², Л.А. ЖУКОВА³, Л.П. КОРНИЕНКО⁴

Аксу қаласының емханасы, Павлодар облысы,

«Евразия» МО, ЖШС, Павлодар қ.

№ 5 Емхана, Павлодар қ.

№ 1 Емхана, Павлодар қ.

ДИАБЕТИКАЛЫҚ РЕТИНОПАТИЯ КЕШЕНДІ ЕМІНДЕ ТАНАКАН ДӘРІСІН ҚОЛДАНУ ТӘЖІРИБЕСІ

Соңғы 50 жылда деабетикалық ретинопатияны диагностикалау және емдеу үлкен жетістіктерге жетті. Бірақ, ол экономикалық дамыған мемлекеттерде жастары жұмысқа лайық адамдар арасында соқыр болуының негізгі себебі болып табылады. Диабетикалық ретинопатия нашар көру және соқырлап кету нәтижесінде, қант диабетімен ауыратын адамдар жыл сайын 5-тен 7% дейін құрайды.

Түйін сөздер: қанттық диабет, диабетикалық ретинопатия, шілдің лазерфотоккоагуляциясы.

SUMMARY

G.P. DOLMATOVA, G.E. DZHUMANIYAZOVA¹, S.A. ASKAROV², L.A. ZHUKOVA³, L.P. KORNIENKO⁴

PVC «Polyclinic Aksu» Pavlodar region, Aksu¹

MC «Eurasia», Pavlodar²

PVC «Polyclinic № 5», Pavlodar³

PVC «Polyclinic № 1», Pavlodar⁴

EXPERIENCE OF TANAKAN IN COMPLEX TREATMENT OF DIABETIC RETINOPATHY

For the last 50 years there was a great progress in the diagnosis and treatment of diabetic retinopathy. Never the less, it is still the leading cause of blindness among people of working age in economically developed countries. Frequency of visual impairment and blindness caused by diabetic retinopathy among diabetic patients is 5-7% per year.

Key words: diabetes, diabetic retinopathy, retinal laser photocoagulation.

УДК 616.831-005-06:616.12-008.331-035:615.225.3

С.М. КУРМАНГАЛИЕВА

Лечебно-профилактическое учреждение № 4, г. Тараз

ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ, С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ТАНАКАН

Аннотация

Танакан является препаратом выбора при лечении различных форм и стадий цереброваскулярных заболеваний. У больных АГ применение Танакана улучшает память и другие когнитивные функции, уменьшает выраженность головной боли, головокружения и эмоциональных расстройств. Танакан хорошо переносится пациентами с артериальной гипертензией и когнитивными расстройствами. После курса лечения у больных отмечается значительное или умеренное улучшение самочувствия, что может способствовать регулярному приему антигипертензивных средств и нормализации АД.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, Танакан, цереброваскуляр-ные заболеваний.

Основной задачей настоящей статьи является рассмотрение вопроса о лечении больных с цереброваскулярной патологией, имеющих повышенный уровень артериального давления.

Вопросам коррекции артериального давления у больных с церебральными инсультами уделяется много внимания, что понятно, так как эти состояния непосредственно угрожают жизни больных. Артериальная гипертензия (АГ) может формировать не только локальные, но и диффузные или многоочаговые поражения вещества головного мозга с прогрессирующим нарушением его функции, в результате недостаточности церебрального кровообращения гипертензивную дисциркуляторную энцефалопатию.

Дисциркуляторная энцефалопатия - приводит к патологии мозгового кровотока, причем не только относящихся к состоянию стенки мозговых сосудов (атеросклеротическая), но и гемодинамических (при патологии сердца), реологических (заболевания крови) или связанных с патологией венозных синусов и сосудов. Дисциркуляторная энцефалопатия, обусловленная преимущественно АГ, относится к наиболее часто встречающимся вариантам этой цереброваскулярной патологии.

Рассматривая внешние и внутренние факторы, ответственные за развитие АГ, с последующим формированием гипертензивной энцефалопатии, можно понять пути профилактического и лечебного воздействия. Воздействие на внешние факторы возможно только при мотивации больного на борьбу с АГ. Наиболее радикальным для профилактики гипертензивной энцефалопатии - является создание школ для больных с АГ с вы-

работкой у них мотивации на постоянный контроль АД, основной задачей для школ для больных с сахарным диабетом является их обучение самостоятельно менять сахароснижающую, в том числе инсулиновую, терапию.

Развитие поражения структур головного мозга при АГ является неуклонно прогрессирующее поражение вещества головного мозга, связанное с плохо контролируемым повышением артериального давления, обуславливающим дефицит кровообращения в мозговых сосудах, — гипертензивная хроническая энцефалопатия. Рассмотрение патоморфологических изменений сосудов в головном мозге при АГ в виде плазматического и геморрагического пропитывания, а также некроза стенки сосудов с ее последующим истончением, адаптивное утолщение стенок экстрацеребральных сосудов позволило предложить термин «гипертоническая ангиоэнцефалопатия». Раннее поражение преимущественно белого вещества головного мозга при АГ и представляющее собой деструкцию миелина центральных проводников, мелкие полости, расширенные из-за наличия отека периваскулярные пространства (креблюры), спонгиоз, обусловлено поражением корково—медуллярных артерий и имеет типичную картину при КТ (снижение интенсивности сигнала) и МРТ томографии (повышение интенсивности сигнала). Этот феномен, выявляемый обычно в зонах так называемого «терминального» кровоснабжения, особо чувствительных к колебаниям АД, т.е. в околоventрикулярных участках головного мозга, получил название «гипертонической лейкоэнцефалопатии» или «лейкореза».

При гипертензивной энцефалопатии, как и при всех других формах дисциркуляторных энцефалопатий, можно выделить три стадии заболевания. При I стадии в клинике доминируют субъективные нарушения в виде общей слабости и утомляемости, эмоциональной лабильности, нарушений сна, снижения памяти и внимания, головных болей. Неврологическая симптоматика не формирует отчетливые неврологические синдромы, а представлена анизорефлексией, дискоординацией, симптомами орального автоматизма. Нарушения памяти, праксиса и гнозиса удается выявить, как правило, только при проведении специальных батарей тестов. При II стадии усугубляются субъективные жалобы, а неврологическая симптоматика уже может быть разделена на отчетливые синдромы (пирамидный, дискоординаторный, амиостатический, дисмнестический), причем, обычно доминирует какой-то один неврологический синдром. Профессиональная и социальная адаптация больных снижается. При III стадии, наряду с нарастанием неврологической симптоматики, появлением отчетливого псевдобульбарного синдрома, пароксизмальных состояний (в том числе эпилептических припадков), выраженные когнитивные нарушения приводят к нарушению социальной и бытовой адаптации, утере работоспособности. Таким образом, дисциркуляторная энцефалопатия, в том числе гипертензивная, в конечном итоге приводит к формированию сосудистой деменции. При гипертензивной энцефалопатии, как правило, формируется субкортикальная деменция.

При II и III стадиях гипертензивной энцефалопатии диффузные изменения вещества головного мозга обычно сочетаются с очаговыми поражениями в виде лакунарных инфарктов — небольших полостей размером от 0,1 до 1,0 см, образующихся в местах очагов ишемии мозга. Возможно либо бессимптомное развитие лакунарного инфаркта, либо формирование транзиторной ишемической атаки, инсульта, что определяется локализацией и объемом очага ишемии. Образование множественного мелкоочагового поражения головного мозга — лакунарного состояния — значительно ухудшает прогноз течения гипертензивной энцефалопатии и снижает возможности медикаментозного улучшения состояния больных, даже при достижении хорошего контроля артериальной гипертензии.

Основа профилактического лечения больных с АГ для предотвращения развития гипертензив-

ной энцефалопатии заключается в достижении хорошего контроля АГ. Вопрос о целесообразности назначения больным с АГ, не имеющим церебральной симптоматики, дополнительных фармакологических препаратов, влияющих на реологические качества крови, улучшающих эндотелий-зависимые реакции сосудистой стенки и метаболическое обеспечение ткани головного мозга, уменьшающих содержание свободных радикалов, не изучен. Хотя имеется отчетливая связь между контролем АГ и развитием гипертензивной энцефалопатии, у лиц пожилого возраста с липогиалинозом стенок мелких сосудов целесообразно проводить курсы лечения препаратами, улучшающими мозговой кровоток и обладающих нейропротективными свойствами, даже при хорошем контроле АД. Предпочтение должно быть отдано таблетированным препаратам, имеющим комбинированный эффект на состояние эндотелия и стенки сосудов головного мозга, мозговой кровотока и метаболизм нервной ткани.

Нормализация артериального давления (АД) является одним из самых важных мероприятий в профилактике развития не только инсульта, но и когнитивных нарушений у больных АГ. Применение антигипертензивных средств, приводящее к нормализации АД, предупреждает развитие и прогрессирование когнитивных нарушений. В коррекции уже развившихся расстройств памяти и других когнитивных функций может быть применен натуральный поливалентный церебропротектор Танакан.

Танакан обладает широким спектром фармакологической активности. Препарат улучшает мозговое кровообращение и снабжение ткани мозга кислородом и глюкозой, предотвращает агрегацию эритроцитов, ингибирует фактор активации тромбоцитов. Оказывает дозозависимое вазорегулирующее действие на сосудистую систему, стимулирует выработку эндотелийзависимого расслабляющего фактора, расширяет мелкие артерии, повышает тонус вен, тем самым регулируя кровенаполнение сосудов. Снижает проницаемость сосудистой стенки (противоотечное действие как на уровне головного мозга, так и периферических тканей). Оказывает антитромботическое действие (стабилизирует мембраны тромбоцитов и эритроцитов, влияет на синтез простагландинов, ослабляет действие биологически активных веществ, тромбоцитарноактивирующего фактора). Препятствует образованию свобод-

ных радикалов и перекисному окислению липидов клеточных мембран. Нормализует выделение нейромедиаторов (норэпинефрина, допамина, ацетилхолина) и их способность связываться с рецепторами.

Цель исследования. Эффективность применения Танакана у пациентов с АГ в отношении головной боли, головокружения, когнитивных и эмоциональных расстройств.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 больных (12 мужчин и 30 женщин) в возрасте от 48 до 70 лет с мягкой и умеренной АГ. Из них 12 больных перенесли ишемический инсульт (6 пациентов — в правом полушарии головного мозга, 5 — в левом полушарии и 1 пациентка — в вертебробазилярной системе). Длительность АГ составила в среднем — $15,7 \pm 10,3$ года. Все больные предъявляли жалобы на снижение памяти в среднем — в течение 3,5 года. 20 участников исследования предъявляли жалобы на головную боль (у 10 — головная боль соответствовала критериям эпизодической головной боли напряжения, у 3 — хронической головной боли напряжения). Головокружение беспокоило 7 больных (у 4 — оно соответствовало критериям доброкачественного позиционного головокружения, у 3 — постуральной фобической неустойчивости). Больные получали Танакан в таблетках по 40 мг 3 раза в сутки во время еды в течение 2 мес. В ходе исследования все участники были трижды осмотрены врачом — до начала, на 30-й и 60-й день лечения. Все больные наблюдались кардиологом и получали адекватную антигипертензивную терапию с целью нормализации АД.

Результаты и обсуждение. После курса лечения большинство (40 из 42) больных отметили улучшение самочувствия. Значительное субъективное улучшение отметили 10, умеренное — 28, легкое — 4 пациента. Более половины (22 из 20) участников исследования отметили улучшение памяти. После курса лечения у большинства больных также отмечали уменьшение выраженности эмоциональных расстройств (снижение показателей депрессии по шкале Бека и уменьшение личностной тревожности по шкале Спилбергера). Эти эффекты, по сравнению с улучшением когнитивных функций, проявлялись медленнее и достигли статистически значимых величин лишь через 2 месяца лечения. Результаты нейропсихологического тестирования показали объективное улучшение когнитивных функций у пациентов с АГ на фоне лечения Танаканом.

После лечения повысилась умственная работоспособность и улучшилось внимание. В целом по группе больных достоверно увеличился средний балл по шкале КШОПС, значимо ($p < 0,01$) уменьшилось среднее время выполнения пробы Шульте (изменения были значимыми ($p < 0,05$) уже на 30-й день лечения). Увеличилось количество повторяемых на слух цифр как в прямом, так и в обратном порядке (изменения также были статистически значимыми уже на 30-й день лечения). После лечения зафиксировано достоверное повышение речевой активности больных: увеличилось количество слов при выполнении пробы на ассоциации. Статистически значимо улучшились и показатели памяти участников исследования. Через 2 месяца лечения отмечено улучшение показателей большинства нейропсихологических тестов в сравнении с результатами после 1-го месяца лечения. Танакан хорошо сочетается с различными антигипертензивными средствами, не вызывает существенных побочных эффектов даже при длительном применении.

Выводы: Благодаря множественности фармакотерапевтических эффектов Танакан является препаратом выбора при лечении различных форм и стадий цереброваскулярных заболеваний. У больных АГ применение Танакана улучшает память и другие когнитивные функции, уменьшает выраженность головной боли, головокружения и эмоциональных расстройств. Танакан хорошо переносится пациентами с АГ и когнитивными расстройствами и не вызывает серьезных побочных эффектов в комбинации с антигипертензивными средствами. После курса лечения у больных отмечается значительное или умеренное улучшение самочувствия, что может способствовать регулярному приему антигипертензивных средств и нормализации АД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Волошин П.В., Тайцлин В.И. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. - Киев: Здоровье, 1991. - 408 с.
- 2 Дамулин И.В. Применение Танакана (EGb 761) в неврологической практике // РМЖ (Русский медицинский журнал), 2009. - 17(5). - С.335–340.
- 3 Шмидт Е.В. Классификация сосудистых поражений головного и спинного мозга // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1985. 85(9): С.1281–1288.
- 4 Штрыголь С.Ю., Штрыголь Д.В., Назаренко М.Е. Стандартизированный экстракт *Ginkgo biloba*: компоненты, механизмы действия, фармакологические эффекты, применение. - Провизор, 2005. - 4. - С. 29–32.

ТҮЙІН**С.М. ҚҰРМАНҒАЛИЕВА**

№4 Емдік-профилактикалық мекеме, Тараз қ.

**АРТЕРИАЛДЫ ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ КОГНИТИВТІ
ДИСЦИРКУЛЯТОРЛЫ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ
КЕЗІНДЕГІ ТАНАКАН ДӘРІСІН ҚОЛДАНУ**

Танакан талғамның препаратының түрлі пішіннің және цереброваскуляр ауруға шалдығудың кезеңінің шипасы үшін болып табылады. Бас аурулы артериялық гипертензиямен Танаканның қолданысы жадты және сырттың когнитивті атқаратын қызметтерін жақсартды, көрсетілгендікті бастың ауруының, бас айналады, және эмоциялы бұзылулардың азайтады. Танакан жөн емделушілермен артериялық гипертензия және когнитивті бұзылулармен тасымалданады.

SUMMARY**S.M. KURMANGALIYEVA**

Curative - preventive institute № 4, Taraz

**ENCEPHALOPATHY COGNITIVE DISORDERS IN
ARTERIAL HYPERTENSION, WITH THE USE OF
DRUG TANAKAN**

Due to the multiplicity of pharmacologic effects Tanakan is the drug of choice in the treatment of various forms and stages of cerebrovascular diseases. Hypertensive patients use Tanakan for improves memory and other cognitive functions, reduces the severity of headaches, dizziness, and emotional disorders. Tanakan well tolerated in patients with hypertension and cognitive impairment, and no serious side effects in combination with other antihypertensive agents.

УДК 616.34-008.314.4-053.2-035:2-035:615.246.8

З.Н. КАЗБЕКОВА¹, С. КАЛКАШЕВА², Д.М. ГИРИЧЕВА, А.Ж. КУНКАЕВА³

Детская городская поликлиника № 17, г. Алматы¹

Районная поликлиника, г. Жаркент²

Детская городская поликлиника №17, г. Алматы³

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Аннотация

Применение цитомукопротекторов, в частности, Смекты, которая широко применяется в лечении различных видов диарей, представляется весьма перспективным и в составе комплексной терапии заболеваний верхних отделов желудочно—кишечного тракта у детей, особенно младшего возраста, в связи с ограниченным применением у них ряда лекарственных препаратов.

Ключевые слова: диарейный синдром, эндотоксемия, цитомукопротекторы.

Один из ведущих патологических состояний при **диарейных заболеваниях** - это кишечный токсикоз. Желудочно-кишечный тракт состоит из комплекса защитных механизмов и реакций один, из которых — слизистый барьер тонкого и толстого кишечника. В повседневной жизни защитные механизмы желудочно-кишечного тракта справляются с различными агрессивными факторами. Но когда, агрессивные воздействия становятся комплексными, или в большом количестве (различные токсины, микробы), тогда защитные механизмы теряют свое предназначение. Механизм повреждения при этом выглядит таким образом: повреждается эпителий, связи между **энтероцитами** ослабевают, нарушается образование слизи. Следствием этого является нарушение механизма реабсорбции жидкости в кишечнике, что приводит к **диарейному синдрому**. Необходимо напомнить, что диарея не всегда органическое поражение желудочно-кишечного тракта, это не всегда инфекционный процесс, причиной появления жидкого стула может быть синдром раздраженного кишечника.

В любом случае накопление токсических веществ в организме препятствует нормальному функционированию систем и органов, что может привести к синдрому полиорганной патологии. Поэтому борьба с **эндотоксемией** является актуальной проблемой в лечении различных патологических состояний.

Для борьбы с эндотоксемией предложено много методов детоксикации парентерального характера (гемосорбция, ультрафильтрация, плазмафе-

рез и т.д.), но многие из них технически трудно осуществимы, имеют побочные действия, особенно в детском организме.

Поэтому учеными велся поиск неинвазивных методов борьбы с эндотоксемией, что привело к энтеросорбции. Хотя применение простых энтеросорбентов уходит корнями в прошлые столетия, но широкое распространение этот метод получил в наше время. **Энтеросорбция** —метод лечения, основанный на энтеральном введении веществ, которые обладают способностью эффективно связывать и выводить различные компоненты кишечного содержимого. На этом механизме основано применение **энтеросорбентов** при **диарейном синдроме**. Из широкого набора применяемых в настоящее время сорбентов мы выбрали смекту. **Смекта** — природный минерал- диоктаэдрический смектит. Учитывая один из главных механизмов повреждения защитного барьера, смекта улучшает качество слизи, а при взаимодействии ее с гликопротеинами повышает сопротивляемость барьера слизи Ig A.

При этом нет вредного влияния на нормальную микрофлору кишечника. То есть, в результате взаимодействия смекты с гликопротеинами слизи восстанавливается муциновый слой. Кроме того смекта является мощным сорбентом: патогенные бактерии, при этом адсорбируются на пластины, а между пластинами — небольшие молекулы: желчные кислоты, непереваренные углеводы, а на периферии токсины. Смекта в свою очередь обладает не только **адсорбирующим**

действием, она также формирует барьер, который защищает слизистую оболочку пищеварительного тракта от различных повреждающих факторов. Такими факторами могут быть - соляная кислота, вырабатываемая в желудке, соли желчных кислот, которые присутствуют в желчи, токсины и микроорганизмы. Смекта поглощает газы, тем самым, уменьшая вздутие живота.

Благодаря широкому спектру действия **Смекта** может применяться в качестве этиотропного, патогенетического и симптоматического препарата при любых типах диареи.

В литературе имеются данные по применению Смекты в качестве монотерапии у детей с хроническим гастритом и гастроудоденитом (в том числе Н. pylori –позитивных). При этом препарат назначался в возрастной дозировке на 3 недели 3 раза в день через 60 минут после приема пищи.

Применение цитомукопротекторов, в частности, Смекты, которая широко применяется в лечении различных видов диарей, представляется весьма перспективным и в составе комплексной терапии заболеваний верхних отделов желудочно–кишечного тракта у детей, особенно младшего возраста, в связи с ограниченным применением у них ряда лекарственных препаратов (ингибиторы протонной помпы, Н₂ –гистаминоблокаторы, синтетические аналоги простагландинов и др.). Таким образом, применение смекты оправдано как при инфекционной диарее, так и при функциональной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Горелов А.В., Мимотин Л.Н., Усенко Д.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению острых кишечных инфекции у детей.- М.:2005.- 106 с.

2 Острые кишечные инфекции у детей // Сборник методических рекомендаций и пособий для врачей.- Под редакцией Н.В.Скриченко Санкт-Петербург, 2005.-106 с.

3 Щербаков П.П., Петухов В.А. Сравнительная эффективность энтеросорбентов при диарее у детей // Вопросы современной педиатрии, 2005.- Т4.- №4.- С.85-89.

4 Куттыкужанова Г.Г., Оспанова З.М., Хван Г.В., Султанова Т.А. Синдром диареи у детей // Алматы: Методические рекомендации, 2006.- 21 с.

5 Оказание стандартной помощи детям // Руководство ВОЗ по ведению наиболее распространенных заболеваний в стационарах первичного уровня адаптированное к условиям РК,2005.- 387 с.

6 Droy M.T. et al. La finance : nouvelle approche de y agression intestinale et de sa therapeutique /Gastro et.clin/ Diol/1985 P.119-121.

ТҮЙІН

З.Н. ҚАЗБЕКОВА¹, С. ҚАЛҚАШЕВА²,

Д.М. ГИРИЧЕВА, А.Ж. ҚҰНҚАЕВА³

Қалалық балалар емханасы № 17, Алматы қ.¹

Райондық емхана, Жаркент қ.²

Қалалық балалар емханасы №17, Алматы қ.³

БАЛАЛАРДАҒЫ ДИАРЕЯ СИНДРОМЫН ЕМДЕУ СҰРАҚТАРЫ

Диареянің түрлі көрінісінің шипасында кен қолданылатын Смекта дәрісі әр-қилы дәрі-дәрмек іше алмайтын кіші жастағы балаларда асқазан-ішек жолдарының ауруларында кешенді терапия түрінде жақсы қолданылады.

SUMMARY

Z.N. KAZBEKOVA¹, S. KALKASHEVA², D.M.

GIRICHEVA, A.Z. KUNKAIEVA³

Children's city hospital № 17, Almaty¹

Polyclinic, Zharkent²

Children's city hospital № 17, Almaty³

TREATMENT ISSUES OF DIARRHEAL SYNDROME IN CHILDREN

Application enterosorbents Smecta in the treatment of various types of diarrhea is promising and should be part of the treatment of diseases of the upper gastrointestinal tract in children, especially young children, due to their limited use of certain drugs (proton pump inhibitors, H₂-histamine blockers, synthetic analogues prostaglandin etc.). Thus, the use Smecta justified as in infectious diarrhea and in functional.

УДК 616.322-002-053.4/.5-035:615.375

Н.В. ЛЕБЕДЕВИЧ

ГККП Городская детская поликлиника № 3, Алматы

АНГИНЫ У ДЕТЕЙ. БЕЗОПАСНЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Аннотация

В статье рассмотрены причины заболевания ангины у детей дошкольного возраста и старше. Симптоматика, безопасные методы профилактики и лечения.

Ключевые слова: ангина, снижение иммунитета, безопасные методы лечения.

Ангина — это заболевание инфекционной природы, при котором отмечается воспаление небных миндалин. Дети болеют ангиной довольно часто, особенно в холодное время года. По частоте встречаемости у детей ангина уступает только респираторным вирусным инфекциям.

В возникновении и развитии ангины наибольшее значение придают стрептококковой, стафилококковой, пневмококковой, вирусной инфекции, которая может быть внесена извне (чаще воздушно-капельным путем) или возникает вследствие снижения реактивности и повышения вирулентности микроорганизмов, постоянно находящихся в лакунах миндалин, полости рта и глотки.

Отчего же может возникнуть ангина?

Выделяют 3 основные причины возникновения этой болезни.

Первая причина — это развитие инфекции из какого-либо внутреннего очага, в результате резкого снижения иммунитета, например, после переохлаждения.

Вторая причина — это передача возбудителя от носителя или больного человека.

Третья причина — это обострение хронического тонзиллита, как правило, тоже связано со снижением иммунитета.

Симптоматика:

- острое начало, быстрое развитие болезни;
- резкое повышение температуры;
- общая интоксикация организма (ознобы, потливость, слабость, потеря аппетита);
- увеличенные и воспаленные миндалины, покраснения, налеты, гнойнички;
- боль в горле, усиливающаяся при глотании;
- головная боль;
- ребенок становится капризным, плаксивым

Лечение:

Многие родители не понимают, что нельзя затягивать с лечением ангины или заниматься

самолечением путем ополаскивания народными средствами. Главной причиной частого заболевания ребенка ангиной является снижение его иммунитета, на фоне чего происходит развитие инфекций.

Назначаются режим постельный, антибиотикотерапия в случае если ангина гнойная, симптоматическое лечение, иммуномодуляторы.

Особого внимания требуют детки со сниженным местным иммунитетом. Детям, болеющим 1-2 раза в год, обычно назначают медикаментозное лечение и укрепление организма с помощью общепринятых методов (рациональный режим учебы и отдыха, правильное питание, закаливание, витаминотерапия).

Одним из безопасных методов лечения и поднятия иммунной системы у детей дошкольного возраста является бэбипроп — с эхинацеей способствует усилению физиологической иммунной защиты и повышению сопротивляемости организма внешним факторам. В составе комплексной терапии для вспомогательного лечения и профилактики ангины, гриппа и вирусных инфекций. Таблетки в форме медвежат, с приятным клубничным вкусом.

Прополис — обладает противомикробными и противовоспалительными свойствами, подавляет активность и уничтожает широкий спектр микроорганизмов

- проявляет противовирусную активность, препятствует размножению вирусов

- имеет свойства местного анестетика и обладает обезболивающим эффектом, уменьшает болезненные ощущения в горле при глотании

- стимулирует регенерацию тканей, способствует быстрому восстановлению целостности слизистых оболочек после перенесенных вирусных и бактериальных заболеваний дыхательных путей.

Эхинацея - растительный иммуномодулятор, эффективное средство профилактики бактериальных и вирусных инфекций.

- повышает естественные защитные силы организма и сокращает продолжительность заболевания

- стимулирует деятельность всех типов клеток иммунной системы, борющихся с инфекциями

- предотвращает начало заболевания

- ослабляет симптомы простуды

Назначается детям от 4-х до 8-ми лет: 3—5 таблеток в день

для детей старше 8-ми лет: 5 таблеток в день.

Таблетки тщательно разжевываются во рту.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико—социальные аспекты. Пути оздоровления. — Издательство Саратовского университета, 1986.- 184 с.

2 Пономарев Л.Е. с соавт. Влияние хронического тонзиллита на формирование группы часто болеющих детей из детских дошкольных учреждений // Новости оториноларингологии и логопатологии.- 1995.- №3(4), С.143—144.

ТҮЙІН

Н.В. ЛЕБЕДЕВИЧ

МҚКК № 3 Қалалық балалар емханасы, Алматы қ.
БАЛАЛАРДАҒЫ БАСПА. АЛДЫН-АЛУ ШАРАЛАРЫНЫҢ ҚАУЫПСІЗ ӘДІСТЕРІ

Бұл мақалада мектепке дейінгі балалардағы баспа ауруының пайда болу себебі мен симптоматикасы қарастырылған. Қауыпсіз алдын-алу шаралары мен емі туралы айтылған.

SUMMARY

N.V. LEBEDEVICH

City children hospital №3, Almaty

TONSILLITIS IN CHILDREN. SAFE METHODS OF PREVENTION

Tonsillitis in children of preschool age and older. Causes of disease symptomatology, safe methods of prevention and treatment.

УДК 616.2-036.11:616.9-053.5-084

**А. ОМИРТАЙ, Л.Б. ГАЛИЕВА, М.К. МАКЕЕВА,
Э.Р. БЕГАЛИЕВА, И.В. КОЧЕРГИНА, Б.А. КОСАЕВА**
ГККП Городская детская поликлиника № 3, г. Алматы

ДИСБАКТЕРИОЗ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Аннотация

Формирование микрофлоры кишечника у детей на грудном вскармливании. Влияние лакто бифидобактерий на пищеварительную систему ребенка. Симптомы, профилактика и лечение.

Ключевые слова: дисбактериоз кишечника, грудное вскармливание.

У новорожденного малыша все органы, которые сообщаются с окружающей средой, являются стерильными и заселение бактериями происходит только в процессе родов. Для дальнейшего формирования микрофлоры кишечника ребенка очень важно молоко и материнское молоко. Стабильная микрофлора устанавливается в организме у грудных детей приблизительно через месяц после рождения. Бифидобактерии и лактобактерии составляют 90% дружественных бактерий в кишечнике, 10% - это кишечные палочки, стафилококки, стрептококки, пептококки, энтеробактерии и др. [1].

Лакто - и бифидобактерии — играют огромную роль в процессе переваривания пищи, расщепления сложных углеводов и жиров, способствуют усвоению организмом витаминов и микроэлементов, принимают активное участие в процессе формирования иммунитета ребенка, создают защиту от патогенных микроорганизмов, которые попадают в кишечник с пищей, контролируя их количество, не допуская дисбаланса флоры кишечника. Но при определенных условиях баланс флоры кишечника нарушается, начинают размножаться протеи, стафилококки, стрептококки, дрожжеподобные грибы, которые могут

вытеснить полезные микроорганизмы. В таких случаях развивается дисбиоз или дисбактериоз кишечника [2].

Симптомы дисбактериоза у грудных детей:

- диарея, частый стул жидкой консистенции, коричневого или зеленоватого цвета со специфическим неприятным запахом.

- потеря веса, которая отмечается при ежедневном взвешивании ребенка;

- пониженный аппетит. Ребенок ест мало, без удовольствия, часто срыгивает;

- боли в животике, повышенная капризность и плаксивость;

- выделение газов, брожение (урчание при пальпации);

- анемия

- Причины возникновения первичного дисбактериоза у грудных детей:

- ранний перевод (до одного месяца) малыша на искусственное кормление;

- искусственное вскармливание с рождения;

- прием кормящей матерью антибиотиков или гормональных препаратов;

- недостаточная выработка пищеварительных ферментов, при которой остатки пищи вовлекаются в процесс брожения и являются благоприятной средой для роста условно патогенных микроорганизмов;

- снижение тонуса или спазмы мышц кишечника, причиной которых могут быть психические или физические стрессы, операции.

Профилактика и лечение дисбактериоза кишечника у детей:

- Кормление грудью является самой настоящей страховкой здоровья желудочно-кишечного тракта ребенка в течение первых лет жизни. Грудное молоко способствует росту бифидобактерий, которые препятствуют колонизации кишечника болезнетворными бактериями, а также содержит антитела и факторы, которые защищают ребенка от заболеваний, даже если патогенным бактериям удалось прижиться в кишечнике. Кормление грудью помогает восстановить баланс микрофлоры кишечника [3].

- Существует ряд пробиотических препаратов, которые выполняют функции нормальной микрофлоры и создают благоприятные условия для роста собственной флоры кишечника.

В настоящее время применяются комплексные препараты - синбиотики, содержащие одновременно пробиотики и пребиотики. Пребиотики помогают пробиотикам без вреда проходить агрессивную для них среду верхних отделов же-

лудочно-кишечного тракта, создавая более благоприятную среду для роста в толстом кишечнике. Синбиотики стимулируют рост и развитие нормальной микрофлоры кишечника, восстанавливая правильный микробный баланс в кишечнике. Одним из представителей этой группы препаратов является Ферталь, в его состав входит 5 живых лиофилизированных лакто-и бифидобактерий, пребиотическая среда в виде Алое вера, которая обладает регенерирующим и противовоспалительным эффектом и витамины группы В — для улучшения процессов метаболизма. Имеет 2 формы выпуска: капсулы и флаконы. Рекомендуются детям с 2 месяцев по 1 флакону 1 раз в день, детям с 6 лет по 1 капсуле 1 раз в день.

Важную роль при профилактике дисбактериозов у детей до года жизни играет грудное вскармливание. Однако при неправильном питании или в ряде заболеваний может возникнуть дисбактериоз кишечника.

Современные методы лечения включают в себя эффективность и удобство применения препаратов, которые создают благоприятные условия для роста собственной флоры кишечника.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Мавродий В.М. Синдром дисбактериоза (зачем и как лечить): методические рекомендации.- Одесса.- 2002.- 18 с.

2 Прохоров Е.В. Диагностика и лечение дисбактериоза кишечника у детей: методические рекомендации.- Донецк.- 1999.- 20 с.

3 П. Хавкин А.И. Микробиоценоз кишечника и иммунитет // Русский медицинский журнал.- 2003.- №3.- С.17-21.

ТҮЙІН

А. ӨМІРТАЙ, Л.Б. ГАЛИЕВА, М.К. МАКЕЕВА, Э.Р. БЕГАЛИЕВА, И.В. КОЧЕРГИНА, Б.А. КОСАЕВА
№ 3 Қалалық балалар емханасы, Алматы қ.
АНА СҮТІНДЕГІ БАЛАЛАРДАҒЫ ДИСБАКТЕРИОЗ

Ана сүтіндегі балардың ішек микрофлорасының қалыптасуы. Лакто- бифидобактериялардың ас қорыту жүйесіне әсері. Симптоматикасы. Алдын алу шаралары мен емі.

SUMMARY

A. OMIRTAY, L.B. GALIYEVA, M.K. MAKEEVA, E.R. BEGALIYEVA, I.V. KOCHERGINA, B.A. KOSAIEVA

№3 City children's clinic, Almaty
DYSBACTERIOSIS IN INFANTS AGE

Formation of intestinal microflora in breastfed babies. Effect of lacto bifidus bacteria in the digestive system of the child. Symptoms, Prevention and Treatment.

УДК 617.7:616.98:578.826

Н.К. МАНАСОВ, Ш. ТЛЕБЕРГЕНОВ

Военный клинический госпиталь МО РК, г. Алматы

АДЕНОВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛАЗ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Аннотация

Статья посвящена лечению аденовирусных заболеваний глаз у военнослужащих. Авторы приводят клинический случай аденовирусных инфекций глаз в воинских частях — 39 человек. Описана клиника, санитарно-эпидемиологические мероприятия, даны практические рекомендации для врачей части.

Ключевые слова: конъюнктивит, аденовирусные заболевания, лечение военнослужащих.

Воспаление слизистой глаз аденовирусной этиологии занимает значительное место в патологии конъюнктивитов среди военнослужащих.

Под нашим наблюдением, за 2012 год, в ВКГ МО РК находилось 39 больных по поводу воспаления слизистой глаз аденовирусной этиологии.

Следует отметить, что заболевание у 14 больных возникали спорадически, а у 25 в виде группового заболевания в воинской части, где имеет место постоянный тесный контакт большого круга людей. В связи, с чем в воинской части вводился временный карантин до ликвидации инфекции с проведением санитарно-эпидемических мероприятий.

Путь передачи инфекции — воздушно-капельный. Клиническое течение характеризовалось общим недомоганием, субфебрилитетом. У двух больных заболевание протекало особенно тяжело как локально, так и сопровождалось общими расстройствами — адинамия, головные боли, общая слабость. По клиническому течению мы наблюдали пленчатые конъюнктивиты — у 15 больных, фолликулярные конъюнктивиты — у 24 больных. Заболевание одного глаза наблюдалось у пяти больных, обоих глаз — у 34, из них у 14 заболевание одновременно на обоих глазах, а у 24 второй глаз заболел на 3-4-е сутки и лишь у одного больного второй глаз заболел на седьмые сутки. Больные жаловались на светобоязнь, слезотечение, жжение, чувство тяжести, ощущение распырания в глазах. Объективно отмечался отек кожи век от незначительного до резко выраженного, гиперемия и инфильтрация кожи. Слизис-

тая инфильтрирована, складчатая, лаковая, у большинства больных с обильным высыпанием фолликул как на слизистой век, переходной складке, хряще, а также на полунной складке и слезном мясе. У семи больных, кроме конъюнктивальных явлений, в центре роговицы были точечные субэпителиальные инфильтраты. Положительные флуоресцентные пробы. У всех больных отделяемое из конъюнктивального мешка было скудное, слизистое, течение болезни торпидное.

При бактериологическом исследовании конъюнктивального отделяемого определялись вирус простого герпеса, цитомегаловирус и аденовирусы. Патогенной и специфической микрофлоры обнаружено не было.

Мы применяли как местное лечение (обильное промывание конъюнктивальных полостей изотоническими растворами, закапывание офтальмоферрона, закладывание за веки мазей вирган, зовиракс), противовосполительную терапию (Дикло-Ф) а так же специфическую (ацикломакс, ацикловир), общеукрепляющую и десенсибилизирующую терапию, глазные капли Офтолик, комплекс витаминов В и С. В результате вышеприведенного лечения получен благоприятный исход. Лишь у одного больного осталось помутнение роговицы, незначительно понизившее остроту зрения, что не сказалось на годности к воинской службе.

Высокая контагиозность, характерные клинические проявления описанного группового заболевания подтверждают поражение слизистой гла-

за аденовирусами. Основные пути борьбы с аденовирусными заболеваниями: раннее выявление, изоляция больных, противоэпидемические мероприятия, индивидуальная профилактика, санитарное просвещение.

Профилактика аденовирусных заболеваний глаз должна включать в себя целую систему последовательно проводимых мер. В основном они следующие:

1. Срочная изоляция выявленных больных и контактировавших с ними в домашних условиях или в инфекционном отделении госпиталя. Длительность изоляции при аденовирусных инфекциях - 8 дней.

2. Прерывание путей распространения инфекции:

- ежедневная влажная уборка помещений 1-2% раствором хлорамина и обеззараживание воздуха УФ-лучами;

- тщательное мытье рук теплой водой с мылом в проточной воде до и после осмотра больного, разведение век его глаз только с помощью марлевых шариков;

- использование индивидуальных глазных капель и стеклянных палочек для закладывания мази;

- стерилизация кипячением в течение 15 минут инструментария; если изделия не выдерживают температурной обработки, их надо залить 1% раствором хлорамина или 4% раствором перекиси водорода, 5% раствором фенола;

- исключить манипуляции, которые могут вызвать микротравмы глаза (тонометрия, гониоскопия, массаж век, физиотерапевтические процедуры, подконъюнктивальные инъекции и т.д.).

В связи с этим большое значение играет раннее выявление в воинском коллективе аденовирусной инфекции и скорейшая изоляция больных с проведением специфического лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Майчук Ю.Ф., Вирусные заболевания глаз. — М.: Высшая школа, - 1981. — С. 103—150.

2 Щипанова А.И., Хорошилова-Маслова И.П.- В кн.: Вирусные заболевания глаз. М., 1982.- С. 100—102.

ТҮЙІН

Н.К. МАНАСОВ, Ш. ТЛЕБЕРГЕНОВ

Әскери клиникалық госпиталь ҚР ҚМ, Алматы қ.
**ӘСКЕРІ ҚЫЗМЕТКЕРЛЕРДЕГІ АДЕНОВИРУСТЫ
АУРУЛАР ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ЕМДЕУ ЖОЛДАРЫ**

Бұл мақала әскери адамдардың арасындағы көздің аденовирустық инфекциясын емдеуге арналған. Мақаланың авторлары көздің аденовирустық инфекциясымен ауырған әскери бөлімнің 39 жауынгердің клиникалық жағдайын мысалға келтіреді. Клиникалық көрініс пен санитарлық-эпидемиологиялық іс-шаралар әскери бөлімдердегі дәрігерлерге практикалық кеңес ретінде берілген.

SUMMARY

N.K. MANASOV, S.TLEBERGENOV

Military Clinical Hospital, MD of RK, Almaty
**MILITARY'S EYE ADENOVIRAL DISEASES
TREATMENT**

The article is dedicated to military's eye adenoviral diseases treatment. Authors present 39 clinical cases of adenovirus eye infections in the army. Clinic, sanitary-epidemiological measures, practical recommendations for military physicians are described.

УДК 616.831-005:616.134.9:616.711

Н.Б. ЕРКЕБАЕВА

Жамбылский областной филиал Республиканского центра развития здравоохранения, г. Тараз.

**ВЕРТЕБРОГЕННЫЙ ФАКТОР КАК ПРИЧИНА
ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
В СИСТЕМЕ ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРНОГО СОСУДИСТОГО БАССЕЙНА**

Аннотация

В материалах статьи представлены причины развития цереброваскулярных заболеваний связанные с поражением сосудов вертебробазилярного бассейна.

Ключевые слова: вертебробазилярный бассейн, дисциркуляторные нарушения, методы диагностики.

Установлено, что в основе цереброваскулярных заболеваний чаще всего лежат стенозирующий атеросклероз артериальной системы мозга и артериальная гипертензия. Однако в связи с анатомическими особенностями экстракраниальные отделы сонных и позвоночных артерий могут быть подвержены влиянию и механических факторов (мышц, связочного аппарата, костных образований шейного отдела позвоночника). Наиболее уязвимым, на наш взгляд, является вертебробазилярный бассейн. Характерным является, как свидетельствует статистика, что в артериях вертебробазилярного бассейна преобладающие нарушения мозгового кровообращения возникают в 2-2,5 раза чаще, чем в других сосудистых бассейнах [1].

Это обусловлено тем, что позвоночные артерии расположены в смещающихся по отношению друг к другу костных кольцах, формирующихся отверстиями поперечных отростков шести шейных позвонков. В условиях смещаемости позвонков относительно друг друга наиболее выраженными и частыми следует ожидать изменения гемодинамики у лиц с явлениями статодинамической нестабильности в шейном отделе позвоночника и наличием признаков унковертебрального артроза. В период сна действия этих факторов возрастает и может оказывать существенное влияние на церебральную гемодинамику, особенно при сне с высоко поднятой или опущенной головой. Представляется вероятным, что немаловажное значение при этом имеет и наличие сосудистой извитости экстракраниальных артерий. В доступной литературе этот вопрос освещен мало.

Цель исследования: определить особенности церебральной гемодинамики в зависимости от привычного положения во время сна.

Материалы и исследования. Исследования проводились в группе из 897 пациентов (665 мужчин, 232 женщины) - основная группа, в разное время проходивших обследования в условиях госпиталя. Средний возраст обследуемых $57,4 \pm 0,9$ года. По возрасту пациенты были распределены на следующие группы: 15-34 лет (1,7%), 35-54 лет (15,5%), 55-70 лет (39%), старше 70 лет (43,8%). Всем обследуемым проводилось клинико-инструментальное обследование, включавшее оценку неврологического статуса и исследование церебральной гемодинамики методом реоэнцефалографии с функциональными пробами и ультразвуковой доплерографии, а также анализировались данные рентгенографических обследований шейного отдела позвоночника. Анализ показателей гемодинамики проводился в зависимости от привычного положения пациентов в период сна.

Результаты: В результате анализа данных, полученных при опросе, установлено, что положение во время сна на правом боку преобладает во всех возрастных группах (55-60%), на левом - в 2 раза меньше (23-24%), сон на спине - у 68%, на животе - у 6-3%. Лица пожилого и старческого возраста предпочитают спать на правой стороне, женщины несколько чаще мужчин спят на спине и животе.

Анализ показателей церебральной гемодинамики свидетельствует, что наибольшие изменения в зависимости от положения головы во время сна возникают в системе вертебробазилярного бассейна. Наиболее низкими показатели кровотока оказались у лиц, спящих на животе, наиболее высокими - у спящих на спине. Показатели различия между этими группами, а также с остальными - достоверны. Характерным оказа-

лось, что этот эффект воздействия в старших возрастных группах был более выраженным, показатели различий достоверны. У лиц, спящих избирательно на одной из сторон, выявлялось снижение кровотока в соименной стороне позвоночной артерии.

У спящих на животе чаще и в большей степени выявлялось ухудшение эластико-тонических показателей, как в системе позвоночных, так и внутренних сонных артерий. Ультразвуковая доплерография в основном подтвердила выявленные особенности возникающих изменений церебрального кровотока и в 35-40% случаев указывала на наличие локальных атеросклеротических изменений, как в общих, так и внутренних сонных артериях, в 30% случаев выявлялась непрямой ход хода позвоночных артерий.

Нами проведено дополнительное исследование церебральной гемодинамики у 10 испытуемых (контрольная группа) методом РЭГ в условиях, моделирующих типичные положения головы в период сна. Анализ показателей церебральной гемодинамики в условиях эксперимента полностью подтвердил результаты анализа показателей в основной группе. Наиболее выраженными изменениями церебральной гемодинамики оказались у лиц с наличием явлений нестабильности в шейном отделе позвоночника, а также с более выраженными дегенеративно-дистрофическими изменениями в нем.

При моделировании типичных положений во сне оказалось, что наилучшими были показатели у лиц, моделирующих положение сна лежа на спине на невысокой подушке, наихудшими (сниженными) – у обследуемых, моделирующих положение сна лежа на животе. В этом положении выявлена наибольшая выраженность действия экстрабазальных факторов, особенно вертеброгенных. При моделировании положений сна на правой или левой стороне снижение пульсового кровенаполнения по данным РЭГ отмечалось в большей степени в позвоночных артериях, особенно в артерии соименной стороне сна.

Таким образом, материалы контрольного обследования полностью подтвердили результаты анализа показателей гемодинамики у лиц основной группы. Представляется вероятным предположение, что в ряде случаев неблагоприятное влияние положения головы на состояние церебральной гемодинамики во время сна может быть причиной срыва ее компенсации и развития раз-

личных клинических форм мозговой сосудистой недостаточности. Все изложенное свидетельствует о наличии дополнительного, не описанного ранее, механизма срыва церебральной гемодинамики, дополнительного фактора риска ее нарушения. Проведенное исследование позволило уточнить роль вертеброгенных факторов на состояние церебральной гемодинамики в вертебробазилярном бассейне. Выявленные особенности влияния положения головы во сне на церебральный кровоток целесообразно учитывать как в клинической практике, так и при исследовании ее в лабораторных условиях.

Известна высокая профессиональная значимость пароксизмальных расстройств сознания (ПРС) у лиц операторских профессий. Поиск их причин, вскрытие патогенетических механизмов всегда будут актуальными как в клинической, так и профессиональной медицине. Одним из значимых условий для развития ПРС являются дисциркуляторные нарушения (ДН) в системе вертебробазилярного бассейна (ВББ), имеющие разнообразную клиническую феноменологию, зачастую описываемую в клинической неврологии как синдром бриття, «Drobaettes» и т. д.

Нами обследовано клиничко-неврологически, нейро-физиологически и рентгенографически 82 больных с клиническими проявлениями ДН в системе ВББ. Среди обследуемых были 22 женщины в возрасте от 20 до 45 лет, остальные мужчины в возрасте 25-60 лет. Практически все они по профессии могли быть отнесены к специалистам операторского профиля, а к моменту обращения за медицинской помощью занимались профессиональной деятельностью. В неврологическом статусе доминировали признаки сосудистой вертебробазилярной недостаточности, а в анамнезе у 80% отмечались эпизоды пароксизмальных ухудшений самочувствия различной степени сосудистого генеза.

Оказалось характерным, что провоцирующими ДН в ВББ у 90% обследуемых были либо резкое ротационное движение головой, либо длительная умственная нагрузка зрительного характера (чтение, письмо, расчеты), а также нахождение в неудобном положении с наклоненной головой. Такого рода ротационные движения головой, движения сгибательного и разгибательного характера и латерофлексия, а также нахождение в однообразной статической позе с преимущественной нагрузкой на позвоночник характерны для специалистов операторского профиля.

При клинико-инструментальном обследовании эти особенности нами были учтены. Клинико-инструментальное обследование проводилось с моделированием профессиональных поз. В частности, рентгенографическое обследование проводилось с применением функциональных проб (наклон головы вперед, запрокидывание ее назад). **Реоэнцефалографическое** обследование было выполнено с использованием функциональных проб, моделирующих провоцирующие воздействия: повороты головы в стороны, наклон ее вниз и запрокидывание назад. У 50% обследуемых было произведено дуплексное сканирование магистральных артерий шеи, а у части обследуемых ЭЭГ и компьютерная томография головы и некоторых позвоночных сегментов шеи.

Характерным оказалось, что рентгенографические признаки дегенеративнодистрофических изменений шейного отдела позвоночника в различной степени выраженности выявлены у всех обследуемых. У 56% обследованных при функциональных пробах выявлены признаки псевдоспондилолистеза - явления нестабильности одного или двух позвоночно-двигательных сегментов. В 25% наблюдений выявлены аномалии Киммерля.

Данное понятие включает в себя то состояние, когда вместо борозды для позвоночной артерии на первом позвонке формируется костный канал вследствие окостенения связки над этой бороздой между дугой I шейного позвонка и нижней частью затылочной кости. При активных движениях в суставах головы, особенно при ее ротации и латерофлексиях, может происходить компрессия позвоночных артерий с нарушением кровотока в них и развитием дисциркуляторных проявлений в системе вертебробазилярного бассейна с различной клинической симптоматикой. При меньших интенсивностях воздействий могут быть различные ирритативные симпаталгические состояния, в том числе с явлениями ангиоспазма. Характерным оказалось, что у лиц с наличием аномалии Киммерле всегда имелись признаки псевдоспондилолистеза ниже расположенных позвоночных двигательных сегментов, а клинико-неврологические проявления ДН в системе ВББ отличались длительным и упорным течением заболевания, в ряде случаев оно длилось десятилетия. Лечились эти пациенты, в основном, с диагнозом мигрень, как правило, без положительного эффекта.

При РЭГ-обследовании функциональные пробы у всех были положительными. У 90% обследо-

ванных показатели пульсового кровотока по позвоночным артериям были снижены в 2-2,5 раза по сравнению с нормальными величинами, асимметрия кровотока более 25% отмечалась у 60% больных. При дуплексном сканировании магистральных артерий шеи у 70% обследованных отмечалась непрямолинейность хода позвоночных артерий, а изгибы их были выражены в зонах патологической подвижности позвонков. Характерным было то, что в 50% случаев скоростные показатели кровотока при этом обследовании были в пределах нормы, а у некоторых имелись нерезкие признаки атеросклеротических изменений в сосудах. **Компьютерно-томографическое обследование**, применяемое в случаях резкого снижения высоты межпозвоночного диска, выявляло либо грыжевое выпячивание, либо протрузию этого диска. А на КТ головы признаков очагового органического поражения мозга обычно не выявлялось. При ЭЭГ-обследовании в 60% выявлялись нерезкие признаки дисфункций срединных структур мозга [2].

Таким образом, вертеброгенные факторы наряду с атеросклерозом играют значительную роль в формировании предпосылок для развития дисциркуляторных сосудистых расстройств в системе вертебробазилярного бассейна.

Наиболее значимыми при выявлении патогенетических механизмов ДН в ВББ оказались РЭГ и рентгенографические исследования с функциональными пробами, менее значимыми ЭЭГ и дуплексное сканирование магистральных артерий шеи.

Ведущими факторами риска развития ДН являются наличие псевдоспондилолистеза и аномалии Киммерле, что обуславливает необходимость проведения обследований с целью исключения в первую очередь указанных патологических изменений шейного отдела позвоночника - явлений патологической подвижности - псевдоспондилолистеза и аномалии Киммерле [3].

Как свидетельствует наш опыт, основную роль в уточнении патогенетических механизмов ДН ВББ играют функциональные пробы при РЭГ и рентгенологическом обследовании, что позволяет их рекомендовать к более широкому применению при обследовании лиц с наличием признаков вертебробазилярной недостаточности, так как только они позволяют выявить скрытые механизмы риска ДН в ВББ как постоянной угрозы ПРС у специалистов операторского профиля.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Новосельцев С.В. Вертебрально-базилярная недостаточность. Возможности мануальной диагностики и терапии.- М., 2007.- С. 23
- 2 А.А. Дроздов Новый справочник невропатолога. - Ростов-на-Дону: Феникс.- 2007.-С. 148.
- 3 Дифференциальная диагностика в неврологии и нейрохирургии. С.А. Цементис М.: ГЭОТАР-Медиа.- 2005.- С. 37.

ТҮЙІН

Н.Б. ЕРКЕБАЕВА

Республикалық денсаулық қорғауды дамыту орталығының Жамбылдық облыстық филиалы, Тараз қ.
ВЕРТЕБРОБАЗИЛЯРЛЫҚ БАССЕЙН ТАМЫРЛАР ЖҮЙЕСІНДЕГІ ГЕМОДИНАМИКАЛЫҚ БҰЗЫЛУ

СЕБЕБІ ТҮРІНДЕГІ ВЕРТЕБРОГЕНДІК ФАКТОР

Мақаланың материалдарында вертебробазилярлық бассейн тамырларының бұзылуымен цереброваскулярлық аурулардың даму себептері көрсетілген.

SUMMARY

N.B. ERKEBAEVA

Zhambyl regional branch of the National Center for Health Development, Taraz
VERTEBROGENIC FACTORS IN DETERMINING HEMODYNAMIC ABNORMALITIES IN VERTEBROBASILAR VASCULAR BEDS

The materials of the article presented the causes of cerebrovascular diseases associated with damage to blood vessels vertebrobasilar basin.

УДК 616-099:615.099.08:615.246.2

К.Т. МУСАХАНОВ, Р.К. ИДРИСОВ

ГКП на ПВХ Енбекшиказахская центральная районная больница, г. Есик

ОЧИЩЕНИЕ ОРГАНИЗМА АКТИВИРОВАННЫМ УГЛЕМ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ МЕДИКАМЕНТАМИ

Аннотация

В статье рассмотрены стадии отравления медикаментами, и лечение всех видов отравления активированным углем.

Ключевые слова: острые отравления, клинические стадии, активированный уголь.

Среди несчастных случаев, при которых необходима экстренная медицинская помощь, сейчас довольно частыми бывают отравления медикаментами, принятыми в дозе, превышающей лечебную. Они отличаются от аллергических реакций, побочных эффектов, индивидуальной непереносимости, которые зависят, как правило, от особенностей организма и могут возникать даже после приема лечебной дозы препарата. Обычно эти реакции быстро проходят после отмены лекарства либо после проведения соответствующего лечения [1].

Острые отравления медикаментами чаще всего происходят в тех случаях, когда одно или несколько лекарств одновременно принимают без назначения врача, самостоятельно, либо по совету друзей, знакомых. Причем некоторые ошибочно считают, что, увеличив дозу принимаемого лекарства, удастся быстрее добиться улучшения самочувствия.

Снотворные средства (барбитураты). Все производные барбитуровой кислоты (фенобарбитал, барбитал, мединал, этаминал-патрий, смесь Серейского, тардил, белласпоп, бромитал и др.) довольно быстро всасываются и практически полностью желудочно-кишечном тракте.

Наблюдаются 4 клинические стадии интоксикации [2].

Стадия 1-«засыпания»: характеризуется сонливостью, апатией, снижением реакций на внешние раздражители, однако, контакт с больным может быть установлен.

Стадия 2 - «поверхностной комы»: отмечается потеря сознания. На болевое раздражение больные могут отвечать слабой двигательной реакцией, кратковременным расширением зрачков. Затрудняется глотание и ослабевает кашлевой рефлекс, присоединяются нарушения дыхания из-за западения языка. Характерно повышение температуры тела до 39⁰-40⁰С.

Стадия 3 - «глубокой комы»: характеризуется отсутствием всех рефлексов, наблюдаются признаки угрожающего нарушения жизненно важных функций организма. На первый план выступают нарушения дыхания от поверхностного, аритмичного до полного его паралича, связанного с угнетением деятельности центральной нервной системы.

В стадии 4 - «посткоматозном состоянии» постепенно восстанавливается сознание. В первые сутки после пробуждения у большинства больных наблюдаются плаксивость, иногда умеренное психомоторное возбуждение, нарушение сна.

Лечение. Отравление снотворными требует неотложной помощи. В первую очередь необходимо удалить яд из желудка, уменьшить его содержание в крови, поддержать дыхание и сердечно-сосудистую систему. Медикаменты из желудка удаляют путем его промывания (чем раньше начато промывание, тем оно эффективнее), расходуя 10-13 л воды, целесообразно повторное промывание, лучше всего через зонд. Если пострадавший находится в сознании и отсутствует зонд, промывание можно осуществить повторным приемом нескольких стаканов теплой воды с последующим вызыванием рвоты (раздражение зева).

Для связывания и выведения медикаментов в желудке используют активированный уголь.

Руководство по оказанию первой помощи при острых отравлениях:

- Необходимость оказания первой помощи не позднее 6 часов после отравления

- Согласно международным протоколам, применение активированного угля в течение первого часа после отравления полностью предотвращает всасывание токсических веществ из желудочно-кишечного тракта - Применение активированного угля в домашних условиях или службой скорой помощи значительно сокращает сроки оказания первой помощи и снижает риск развития тяжелых последствий отравления КАРБЕКС является быстрым и эффективным средством для оказания первой помощи при отравлениях.

В данное время существует новый усиленный активированный уголь в суспензии 25мг и 50мг – КАРБЕКС новый микронизированный активированный уголь с повышенной адсорбирующей способностью, в виде гранулята для приготовления суспензии, в готовых к применению флаконах,

с необходимыми при острых отравлениях дозировками.

Флакон оснащен специальным наконечником-адаптером для быстрого присоединения к желудочному зонду, если человек находится в коматозном состоянии. Срезать верхнюю часть наконечника перед присоединением к желудочному зонду.

Карбекс подтвердил свою высокую эффективность в снижении системного всасывания анальгетиков, жаропонижающих, гипноседативных веществ и антиконвульсантов, трициклических антидепрессантов, сердечных гликозидов и широкого спектра прочих лекарств и химических веществ. Некоторые препараты и токсические вещества удаляются из крови через пищеварительный тракт и затем обратно всасываются в кровь, таким образом, подвергаясь процессу рециркуляции. В таких случаях необходима повторная доза Карбекса для удаления уже всосавшихся в кровь токсических веществ.

Для предотвращения всасывания токсических веществ и их эффективной элиминации Карбекс должен применяться как можно раньше. Однако, так как процесс адсорбции при массивной передозировке лекарственными препаратами замедлен, назначение Карбекса через несколько часов после приема отравляющих веществ, также способствует детоксикации организма.

Доказана высокая эффективность микронизированного активированного угля (Карбекса) в сокращении степени всасывания медикаментов в кровяное русло. 50 г микронизированного активированного угля принятого внутрь через 5 минут, после приема медикамента, уменьшило всасывание медикамента в кровь на 97%, на 64% при приеме через 30 мин, на 59% через 60 мин, на 33% через 120 мин, на 40% через 180 мин, на 32% через 6 часов.

Максимальное влияние Карбекса наблюдалось в первые часы после приема токсического вещества. Карбекс проявил наибольшую эффективность в сокращении степени всасывания медикаментов с большим молекулярным весом и длительным периодом полувыведения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Flanagan R.J. The role of acetylcysteine in clinical toxicology.- Med Toxicol, 1987.-2.-93 p.
- 2 Matthew H. Barbiturates.- Clin Toxicol 1975.-8(5).-495 p.

ТҮЙІН

К.Т. МҰСАХАНОВ, Р.К. ЫДЫРЫСОВ

Еңбекшіқазақ ауданының орталық ауруханасы, Есік қ.
**ДӘРІ-ДӘРІМЕКТЕРМЕН УЛАНУДЫ
 БЕЛСЕНДІРІЛГЕН КӨМІРМЕН ЕМДЕУ ТӘСІЛДЕРІ**

Бұл мақалада уланудың кезеңдері мен уланудың түрлерін белсендірілген көмірмен емдеу қарастырылған.

SUMMARY

K.T. MUSAHANOV, R.K. IDRISOV

Central republican hospital enbekshykazakh district, Esik
**CLEARING OF ORGANISM AN ABSORBENT
 CARBON AT POISONING MEDICINES**

In the article the stages of poisoning medicines, and treatment of all kinds, are considered poisoning an absorbent carbon.

УДК 616.34-008.87-06:615.33:615.246.9

О.А. НАСАРТИНОВА

КГКП «Поликлиника № 4», г. Караганда

ЗНАЧЕНИЕ НОРМАЛИЗАЦИИ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У ПАЦИЕНТОВ С ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ НА ФОНЕ ПРИЕМА АНТИБИОТИКОВ

Аннотация

В статье приведены данные по опыту применения препарата Ферталь для нормализации микрофлоры кишечника на фоне приема антибиотиков. Для изучения эффективности проведен анализ клинико-лабораторных и клинических данных 112 пациентов.

Ключевые слова: микрофлора кишечника, анализ клинико-лабораторных и клинических данных.

Воздействие на организм неблагоприятных эндо-и экзогенных факторов (экологических, природных, техногенных, социальных и других) приводит к нарушениям микробиоценоза толстого кишечника и снижению иммунологической реактивности. Стрессовые ситуации - назначение антибиотиков, салицилатов, нестероидных противовоспалительных препаратов, сердечных препаратов, кортикостероидов, инфекционные заболевания кишечника, патологии иммунной системы, несбалансированное питание и др. приводят к нарушению биоценоза кишечника - дисбактериозу, который ухудшает течение основного заболевания или является самостоятельной патологией [1]. При этом происходит увеличение степени и сроков проявления клинических симптомов основного заболевания, утяжеляется общее состояние больного, ухудшаются результаты лечения, болезнь приобретает более затяжное течение, чаще возникают рецидивы, ухудшается качество жизни пациента. На основании этих данных в настоящее время все больше утверждается мнение, что нарушения микрофлоры кишечника встраиваются в патогенез многих заболеваний человека [2].

Материалы и методы. С целью изучения эффективности препарата «Ферталь» проведено исследование

у 112 пациентов, 64 женщин, 18 мужчин, средний возраст которых составил 32 год. Распределение по нозоформам было следующим: 16 (14%) больных страдали хроническим приобретенным токсоплазмозом, смешанной формы, 23 (20,5%) с хроническим бруцеллезом, костно-суставная форма, в стадии обострения, 14 (12,5%) — с уреаплазмозом, урогенитальная форма, 17 (15%) пациентов страдали урогенитальным хламидиозом, у 42 (37,5%) пациентов наблюдалась смешанная патология (сочетание уреаплазмоза, хламидиоза, микоплазмоза, токсоплазмоза). У всех пациентов в анамнезе нарушение биоценоза кишечника (снижение аппетита, вздутие живота, запоры, жидкий стул, боли в животе), 24 (21%) пациента установлен хронический холецистит, хронический панкреатит, также у 16 (14%) дисбактериоз кишечника легкой и средней степени тяжести.

Лабораторные исследования (общий анализ крови, иммуноферментный анализ, копрограмма, микрорейзж кишечника) проводились до назначения лечения и по его окончании.

Результаты и обсуждение. Анализ лабораторных данных показал у всех больных нарушение биоценоза кишечника (у 16 -14% дисбактериоз кишечника легкой и средней степени тяжести) Больные предъявляли жалобы на плохой аппе-

тит – 32 (28,5%), вздутие живота – 84 (75%), запоры – 58 (52%), жидкий стул – 6 (5%), боли в животе – 12 (11%).

Жалобы и объективный статус соответствовали основному диагнозу. Методом случайной выборки больные разделены на две сопоставимые группы: основная и контрольная. Основную группу составили 64 пациента, принимавших стандартную базисную терапию (в составе которой были антибактериальные препараты (спирамицин, джозамицин, ципрофлоксацин, офлоксацин), соответствующую основному заболеванию в течение 10-15 дней, а также пациенты принимали препарат Фертал в течение 2 недель по 1 капсуле один раз в день, соблюдали диетотерапию. В контрольной группе (48 человек) больные получали только базисную терапию (10-15 дней), диетотерапию (30 дней).

Пациенты обеих групп были примерно одинаковыми по возрасту, полу, клиническим проявлениям и клинико-лабораторным параметрам.

Анализ клинико-лабораторных исследований, проведенных по окончании курса лечения, позволил выявить четкую положительную динамику. У всех больных в основной группе улучшилось самочувствие, к 3-5-му дню регрессировали вздутие живота, на 3 день – боли в животе. Функциональная способность кишечника восстановилась

к 7-8 дню лечения, улучшился характер стула (нормализовалась консистенция, исчезли патологические примеси), у больных, страдающих запорами, к концу 1-й недели восстановился ежедневный пассаж испражнений. В контрольной группе симптомы регрессировали на несколько дней позже или сохранялись (таблица 1).

В основной группе после приема Фертал через 2 недели у всех больных отмечалось клиническое улучшение, через 4 недели была достигнута полная ремиссия в 83% случаев. Больные отметили нормализацию эвакуаторной функции кишечника, улучшение аппетита, исчезновение болевого синдрома, снижение общей усталости.

Одним из критериев эффективности комплексного лечения при ДК препаратом Фертал являются сроки исчезновения клинических симптомов. Так, на фоне проводимой терапии у больных основной группы достоверно раньше прошли метеоризм, дисфункция стула, болевой синдром по сравнению с контрольной группой (таблица 2).

Все пациенты основной группы наблюдения отметили хорошую переносимость препарата «Фертал». Ни в одном случае не обнаружено побочных эффектов на прием, в том числе аллергических реакций. 88% больных отметили положительное влияние препарата и лишь 12% оценили его действие как нейтральное.

Таблица 1 - Микрорейсжа кишечника инфекционных больных с сопутствующим дисбактериозом до и после курса коррекции

Микрофлора кишечника	Основная группа n=12		Контрольная группа n=4	
	до	после	до	после
Бифидобактерии <10 ⁷ -10 ⁸	12 – 100%	2- 17%	4 – 100%	3-75%
Отсутствие бифидобактерий	6 – 50%	1- 8%	3 – 30%	1 – 10%
Снижение или отсутствие лактобактерий <10 ³	10 – 83%	3- 25%	4 - 80%	2 - 50%
Общее количество кишечной палочки <10 ⁶	7 – 58%	2 – 17%	2 – 50%	1 -25%
Отсутствие нормальной кишечной палочки	2 – 17%	-	2 – 50%	1 – 25%
<i>Proteus mirabilis</i>	2 – 17%	1- 8%	-	
<i>Staphylococcus aureus</i>	2 – 17%	1- 8%	1 -25%	
<i>Klebsiella</i>	1- 8%-			
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	-		-	
Грибы рода <i>Candida</i>	7 – 58%	1-8%	2– 50%	

Таблица 2 - Сроки купирования клинических признаков на фоне лечения с применением Фертал (в днях от начала терапии)

Клинические симптомы	Основная группа, n=64	Контрольная группа, n=48	Уровень значимости p
Метеоризм	4,6±0,3	7,4±0,3	p<0,5
Болевой синдром	3,9±0,3	6,2±0,2	p<0,5
Дисфункция стула	7,1±0,3	9,8±0,3	p<0,5

На данном клиническом примере проследили эффективность действия препарата Фертал у пациентки. Больная М.А., 1978 г. р. Обратилась на прием к инфекционисту в поликлинику №4 г. Караганды с жалобами на дисфункцию кишечника, потерю аппетита, снижение массы тела, общее недомогание, слабость, ломота в суставах, быстрая утомляемость. Болеет в течение нескольких лет. Появилась дисфункция кишечника в виде запоров, метеоризма, с умеренными болями в животе в течение 3-4 месяцев. Отмечает снижение аппетита, ломоту в суставах, быструю утомляемость и слабость в течение 2-х недель. В последующем состояние ухудшилось, появилось отсутствие аппетита, разбитость, слабость. По этой причине больная вынуждена ограничить физическую активность, сократила приемы пищи.

При амбулаторном обследовании выявлены признаки обострения хронического приобретенного токсоплазмоза, смешанной формы, признаки дисбактериоза кишечника 2 степени. Со стороны других органов и систем патологические изменения отсутствовали.

Самостоятельно принимала лечение: диклофенак, линекс, фестал, в течение 1 недели. Состояние, самочувствие незначительно улучшилось, но результат был кратковременен. При объективном осмотре: состояние неудовлетворительное, астенического телосложения, пониженного питания. Лицо бледное, синева под глазами. Подкожно-жировая клетчатка истончена повсеместно. В ротоглотке спокойно. Пальпируются шейные, подчелюстные лимфоузлы 1-2 размера, безболезненные, с окружающими тканями не спаяны. В легких дыхание везикулярное, сердечные тоны умеренной громкости, ритмичные. Язык у корня обложен серо-желтым налетом. Живот округлой формы, мягкий, слабо болезнен в околопупочной области, урчание при пальпации. Лабораторное обследование не выявило существенных изменений со стороны крови, мочи.

В копрограмме выявлено: бактерии ++, грибы ++, наличие слизи, мышечных волокон, растительной клетчатки. Исследование микробного пейзажа фекалий позволило установить полное отсутствие бифидобактерий, снижение лактобактерий до 10⁵, *Proteus mirabilis* и грибы рода *Candida* до 10⁵. Назначено лечение: исключение из диеты сладких блюд, сдобы.

Рекомендованы соки без сахара. Макромицин по 3 млн. х 2 раза 10 дней, но-шпа 0,04 х 3 раза в течение 3 дней, диклофенак 100 мг свечи 1 раз на ночь 5 дней, дюфалак 30 мл х 1 раз в сутки,

лавамакс 125 мг на ночь в течение 2-х дней, с дальнейшим приемом по 1 таблетке на ночь через день в течение 36 дней, нистатин 500 т.ед х 4 раза в день до 10 дней, Фертал по 1 капсуле в день в течение 15 дней.

Улучшение состояния и самочувствия больная отметила в конце первой недели от начала лечения: уменьшились слабость, недомогание, появился аппетит, улучшился характер стула. Отмечает отсутствие ломоты в суставах, улучшилась работоспособность.

Контрольное копроскопическое исследование не выявило признаков нарушения работы кишечника. При повторном изучении микробного пейзажа фекалий восстановилась нормальная картина биоценоза кишечника. Контрольный осмотр через 3 месяца подтвердил эффективность проведенного лечения: функциональная способность кишечника удовлетворительная, физическая активность не нарушена, работоспособность не страдает.

Таким образом, препарат Фертал является эффективным средством для коррекции дисбактериоза, позитивного исхода основного заболевания у больных с различной инфекционной патологией на фоне приема антибактериальной терапии.

Выводы:

1. Дисбактериоз кишечника часто является сопутствующей патологией, усугубляющей течение основного заболевания, поэтому его лечение является необходимым этапом в комплексной терапии.

2. Сравнение эффективности синбиотического действия препарата Фертал в основной группе и препарата Хилак-форте в контрольной выявило лучший результат в первой группе.

2. В комплексной терапии пациентов с хроническими инфекционными заболеваниями, сопровождающихся нарушением биоценоза кишечника, на фоне антибактериальной терапии эффективно применение препарата Фертал.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Дзяк Г.В., Грищенко І.І., Шостакович-Корецька Л.Р. Залевський В.І. Діагностика і лічення дисбактеріоза кишечника у дітей і дорослих //: Методичні рекомендації: Дніпропетровськ, 2000. - 32 с.
- 2 Звягинцева Т.Д., Шаргород І.І., Мирзоев Л.А., Чернобай А.І., Сергиєнко Е.І. Дисбактеріоз тонкої і товстої кишки його патогенетичне лікування: Методичне посібник: Харків, 2000.-24 с.
- 3 Кривоустов С.П. Сучасні аспекти дисбактеріозу кишечника у дітей і підходи до його корекції (Лекція для лікарів) // Київ, 2001.- 24 с.

ТҮЙІН
О.А. НАСАРТИНОВА

№ 4 Қалалық емхана, Қарағанды қ.
**АНТИБИОТИКТЕРДІ ҚАБЫЛДАУ КЕЗІНДЕ ИН-
ФЕКЦИЯЛЫҚ ПАТОЛОГИЯМЕН ЖАТҚАН
ПАЦИЕНТТЕРДЕГІ АСҚАЗАН-ҚУЫСЫНЫҢ
МИКРОФЛОРАСЫН ҚАЛЫПҚА КЕЛТІРУ МӘНІ**

Мақалада антибактериалдық ем қабылдаған пациенттердің ішек микрофлорасын қалыптастыру үшін Ферталь препаратын қолдану. Әсерін дәлелдеу үшін 112 пациенттің клинико-диагностикалық нәтижелері көрсетілген.

SUMMARY

O.A. NASARTINOVA

City Polyclinic № 4, Karaganda

**VALUE OF NORMALIZATION OF MICROFLORA OF
INTESTINE FOR PATIENTS WITH INFECTIOUS
PATHOLOGY ON A BACKGROUND THE
RECEPTION OF ANTIBIOTICS**

In the article information is resulted to a posteriori applications of preparation of Fertal' for normalization of microflora of intestine on a background the reception of antibiotics. For the study of efficiency the analysis of clinical-laboratory and clinical data of 112 patients is conducted.

УДК 617.7-089.5-031.84:615.216.2

В.Ж. ОРАЗАЛИНА

ГКП Городская поликлиника №1, г. Актөбе

ИНОКАИН ПРИ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Аннотация

В представленной работе приведены данные изучения эффективности местного анестетика Инокаин в офтальмологии. Препарат предназначен для инстилляционной эпibuльбарной анестезии. Применен для проведения контактных манипуляций в клинической практике. В результате исследования выявлена высокая эффективность препарата, хорошая его применимость.

Ключевые слова: Инокаин, инстиляция, эпibuльбарная анестезия, роговица.

Выполнение ряда различных манипуляций в офтальмологии требует достаточной местной анестезии. При этом местно анальгезирующие препараты должны соответствовать определенным требованиям:

- отсутствие токсического воздействия на ткани глаза;
- короткий временной интервал между инстилляцией препарата и началом поверхностной анестезии;
- высокая продолжительность действия препарата;
- достаточно эффективная анестезия при использовании минимальных доз;
- отсутствие побочных эффектов по окончании анестезии.

С 2000 года в литературе появились сообщения о применении нового местного офтальмоанестетика Инокаина [1]. Полученные отзывы о применении анестетика положительные, препарат признан достаточно эффективным, удобным в применении и доступным среди анестетиков,

применяемых в России сообщают о возможности проведения лазерной коррекции методом LASIK под местной анестезией, вызванной препаратом Инокаин [2].

В связи с изложенным, **целью** данного исследования явилось сравнение эффективности применения препарата Инокаин при различных манипуляциях.

Процедуры, при которых использовался препарат, были следующими:

- удаление инородных тел конъюнктивы, роговицы;
- терапевтические процедуры на роговице;
- снятие швов конъюнктивы, роговицы;
- промывание слезных путей;
- тонометрия по методу Маклакова;
- гониоскопия;
- непродолжительные хирургические процедуры;
- субконъюнктивальные инъекции;
- циклоскопия;

Инстиляция анестетика в конъюнктиваль-

ную полость поэтапно влияет на все виды чувствительности: сначала происходит снижение и полное исчезновение болевой чувствительности, затем снижается тактильная и температурная. В основе механизма действия лежит обратимая блокада передачи импульсов по сенсорным нервным волокнам в результате изменения проницаемости клеточных мембран для ионов калия и натрия.

Одним из важных моментов в местной инстилляционной анестезии является отсутствие токсического и раздражающего воздействия препарата на ткани глаза. Недостатком ряда местно анестезирующих препаратов прошлого поколения было: появление дискомфорта (жжение, чувство засоренности), возникающего в течение первых секунд после инстилляции раствора, реактивный синдром расширения просвета сосудов конъюнктивы, при повторных инстилляциях некоторых препаратов отмечалось разрыхление эпителиального слоя роговицы, что приводило не только к десквамации эпителия, но и к возникновению эрозий.

В литературе имеются сообщения об осложнениях эпibuльбарной анестезии, которые чаще проявлялись со стороны роговицы. Осложнения при длительной местной анестезии объясняются снижением мигательного рефлекса и, как следствие, возникновением сухости роговицы, ухудшением ее трофики из-за нарушения метаболизма, нарушение митотической активности эпителия, а также нарушения трофических функций нервных волокон [3].

Инокаин является одним из представителей новых препаратов более полно отвечающим требованиям практической офтальмологии.

В основе препарата лежит 0,4% водный раствор беноксината гидрохлорида (оксибупрокаин). Основной механизм действия лежит в обеспечении блокады проводимости нервных волокон. Действующее вещество препарата характеризуется быстрым проникновением через эпителий роговицы. Поверхностная анестезия наступает через 30 секунд после однократной инстилляции. Максимальный эффект анестезии отмечается через 40-60 секунд и продолжается в течение 15-20 минут. Полное исчезновение анестезирующего эффекта после однократной инстилляции наступает через 30 минут. При повторных инстилляциях восстановления чувствительности происходит через 60 минут [4,5].

При сравнении эффективности препарата в проведении различных процедур установлено, что

при кратковременных манипуляциях (тонометрии, снятии конъюнктивальных швов, удалении поверхностных инородных тел конъюнктивы и роговицы, гониоскопии) Инокаин достаточно эффективен.

Причем было достаточно однократной инстилляции препарата. При выполнении более длительных процедур, таких как: удаление глубоких инородных тел роговицы, снятие швов роговицы, циклоскопии, промывание слезных путей, субконъюнктивальные инъекции — требовалась трехкратная инстилляционная процедура с интервалом закапывания 3-5 минут. Продолжительность анестезирующего эффекта в таких случаях сохранялась в течение 30-35 минут. Быстрое начало анестезирующего действия препарата Инокаин необходимо учитывать при обследовании больных с патологией роговицы. Через 5-10 секунд отмечается значительное снижение роговичного синдрома, часто затрудняющего детальную биомикроскопию больного. Дальнейшие наблюдения показали отсутствие влияния препарата на сроки регенерации дефектов роговицы.

При инстилляции препарата в конъюнктивальную полость не отмечено выраженного раздражающего действия на ткани глаза. Это позволяет рекомендовать применение анестетика в детской практике и у лиц с повышенной чувствительностью роговицы, на фоне сниженной слезопродукции с нарушением целостности слезной пленки. В одном случае наблюдалась местная аллергическая реакция после закапывания препарата. Через 5 минут появился локальный умеренный отек конъюнктивы внутреннего угла, усиление инъекции сосудов в этой зоне, дискомфорт в виде жжения, чувства инородного тела.

Инокаин является современным препаратом местного действия, отвечающим всем требованиям практической офтальмологии. Отмечена достаточно высокая эффективность препарата при офтальмологических манипуляциях. Быстрое наступление анестезирующего эффекта, отсутствие побочных и раздражающих явлений, а также достаточно длительное время анестезии, позволяют рекомендовать препарат для широкого применения в офтальмологической практике.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Егоров Е.А., Арнольд В.А., Егоров А.Е. Глазные формы лекарственных препаратов фирмы «Промед Экспортс» (Индия) и их применение в офтальмологии. - М., 2001.-136 с.

2 Астахов О.С. Инокаин – Новое качество поверхностной анестезии // Новое в офтальмологии. -2000.- №4.-50 с.

3 Свердлин С.М. Препарат Инокаин при местной анестезии в офтальмологии //Новое в офтальмологии.-2001.-№3.-96 с.

4 Картавин А.В., Карпова Н.И. Опыт применения Инокаина в педиатрической офтальмологии.-2002.-№4.-С.16.

5 Вдовина Г.А. Анализ эффективности местной анестезии раствором Инокаина при лазерной коррекции методом LASIK // Тезисы докл. «третий Российский симпозиум по рефракционной хирургии».- М., 2001.- 28 с.

ТҮЙІН

В.Ж. ОРАЗАЛИНА

№1 Қалалық емхана, Ақтөбе қ.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯЛЫҚ ПРАКТИКАДА

ИНОКАИНДІ ЖЕРГІЛІКТІ ЖЕРДЕ ЖАНСЫЗДАНДЫРУ

Берілген жұмыста офтальмологиядағы Инокаин анестетикасының тиімділігі туралы мәліметтер қарастырылған. Тексеру нәтижесінде инокаин препаратының жоғары дәрежелі, нәтижелі екендігі анықталды.

SUMMARY

V.J. ORAZALINA

City polyclinic №1

INOKAIN AT LOCAL ANESTHESIA IN OPHTHALMOLOGICAL PRACTICE

The article presents the results of conducted of new local anesthetics “Inocain” in ophthalmology. It has been administered for local bulbar anesthetic. “Inocain” has been administered for contact eyes procedures. Results of the study has proved a high efficiency this new medicine.

УДК 617.71-002-035:615.457

Н.А. КАУМЕТОВА¹, Е.Ю. ПИСЬМЕННАЯ²

КГКП Поликлиника №1, г. Павлодар¹

ФАО «ЖГМК» «Павлодарская железнодорожная больница», г. Павлодар²

СИГНИЦЕФ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С БАКТЕРИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ ГЛАЗНОЙ ПОВЕРХНОСТИ

Аннотация

В материале статьи показана терапевтическая эффективность глазных капель Сигницеф 0,5% в лечении больных с бактериальной инфекцией глазной поверхности.

Ключевые слова: бактериальная инфекция, лечение, глазные капли, Сигницеф 0,5%, конъюнктивит, роговица.

Актуальность. Статистические данные по заболеваемости глазными болезнями свидетельствуют о том, что заболевания конъюнктивы и роговицы занимают по частоте второе место после аномалии рефракции. Несмотря на большое количество противовоспалительных средств, и методов их применения, в некоторых случаях лечение инфекционных кератоконъюнктивитов оказывается малоэффективным, что может привести к снижению зрения. В связи с этим вопросы лечения таких заболеваний остаются важной проблемой социального значения. Фторхинолоновые антибиотики заняли центральное место в лечении глазных заболеваний в связи с высокой устойчивостью некоторых возбудителей к другим антибиотикам. Сигницеф 0,5% облада-

ет широким спектром действия, быстрым проникновением и созданием высоких концентраций в тканях глаза, низкой токсичностью и хорошей переносимостью, удачной формой в применении, доступной стоимостью. Сигницеф 0,5% эффективен в отношении основных возбудителей глазных инфекций: грамотрицательных, грамположительных внутриклеточных микроорганизмов. Концентрация левофлоксацина в слезной пленке длительно сохраняется на уровне, превышающем минимально подавляющую концентрацию для большинства основных возбудителей глазных инфекций [1-3].

Цель. Изучение эффективности препарата Сигницеф 0,5% в лечении бактериальных инфекций конъюнктивы и роговицы.

Методы. На амбулаторном лечении находилось 48 пациентов с бактериальными кератоконъюнктивитами, также больные с аденовирусными конъюнктивитами с последующим присоединением бактериальной инфекции. Сигницеф 0,5% использовался в качестве основного средства 5-6 раз в сутки в сочетании с антигистаминными, противовирусными препаратами местно и внутрь перорально. В качестве критериев положительной динамики учитывались следующие признаки: сроки исчезновения отделяемого, уменьшение отёка, гиперемии, исчезновение фолликул, состояние роговицы.

Результаты. В результате проведённого лечения исчезновение отделяемого было отмечено у всех 48 пациентов к пятому дню лечения, исчезновение гиперемии, отёка, инфильтрации — к десятому и всех клинических проявлений — к четырнадцатому дню.

Выводы. Оценена клиническая эффективность препарата Сигницеф 0,5% в лечении инфекционных конъюнктивитов, кератоконъюнктивитов. Проведенные исследования свидетельствуют о высокой антибактериальной эффективности препарата Сигницеф 0,5%. Лечебный эффект, восстановление зрительных функций и трудоспособность пациентов достигаются в короткие сроки после начала лечения. Побочных эффектов не наблюдается.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Майчук Ю.Ф. Перспектива применения хинолоновых антибиотиков в офтальмологической практике //

Актуальные проблемы химиотерапии бактериальных инфекций. - М.: Медицина, 1991. - С. 408.

2 Майчук Ю.Ф. Состояние и перспективы фармакотерапии инфекционных и аллергических заболеваний / Вестн. РАН., 2003. - №5. - С. 23-25.

3 Падёйская Е.Н. Фторхинолоны. Препараты с широкими показаниями для лечения бактериальных инфекций. - М.: Медицина, 2005. - 79 с.

ТҮЙІН

Н.А. КӘУМЕТОВА¹, Е.Ю. ПИСЬМЕННАЯ²

КМКК «№1 Поликлиникасы», Павлодар қ.¹

ОФА «Павлодарлық теміржол ауруханасы», Павлодар қ.²

КӨЗ БЕТІНІҢ БАКТЕРИАЛДЫ ИНФЕКЦИЯСЫ БАР АУРУЛАРДЫ ЕМДЕУДЕГІ СИГНИЦЕФ ДӘРІСІ

Ұсынған мақалада инфекциялық көз аурулардың емдеуде Сигницеф 0,5% көз тамшысының клиникалық нәтижелігі бағаланды. Өткізілген зерттеулер Сигницеф дәрісінің жоғары сапалы антибактериалды қасиеті дәлелденді.

SUMMARY

N.A. KAUMETOVA¹, E.U. PISMENNAYA²

CSPE «Polyclinic №1», Pavlodar¹

Filial of Public Corporation Railway Hospitals of
Emergency Medicine Railway hospital, Pavlodar²

SIGNITSEF IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH A BACTERIAL INFECTION OF THE EYE SURFACE

Evaluated the clinical efficacy of the drug Signitsev 05% in the treatment of infectious conjunctivitis and keratoconjunctivitis. The investigations show a high antibacterial efficacy of Signetsev drug. Therapeutic effect is achieved in a short time after initiation of treatment and observing recovery of visual function, disability patients.

УДК 616-002.5:614.1(574.51)

Ф.Ж. ЖУМАБЕКОВА

Областной противотуберкулезный диспансер, г. Талдыкорган

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АЛМАТИНСКОЙ ОБЛАСТИ В ПЕРИОД 2009-2012 гг.

Аннотация

В статье представлена динамика изменения заболеваемости туберкулезом в различных возрастных категориях (взрослые, подростки, дети) населения Алматинской области за 2009-2012 гг. Показано уменьшение числа больных активными формами туберкулеза, в том числе и с бактериовыделением. В последние 4 года в показателях заболеваемости области отмечается положительная тенденция.

Ключевые слова: заболеваемость туберкулезом, взрослое население, подростки, дети, бактериовыделение.

Последние годы характеризуются стойким улучшением эпидемиологической ситуации по туберкулезу в РК [1]. Снижение в 2012г. республиканских показателей по заболеваемости и смертности соответственно до 84,0 и 7,2 на 100 тыс. населения отражает наличие положительной тенденции, на развитие которой значительное влияние оказывают областные (региональные) показатели [2]. Алматинская область является как по территории, так и по плотности населения одним из самых больших и густонаселенных регионов страны. Естественно, что вклад этой области в общую заболеваемость также будет значительным, что связано также и с тем, что именно сюда устремляется основной поток как внутренних мигрантов, так и приезжих из ближнего зарубежья, привлеченных близостью такого мегаполиса как Алматы. Трудовые мигранты в поисках работы заселяют все близлежащие районы города, привлеченные дешевым жильем в районных центрах и возможностью трудоустройства. Поэтому заболеваемость в Алматинской области можно рассматривать не только как эпидемиологический фактор, но и как показатель социальной благоустроенности населения.

В последние 4 года в показателях заболеваемости области отмечается положительная тенденция, связанная со снижением количества заболевших туберкулезом. Анализ заболеваемости показал, что абсолютное число впервые заболевших в Алматинской области снизилось в 2009г.

с 1529 человек до 1480 человек в 2012г. При этом наибольшее снижение отмечалось в 2011г., когда количество заболевших было наименьшим — всего 1433 человека. При этом самыми распространенными в области являются легочные формы, доля которых в общей заболеваемости остается стабильно высокой — от 82,0% в 2009г. до 85,1% в 2012г. Их небольшое увеличение в 2012г. (на 3,1%) происходило параллельно с уменьшением доли внелегочных форм туберкулеза на 3,1% (с 18,0% до 14,9%). Достижением можно считать улучшение структуры клинических форм за счет достоверного уменьшения случаев заболевания с распадом легочной ткани (с 36,9% до 29,4%) и, как следствие, уменьшение количества бактериовыделителей (с 40,9% до 30,8%) в течение последних четырех лет.

Учитывая то, что туберкулезом страдают лица всех возрастов при наибольшей уязвимости детского населения, интересно было проанализировать вклад каждой возрастной группы в общую тенденцию. В таблице 1 приведены данные о заболеваемости взрослого населения в области, из которых видно, что хотя среди взрослого населения области за четыре года произошло уменьшение количества заболевших, тем не менее доля легочных форм заболевания, наоборот, увеличилась с 87,3% (в 2009 г.) до 89,3% (в 2011г.) и осталась практически неизменной в 2012 г.

Так как при этом не только не отмечалось увеличения количества больных с бактериовы-

Таблица 1 - Динамика заболеваемости туберкулезом взрослых в Алматинской области

Показатель	Годы наблюдения			
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Абсолютное количество заболевших	1318 чел.	1316 чел.	1257 чел.	1306 чел.
Легочные формы	87,3%	87,6%	89,3%	88,8%
Внелегочные формы	12,7%	12,4%	10,7%	11,2%
Количество бактериовыделителей	44,9%	43,0%	43,9%	33,8%
Наличие распада легочной ткани	42,8%	38,5%	34,2%	32,5%

делением и распадом легочной ткани, но и сопровождалось снижением их количества, то можно сделать вывод о том, что некоторое увеличение числа легочных форм в общей заболеваемости было связано с проведением профилактических осмотров населения, выявивших ранние формы заболевания.

Аналогичная тенденция наблюдалась среди подросткового населения области. Заболеваемость подростков, так же, как и заболеваемость взрослых, снижалась в течение четырех последних лет с уменьшением количества бактериовыделителей в 1,7 раза и уменьшением форм заболевания с распадом легочной ткани в 2,7 раза (табл.2). При этом легочные формы регистрировалась практически с неизменной частотой, что характеризовало активное проведение профилактических осмотров населения с применением флюорографии.

В заболеваемости туберкулезом детей в области отмечаются следующие характерные особенности (табл.3): абсолютное количество заболевших детей в 2012г. уменьшилось по сравнению с

начальным периодом наблюдения на 27 детей. При этом количество легочных форм, как и в остальных наблюдаемых группах, увеличилось до 36,7%, а доля бактериовыделителей и больных с распадом легочной ткани свелась к нулю. Высокий процент внелегочных форм заболеваний у детей по сравнению со взрослым и подростковым населением связан с тем, что в данное время туберкулез внутригрудных лимфоузлов – самая частая клиническая форма заболевания у детей – относится к внелегочным формам заболевания.

Таким образом, анализ динамики заболеваемости в Алматинской области за последние четыре года показывает наличие положительной тенденции, проявляющейся снижением количества впервые заболевших всех возрастов. Уменьшение на этом фоне доли бактериовыделителей и больных с распадом легочной ткани при увеличении выявляемости легочных форм туберкулеза отражает хорошо поставленную работу по проведению профилактических флюорографических осмотров населения и групп риска.

Таблица 2- Динамика заболеваемости туберкулезом подростков в Алматинской области

Показатель	Годы наблюдения			
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Абсолютное количество заболевших	75 чел.	69 чел.	72 чел.	65 чел.
Легочные формы	92,0%	82,6%	88,9%	92,3%
Внелегочные формы	9,3%	15,9%	11,1%	7,7%
Количество бактериовыделителей	36,0%	29,0%	26,4%	21,5%
Наличие распада легочной ткани	41,3%	24,6%	27,8%	15,4%

Таблица 3-Динамика заболеваемости туберкулезом детей в Алматинской области

Показатель	Годы наблюдения			
	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Абсолютное количество заболевших	136 чел.	116 чел.	104 чел.	109 чел.
Легочные формы	25,0%	22,4%	30,8%	36,7%
Внелегочные формы	74,3%	77,6%	69,2%	63,3%
Количество бактериовыделителей	5,1%	2,6%	1,9%	0%
Наличие распада легочной ткани	5,9%	1,7%	2,9%	0%

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Абилдаев Т.Ш. Меры по улучшению оказания противотуберкулезной помощи населению Республики Казахстан // Фтизиопульмонология, 2012.-№2(21).- С.4-8.

2 Абилдаев Т.Ш. Результаты и пути дальнейшей реализации Национальной Программы борьбы с Туберкулезом в Казахстане // Фтизиопульмонология, 2011.-№2(19).- С.6-9.

ТҮЙІН

Ф.Ж. ЖҰМАБЕКОВА

Облыстық туберкулезге қарсы күрес диспансері,
Талдықорған қ.

**АЛМАТЫ ОБЛЫСЫНДА 2009-2012 ЖЖ.
ТУБЕРКУЛЕЗБЕН СЫРҚАТТАНУШЫЛЫҚТЫҢ
ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Мақалада Алматы облысының әр санаттағы тұрғындардың (ересектер, жасөспірімдер, балалар) арасындағы туберкулезбен сырқаттанушылықтың 2009-2012жж өзгерісі көрсетілген. Туберкулездің белсенді түрлері мен таяқша бөлетін науқастарының азаюы байқалады.

SUMMARY

F.ZH. ZHUMABEKOVA

Regional TB Dispensary, Taldykorgan

**FEATURES OF TUBERCULOSIS IN THE ALMATY
REGION
IN THE PERIOD 2009-2012**

The paper presents the dynamics of change in the incidence of tuberculosis in different age groups (adults, adolescents, children) of the population of Almaty oblast for 2009-2012. Shown to decrease the number of patients with active TB.

УДК 616-00.2.5-084:614.2:37:614.88

М.Т. САТАБАЕВ

Павлодарский областной противотуберкулезный диспансер, г. Павлодар

**САНИТАРНО-ПРОСВЕТИТЕЛЬНАЯ РАБОТА ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ
НА УРОВНЕ ПМСП И ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

Аннотация

В статье приведен опыт проведения санитарно-просветительной работы областного противотуберкулезного диспансера по профилактике туберкулеза, вопросы взаимодействия и роль организации ПМСП.

Ключевые слова: профилактика туберкулеза, ПМСП, санитарное просвещение.

Проблема туберкулеза остается актуальной для Республики Казахстан. Туберкулез является одним из индикаторов Глобального Индекса Конкурентоспособности. Для решения проблемы туберкулеза необходим комплексный подход. Перед медицинскими работниками стоит важная задача — повысить качество противотуберкулезной пропаганды и санитарного просвещения.

Данную работу необходимо проводить среди здорового населения и среди пациентов и окружающих их лиц.

Приоритетными задачами противотуберкулезной службы является: лечение и выявление больных, координация действий с ПМСП и СЭС, принудительное лечение, контроль мультирезистентных форм туберкулеза, повышение информированности о туберкулезе среди больных, соблюдение преемственности со службами ПМСП. Задачи **первичной медико-санитарной помощи** —

раннее выявление туберкулеза, совместные санпросвет работы, вакцинация, амбулаторное лечение. Просвещение больного и членов его семьи проводится на протяжении всего курса лечения. Если больной не понимает важности назначенного лечения, то маловероятно, что он будет соблюдать предписанный режим. В связи с этим роль работников ПМСП в оказании противотуберкулезной помощи очень важна, так как большинство больных туберкулезом при первых признаках заболевания обращаются в общую лечебную сеть.

90% больных туберкулезом при первичном заболевании обращаются в организации ПМСП. При этом установление конструктивных, доверительных отношений с пациентом - дальнейший залог эффективного лечения. Из-за длительности лечения бывает трудно поддерживать в больном желание строго соблюдать режим лечения и

медработник, к которому больной с подозрением на туберкулез попадает на первый прием, может заложить основу правильного отношения больного к лечению.

Успех работы в борьбе с туберкулезом в значительной степени зависит от объема и качества проводимой санитарно-просветительной работы среди населения. При её осуществлении используются все доступные в конкретных условиях методы и средства, обращая особое внимание на формирование знаний у населения и больных о ранних симптомах туберкулеза, необходимости соответствующего обследования и правильного лечения, на воспитание гигиенических навыков.

Так, в области санитарно-просветительная работа проводится по согласованному с органами ГСЭН территориальному комплексному плану. Данная работа проводится во всех организациях области, независимо от формы собственности, определяется кратность проведения в них санитарно-просветительной работы. Объем запланированной санитарно-просветительной работы распределяется равномерно между органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора, службой формирования здорового образа жизни, организациями ПМСП и противотуберкулезной службой. Областным противотуберкулезным диспансером охвачено более 35 образовательных организаций. В целях эффективной реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламаты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы в диспансере активизированы работы «Школы здоровья» и «Школы пациента». Занятия в школах проводятся по утвержденным модулям курса «7 уроков Школы здоровья» и унифицированным тематикам по формированию здорового образа жизни. Все пациенты и члены их семей получают информацию о необходимости лечения, сроках химиотерапии, возможных побочных эффектах. К данной работе привлекаются врачи и средние медицинские работники, психологи. В дальнейшем информированный и излеченный пациент может участвовать в проведении санитарно – просветительной работы.

За период 2012 года по санитарно – просветительной работе были проведены следующие мероприятия:

1. Выступления на областном телеканале «Казахстан - Павлодар» - 5.

2. Проведено радиопередач – 36.

На областном радио проведено 13 радио лекций в прямом эфире и 23 радио лекций в местах

массового скопления людей (ТД «Артур», «Тулпар», «Квазар»).

3. Публикация статей популярного характера в печатных СМИ.

Выпущено 20 статей в 3 городских изданиях, 10 районных газетах.

Распространено информационно – образовательного материала общим тиражом 9016 экземпляров.

4. Проанкетировано на знание туберкулеза более 700 человек. По результатам проведенного анкетирования разрабатываются предложения по совершенствованию информационно-образовательного материала по профилактике туберкулеза.

Проводились информационно-коммуникационные компании с включением широко масштабных акции с прокатом аудиовидеороликов в СМИ. Так, в период месячника по профилактике туберкулеза, в центре города на пересечении улиц Сатпаева – Естая с 7.03. – 07.04.2012 года выпущен и размещен билборд на тему: «**Сделай важный снимок в своей жизни – пройди флюорографию**».

На центральной площади города организована ротация 10 секундного видеоролика на **LED-дисплее** по профилактике туберкулеза и о необходимости регулярного прохождения флюорографического обследования.

Использование информирования населения о симптомах и профилактике туберкулеза в эфире популярных коммерческих телеканалов. Так, по **кабельному телевидению** «Digital TV», на каналах «НТВ», «Муз ТВ», «Рен ТВ» с 14.03. по 14.04. 2012 года организован прокат 25 секундного видеоролика по профилактике туберкулеза. В период с марта по август на **телеканале «Казахстан – Павлодар»** организована трансляция бегущей строки с текстом «Сделай важный снимок в своей жизни – пройди флюорографию».

В местах скопления людей, в том числе в общественном транспорте проводилось информирование населения по профилактике туберкулеза. В **20 трамваях города** с 16.03. по 30.03.2012 года проводились трансляции аудио роликов на государственном и русском языках по профилактике туберкулеза и прохождения регулярного флюорографического обследования, также размещались плакаты с ранними признаками туберкулеза.

По итогам проводимой санитарно – просветительной работы проведен семинар на тему: «Роль санитарно-просветительной работы для

улучшения эпидемиологической ситуации по туберкулезу». Приняли участие специалисты эпидемиологических отделов управлений госсанэпиднадзора районов, работники поликлиник и специалисты кабинетов здорового образа жизни, врачи фтизиатры. На семинаре обсуждались вопросы эпидемиологической ситуации по туберкулезу в области, алгоритм работы органов государственного санитарно-эпидемиологического надзора, противотуберкулезной службы и организаций первичной медико-санитарной помощи в очагах туберкулеза и санитарно-просветительная работа среди населения по профилактике туберкулеза и методы и формы проведения санитарно-просветительной работы.

Невозможно добиться улучшения ситуации по туберкулезу без включения противотуберкулезных мероприятий в деятельность ПМСП. В должностные обязанности участкового врача и медицинской сестры прописано выполнение санитарного просвещения. Одним из направлений профилактики на уровне общешкольной сети является иммунопрофилактика. Второе важнейшее направление профилактики и ранней диагностики на уровне ПМСП это флюорография. Ежегодные флюорографические исследования помогают диагностировать инфекцию своевременно, в ранние сроки. Так, в целом по области количество флюорографических исследований составило 336 930 исследований, из них выявлено 0,2% или 683 больных. Кроме стационарных флюорографических установок, в области организована совместная работа с ПМСП по проведению обследования населения передвижными флюороустановками. Так, за период 2012 года охват в сельской зоне Павлодарской области составил 28 740 человек, выявлено 52 случая первичного туберкулеза легких или 0,2% от общего количества обследованных. Не менее важным является сбор и анализ мокроты на выявление микобактерий туберкулеза. В 2012 году по области проведено 7397 микроскопии мокроты и выявлено 297 больных, что составило 4% от количества исследований.

В результате выполнения совместного комплекса мероприятий противотуберкулезной службы, организации ПМСП и службы здорового образа жизни наметилась стабильная тенденция снижения основных индикаторов: заболеваемости и смертности. По итогам 2012 года заболеваемость туберкулезом в Павлодарской области по

сравнению с 2011 годом снизилась на 2,5 % с 91,1 до 88,8 на 100 тысяч населения. Показатель смертности от туберкулеза снизился на 6 % и составил 8,3 против 8,8 на 100 тысяч населения.

Санитарно-просветительную работу необходимо рассматривать в качестве непрерывающегося и развивающегося мероприятия. Следует использовать любую возможность для пропаганды здорового образа жизни и снижения риска инфекционных заболеваний, а также важности раннего выявления случаев туберкулеза.

Основным результатом эффективной санитарно-просветительной работы по туберкулезу является изменение менталитета всех слоев населения, особенно социально дезадаптированного, о том, что кашель более 2-х недель может быть симптом опасного заболевания — туберкулеза. При широкомасштабной, постоянной санитарно-просветительной работе больные будут вовремя обращаться за медицинской помощью, соответственно не будет запущенных случаев туберкулеза.

Таким образом, интеграция противотуберкулезных служб и организаций первичной медико-санитарной помощи в области санитарного просвещения, полномасштабное вовлечение всех основных секторов общества к проблеме туберкулеза способны оказать значительное влияние на рост санитарно — гигиенических знаний и навыков населения. Это, несомненно, будет способствовать снижению бремени заболевания туберкулеза в стране.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Кодекс РК О здоровье народа и системе здравоохранения. — Астана, 2009. -193-4 ЗРК.-121 с.
- 2 Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011- 2015 годы.- №1113, Указ Президента РК от 29 ноября 2010.-56 с.
- 3 Краткое руководство по туберкулезу для работников первичной медико- санитарной помощи для стран Европейского региона ВОЗ с высоким и средним бременем туберкулеза. — Нью-Джерси: ВОЗ, 2004. — 12 с.
- 4 Методические рекомендации по туберкулезу для работников сети ПМСП, органов ГСЭН и фтизиатров // Национальный центр проблем туберкулеза МЗ РК, Алматы, 2008.- 5 с.
- 5 Методические рекомендации по проведению занятий в «Школе пациента» противотуберкулезного учреждения // «СПИД Фонд Восток — Запад», Центральная Азия, 2010.- 11 с.
- 6 Приказ МЗ РК № 404 от 17 июня 2011 года «О мерах совершенствования мероприятий по борьбе с туберкулезом в Республике Казахстан», 2011. — 2 с.

ТҮЙІН
М.Т.САТАБАЕВ

Павлодар облыстық туберкулезге қарсы диспансер,
Павлодар қ.

**ТУБЕРКУЛЕЗГЕ ҚАРСЫ ҰЙЫМДАРДА ЖӘНЕ
БМСК ДЕНГЕЙІНДЕ ТУБЕРКУЛЕЗ БОЙЫНША
САНИТАРИЯЛЫҚ-АҒАРТУ ЖҰМЫСТАРЫ**

Мақала туберкулездің алдын алу бойынша облыстық туберкулезге қарсы диспансердің санитариялық-ағарту жұмыстарын өткізудің тәжірибесі мен өзара іс-қимыл мәселелері және БМСК ұйымдарының рөлі туралы.

SUMMARY
M.T.SATABAEV

Pavlodar regional antitubercular clinic,
Pavlodar

**SANITARY-EDUCATIONAL WORK ON
TUBERCULOSIS AT THE LEVEL OF PHC AND
ANTITUBERCULAR ORGANIZATIONS**

The article presents the experience of sanitary - educational work of the regional antitubercular dispensary (clinic) for the prevention of tuberculosis, the issues of interaction and the role of PMSP organizations.

УДК 616.921.5:618.2-06-084

Т.В. МОРОЗОВА

ГККП Городская поликлиника № 19, г. Алматы

ГРИПП У БЕРЕМЕННЫХ: РИСК И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ

Аннотация

В статье приведены возможные риски заболевания гриппом у беременных женщин, основные принципы профилактики и лечения.

Ключевые слова: грипп, беременность, материнский риск.

Грипп во время беременности опасен, как для женщины, так и ребенка. Беременные, заболевшие гриппом, являются группой повышенного риска, поскольку у 20-30% переболевших отмечается развитие осложнений. Совокупный риск во время беременности можно разделить на: 1.материнский риск 2.риск плода 3.риск грудного ребенка [1].

1. Материнский риск. Вирус гриппа представляет серьезную опасность даже для абсолютно здоровых беременных. Физиологические изменения, происходящие в организме беременной, способствуют развитию осложнений в случае возникновения любого респираторного заболевания и, особенно, гриппа. Гриппозная инфекция снижает резистентность (устойчивость) организма женщины, нарушает функцию иммунной системы, что активизирует хронические и существующие латентные заболевания. Грипп у беременных особенно опасен при среднетяжелых, тяжелых и так называемых токсических формах. Можно выделить следующие осложнения: сердечно - сосудистые (миокардиты, перикардиты), что может вести к развитию сердечно-сосудистой недостаточности, легочные (пневмонии, брон-

хиты), нарушения со стороны нервной системы (невриты, невралгии, менингиты, менингоэнцефалиты), нарушения со стороны ЛОР органов (риниты, синуситы, отиты), мышечной системы (миозиты), прерывание беременности или преждевременные роды - 15 %, слабая родовая деятельность, повышенный тонус мышц матки, выраженные кровопотери во время родов. Гриппозная инфекция также провоцирует высокую послеродовую заболеваемость женщин маститом, пиелонефритом, эндометритом [2].

2. Риск для плода. Наиболее опасен грипп при беременности в первые два месяца. Вирус гриппа проникает через плаценту, вызывает в ней очаговые кровоизлияния, нарушает плацентарное кровообращение, что приводит к гипоксии и влечет за собой задержку развития плода и различные патологии. А поскольку, в это время происходит формирование органов, то у ребенка возможно появление пороков развития (например, центральной нервной системы, пищеварительной и сердечно-сосудистой систем). В некоторых случаях, во время беременности, вирус гриппа может привести к внутриутробной гибели плода [3].

Если не произошел выкидыш и беременность

развивается дальше, то, проведя ультразвуковое исследование в 13, 18 и 24 недель, можно получить информацию о возможных врожденных уродствах плода. В случае, если беременная заболела гриппом незадолго до родов, то ребенок часто рождается с проявлениями врожденного гриппа. Частота врожденного гриппа у новорожденных от матерей, перенесших грипп, составляет около 50%.

3. Риск для грудного ребенка. Если ребенок инфицирован внутриутробно вирусом гриппа, то весьма велика вероятность появления отклонений и задержки в физическом и умственном развитии ребенка. Как правило, адаптация таких детей к внешней среде замедлена. Часто отмечается позднее прорезывание зубов, дефекты речи, заикание. Страдает эндокринная система ребенка, нарушается процесс формирования иммунитета. Такие дети часто болеют ОРВИ и на фоне иммунодефицита и вирусной инфекции возможно развитие пневмонии. Смертность детей в этой группе, в первые три года жизни, относительно высокая.

Лечение гриппа при беременности предусматривает соблюдение строгого постельного режима, показано обильное теплое питье (при отсутствии отеков). Жаропонижающие средства только при температуре тела выше 38,0 °C. Местно – фарингосепт, ингалипт, полоскание горла отварами трав, 2% раствором натрия гидрокарбоната, при заложенности носа – применение назальных спреев морской воды гипертонической концентрации (Синомарин), при кашле лучше таблетки с термопсисом. Противовирусная терапия – интерферон в суппозиториях, в виде капель в нос по 3 капли 5-6 раз в день (доза разовая – 3000 МЕ, суточная – 15000–18000 МЕ), прием в течение 2 недель. При наличии герпетических высыпаний применение мази ацикловира. При неосложненном течении гриппа – антибиотики не назначаются. Лечение гриппа при беременности легкой степени проводится в домашних условиях. Госпитализация показана беременным со средней и тяжелой тяжести формой течения инфекции, а в период эпидемии, госпитализация обязательна для всех беременных с синдромом интоксикации.

Профилактика гриппа у беременных: избегать чересчур людных мест, не переохлаждаться, полоскать горло и промывать нос теплым солевым раствором, это не даст вирусу внедриться в слизистую оболочку носоглотки, чаще очищать нос

бумажными платками, увлажнять нос солевыми растворами. Употреблять как можно больше теплых кислых напитков — морсов, чая или воды с лимоном – кислая жидкость смывает вирусы в желудок, где они будут нейтрализованы соляной кислотой, ежедневный прием витамина С вместе с цинком, который помогает витамину усвоиться, соблюдение мер сан-гигиены: частое мытье рук с мылом или дезинфицирующими растворами, достаточный сон, сохранение физической активности.

Для профилактики гриппа у беременных широко используются прививки против гриппа. Оптимально, когда вакцинация проводится на стадии планирования беременности, до начала эпидемии гриппа. Если же нет, то возможно ее проведение во время беременности, однако только после консультации с врачом, который определит не только необходимость, но и сроки ее проведения. Но проведение вакцинации беременным не рекомендовано до 14 недели беременности. Вакцинацию необходимо дополнить препаратом Виролиз, который предназначен для неспецифической профилактики респираторной инфекции любой этиологии. В его состав входит мелкодисперсный порошок растительной целлюлозы, который попадая на поверхность слизистой оболочки носа, формирует защитную гелеобразную пленку, которая создает своеобразный естественный барьер — «внутреннюю защитную маску», препятствуя контакту слизистой носа с вирусами, предотвращает инфицирование. Специальная конструкция, встроенная во флакон, позволяет впрыскивать точную дозу порошка и обеспечивает его равномерное распределение в полости носа. В состав препарата, помимо растительной целлюлозы, входит порошок мяты и чеснока. Широко известно, что чеснок обладает противомикробным и противовирусным действием. Проведенные рандомизированные двойные слепые клинические исследования в Великобритании и Финляндии, а также и в России доказали, высокую эффективность и безопасность данного средства в профилактике инфекций, передающихся воздушно-капельным путем. Виролиз не содержит фармакологически активных веществ, в силу чего просто не может оказывать системное действие на организм, а, следовательно, может безбоязненно использоваться у детей с 1,5 лет (под наблюдением взрослых), беременных, кормящих и пожилых людей. Средство рекомендуется всем, кто находится в контакте с

источником инфекции (болеющие родственники, коллеги по работе и т. д.), кому по медицинским показаниям противопоказана вакцинация, лицам не прошедшим ее или прошедшим несвоевременно. Кроме того, препарат может являться дополнением к вакцинации, средством защиты в случае угрозы пандемии и для путешественников. Следует подчеркнуть важность правильного его применения, так как от этого напрямую зависит эффективность препарата. Перед применением, если требуется, необходимо очистить полости носа. Затем, осторожно вдыхая, нужно сделать по одному впрыску поочередно в каждую ноздрю, зажав при этом другую, задержать дыхание на две секунды и глубоко спокойно вдохнуть, чтобы препарат проник в носовые ходы. В целях эффективной профилактики гриппа препарат необходимо распылять 3-4 раза в течение дня. Кроме того, его рекомендуется использовать повторно после каждого очищения носовой полости, через каждые 5-6 часов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Фреше и др. Применение гипертонического раствора морской воды (Синомарин) в ринологии // 1998.- 456 с.
- 2 Ключева А.И. Ирригационная терапия верхних дыхательных путей.- М.: Медицина 1987.-19 с.
- 3 Рихельман Г., Лопатин А.С. Мукоцилиарный транспорт: экспериментальная и клиническая оценка. Российская ринология // 1994.- 214 с.

ТҮЙІН

Т.В. МОРОЗОВА

МККК № 19 Қалалық емхана, Алматы қ.

ЖҮКТІ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ТҰМАУҒА ШАЛДЫҒУЫ: ПРОФИЛАКТИКА ӘДІСТЕРІ МЕН ҚАУІП-ҚАТЕР

Бұл мақалада жүкті әйелдерде тұмау ауруымен ауыру қаупі қарастырылған; алдын- алу шаралары мен ем негіздері.

SUMMARY

T.V. MOROZOVA

GCE №19 Polyclinic, Almaty

THE GRIPPE IN PREGNANT: RISKS AND METHODS OF PREVENTION

Possible risks of flu at pregnant women, the basic principles of prevention and treatment are given in the article.

УДК 617.7-089.5-031.84:615.216.2

А. ОМИРТАЙ

ГККП Городская детская поликлиника № 3, г. Алматы

ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Аннотация

В статье рассмотрены современные методы профилактики и лечения при острых респираторных заболеваниях у детей. Иммунопрофилактика натуральными средствами.

Ключевые слова: острое респираторное заболевание, природные иммуномодуляторы, иммунопрофилактика, вирусная инфекция.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ), известные под названием простудных заболеваний, составляют более половины всех детских болезней. Две трети обращений к педиатру связаны именно с простудными заболеваниями. Это обусловлено, во-первых, инфекционной природой ОРЗ, способных быстро распространяться в коллективе, а во-вторых, многообразием вызывающих заболевания микроорганизмов: большинство ОРЗ вызывается вирусами. Вызываемые вирусами ОРЗ называются острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ). К ним

относятся грипп, парагрипп, аденовирусные, энтеровирусные и другие инфекции. Заболеваемость ОРВИ постоянно высокая, в зимнее время дети болеют чаще. Почти ежегодно отмечается подъем заболеваемости гриппом, который называют эпидемией.

Очень часто в результате ОРВИ развиваются разнообразные осложнения: синусит (воспаление пазух носа), отит (воспаление среднего уха), бронхит (поражение бронхов), пневмония (воспаление легких). Также возможны поражения центральной нервной системы: энцефалопатия, энце-

фалит, менингит, полинейропатия, гипертермические судороги.

Симптомы ОРВИ у детей.

Температура. Может быть как высокой (38,5–39°C), так и не очень (37,5°C)

Ребенок вялый, капризный, слабый, у него пропадает интерес к окружающему, нарушается сон, пропадает аппетит — все это обусловлено развитием вирусной интоксикации, отеком слизистой и заложенностью носа, «закладыванием» ушей и болезненными ощущениями в них

Сначала ребенок жалуется на боль в горле, у него наблюдается воспаление лимфатических узлов.

Частыми признаками ОРЗ являются учащенное дыхание (одышка), насморк, боли в горле и грудной клетке, першение, кашель. Все эти проявления простудных заболеваний обусловлены тем, что вирусы проникают в клетки, выстилающие дыхательные пути, вызывают раздражение слизистой оболочки и развитие воспаления в разных отделах дыхательных путей.

Посоветовавшись с врачом, можно начать лечение ребенка с безопасных и в то же время достаточно эффективных мер. К ним относятся и применение растительных веществ — иммуномодуляторов. Хорошо зарекомендовали себя в сфере лечения и профилактики простудных заболеваний у детей современные препараты-иммуномодуляторы.

Одним из таких препаратов является Биомун-комплекс из 5 натуральных компонентов, в состав которого входит эхинацея, кошачий коготь, витамин С, цинк и пробиотики.

Эхинацея повышает активность организма, энергично борется с вредоносными бактериями и вирусами. Кроме того, эхинацея используется при лечении и профилактике разнообразных респираторных заболеваний вирусного происхождения, аутоиммунных заболеваний, таких как ревматоидный артрит, гепатиты, нефриты и т.д., а также помогает укреплять иммунитет и защищать организм от других недугов.

Кошачий коготь — растительный иммуномодулятор, обладающий противовоспалительным, противоаллергическим и противовирусным эффектом.

Микроэлемент цинк — обладает антисептическим, противовоспалительным и антиоксидантным свойствами.

Витамин С — активно участвует в механизме ответной иммунной реакции и в выработке антител.

Лакто- и бифидобактерии — восстанавливают естественное микробное равновесие в кишечнике, регулируют работу желудочно-кишечного тракта, нормализуют синтез витамина Е и К, поддерживают естественную защиту организма от вирусов и бактерий, создают благоприятные условия для роста и размножения «полезных» микроорганизмов, от работы которых зависит 70% иммунной защиты.

Взрослым и детям от 6 лет и старше по 1 капсуле один раз в день, следует принимать не менее 2 недель.

К разряду профилактических мер относятся также закаливание, общеукрепляющие процедуры, полноценный летний отдых, здоровый образ жизни: соблюдение режима дня, регулярные прогулки, соответствующий возрасту сон, употребление свежих фруктов.

ТҮЙІН

А. ӨМІРТАЙ

№ 3 Қалалық балалар емханасы, Алматы қ.
**МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАРДЫҢ ЖРВИ-
ДЕН АЛДЫН АЛУ ЖОЛДАРЫ**

Бұл мақалада балардағы кезінде қолданылатын жаңа ем мен алдын алу шаралары қарастырылған. Табиғи иммуномодуляторлардың қолданылуы.

SUMMARY

A. OMIRTAY

№ 3 Polyclinic for children, Almaty
ARVI PREVENTION IN SCHOOL CHILDREN

The article deals with modern methods of prevention and treatment of acute respiratory diseases in children. Immunization natural remedies.

УДК 616.211-002.-056.3

Г.Д. БАЙМАГАМБЕТОВА

Областной клинико-диагностический медицинский центр, г. Тараз

АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ РИНИТЫ

Аннотация

Очень часто выявляют одновременную патологию носа и легких у одного больного. У 30% больных бронхиальной астмой выявляют аллергический ринит. Исследования выявили тесную связь между аллергическим ринитом и бронхиальной астмой. Воспалительные процессы в носу и бронхах поддерживаются или усиливаются благодаря взаимодействию одинаковых патофизиологических механизмов.

Ключевые слова: Аллергический ринит, ринорея, дифференциальная диагностика.

Хронический аллергический ринит — это аллергическое (длится несколько месяцев или лет) воспаление слизистой оболочки носа, которое сопровождается следующими симптомами: затрудненное дыхание через нос (заложенность носа), обильные водянистые выделения из носа (ринорея), приступы чихания, зуд в носу. При остром аллергическом рините эти симптомы продолжают не более трех-четырёх недель [1].

По длительности обострения аллергические риниты можно разделить на сезонные, круглогодичные, сочетанные и псевдоаллергические.

Сезонные риниты обычно обостряются весной, летом или осенью. Круглогодичные риниты протекают в течение всего года. Сочетанные аллергические риниты беспокоят больного круглый год, а в определенный период года состояние его ухудшается.

К псевдоаллергическим ринитам мы относим обострения заболевания, связанные с различными факторами внешней среды (холод, табачный дым, резкие запахи) [2].

Кроме того, различают следующие стадии аллергического ринита:

а) вазодилаторная, которая характеризуется заложенностью носа, расширением капилляров и наполнением венозных синусов кровью. Слизистая обычно синюшная, дыхание затруднено, отмечаются приступы чихания.

б) гиперсекреторная форма характеризуется обильными выделениями из носа, гиперемией слизистой и чиханием;

в) при отечной форме наблюдается бледность

слизистой, нарушение дыхания;

г) при катаральной форме яркая гиперемия, слизистые выделения;

Этиология ринита.

При сезонных аллергических ринитах чаще всего этиологией является пыльца растений — летом и споры грибов — осенью. При постоянных ринитах заболевание вызывается домашней пылью, тараканами, пером подушки, книжной пылью, пылью детских мягких игрушек, эпидермисом животных, домашними клещами и др. При инфекционных аллергических ринитах ведущая роль принадлежит бактериям, вирусам и спорам грибов.

Эпидемиология ринита.

Аллергический ринит чаще всего распространен у людей молодого возраста и у детей. Около 40% населения всей планеты болело в разные годы аллергическими ринитами. В настоящее время аллергический ринит установлен в среднем у 15% популяции земного шара. Отмечено, что каждые 10 лет количество больных респираторными аллергиями удваивается [3].

Помимо указанных выше этиологических факторов развитию аллергического ринита способствуют так называемые факторы риска. К ним относятся и наследственная отягощенность, частые респираторные инфекционные заболевания, загрязнения внешней среды продуктами промышленности и транспорта, акклиматизация при смене места жительства, сопутствующие аллергические заболевания (пищевая, лекарственная аллергия), высокий уровень жизни в развитых стра-

нах (кондиционеры, косметические средства, домашние животные и др.).

Патогенез аллергических ринитов.

Воспаление слизистой оболочки носа проходит 4 стадии:

1. Соединение аллергена с иммуноглобулином класса "J", соединение этого комплекса с рецепторами мастоцита, эозинофила и клеток Лангерганса.

2. Появление первичных реакций, повреждающих клетки слизистой оболочки.

3. Привлечение в очаг воспаления эозинофилов, лейкоцитов и других клеток воспаления.

4. Выход клеток из сосудов и развитие поздней и замедленной фаз воспаления.

Патологический процесс на слизистой оболочке носа при аллергическом рините может развиваться по трем типам реакций: немедленная ранняя, немедленная поздняя и замедленная.

Немедленная ранняя реакция воспаления развивается через 30 минут после попадания аллергена на слизистую оболочку больного аллергическим ринитом.

Немедленная поздняя реакция начинается через 4-5 часов после контакта больного с "виновным" аллергеном. На слизистой отмечается увеличение клеток воспаления:

Замедленная аллергическая реакция начинается через 24-28 часов после попадания аллергена в организм больного аллергическим ринитом. Реакцию вызывают сенсibilизированные Т-лимфоциты.

Диагностика риносинуситов.

Метод диагностики аллергических заболеваний сложен, так как врачу необходимо выявить этиологию заболевания, тип аллергической реакции, по которому развивается патологический процесс, локализацию патологического процесса в верхних дыхательных путях, тяжесть течения заболевания.

Первый этап диагностики - это сбор аллергологического анамнеза, который проводится по специальной анкете,

Второй этап - это клиничко-лабораторные методы исследования больного. К ним относятся: осмотр ЛОР органов специалистом, эндоскопические исследования полости носа, рентгенография придаточных пазух носа, мазок со слизистой оболочки носа

Третий этап - это кожные аллергические пробы с подозреваемыми аллергенами,

Четвертый этап - это провокационные эндоназальные пробы с виновным аллергеном.

Пятый этап - иммунологическое обследование больного для определения специфических иммуноглобулинов класса "J".

Клиника аллергического ринита.

В период обострения заболевания отмечаются обильные (серозного или слизистого характера) выделения из носа. Больной жалуется на приступы чихания (до 20 раз подряд) и зуд в носу, часто отмечается заложенность носа и затрудненное носовое дыхание, а также сухость в горле по утрам. Нередко отмечаются головные боли, нарушение сна и памяти. Могут быть кровотечения из носа, снижение обоняния, изменение голоса [4].

Помимо классического аллергического ринита, могут быть и его клинические варианты. К ним относятся: профессиональные риниты на шерсть животных в вивариях, ринит у мукомолов на муку, ринит на лекарства у фармацевтов и др. В период беременности у женщин могут быть гормональные риниты в виду сокращения выработки простогландинов "Е". Ряд лекарств (резерпин, аспирин, контрацептивы) могут вызвать лекарственные риниты. Наконец, вариантом заболевания является вазомоторный ринит, который встречается у 27% больных ринитом и связан с неспецифической гиперреактивностью слизистой оболочки носа.

Дифференциальная диагностика ринита.

Ряд заболеваний полости носа и глотки могут имитировать аллергический ринит. К ним относятся: искривление носовой перегородки и инородные тела полости носа, которые нарушают носовое дыхание, злокачественные и доброкачественные опухоли, аденоидные разрастания в носоглотке, гранулематоз Вегенера, туберкулез полости носа, острые респираторные заболевания, а также вазомоторный ринит. Последний чаще других имитирует аллергический ринит.

Если аллергический ринит протекает по типу ранней немедленной реакции, то отмечаются зуд, ринорея, чихание. Если реакция идет по типу поздней реакции, преобладает гиперреактивность и заложенность носа. Клиника замедленной аллергической реакции характеризуется хроническим воспалением и густыми выделениями из носа, вовлечением в процесс придаточных пазух носа.

Осложнения аллергического ринита.

При данном заболевании практически не наблюдается самовыздоровления. Если больной не лечится или применяет неадекватные методы, часто наступают осложнения заболевания. Наиболее распространенные из них: воспаление сред-

него уха (отит), воспаление придаточных пазух носа (гайморит), бронхиальная астма и наиболее тяжелое - менингит.

Хроническому аллергическому риниту часто сопутствуют другие аллергические заболевания (аллергический конъюнктивит и аллергический дерматит).

Профилактика аллергического ринита.

Профилактика заболевания сводится к борьбе с загрязнением окружающей среды. Больной должен избегать находиться в запыленной атмосфере, как на улице или по месту работы, так и дома. В квартире не должно быть ковров, мягких игрушек и домашних животных. Необходима частая влажная уборка помещения, использование фильтров на окнах и очистителей воздуха.

Методы лечения аллергического ринита.

Современные наиболее эффективные методы лечения аллергического ринита можно разбить на три большие группы:

1. Элиминация (удаление) аллергена. Если аллерген - домашнее животное (кошка, собака), то это легко можно сделать. Если это пыльца растений, то следует уезжать в другую местность на все время цветения данных растений. Однако для большинства аллергенов этот метод трудно выполнить по техническим и материальным соображениям. Тогда переходят ко второй группе.

2. Лекарственная терапия. Это наиболее распространенный метод лечения. Эффективными оказались две группы препаратов в зависимости от типа аллергической реакции. При ранней немедленной реакции необходимо применять антигистаминные препараты. При замедленной и поздней реакции - топические кортикостероиды или кромогликаты натрия.

В период обострения ринита применяют целый ряд лекарственных препаратов.

Антигистаминные препараты снимают зуд в носу, чихание и выделения из носа примерно в 87% случаев. Местные симпатомиметики снимают заложенность носа временно на несколько часов, они являются альфа-агонистами, применяют в виде капель. Имеют целый ряд побочных действий, используются в качестве симптоматической терапии, их можно применять не более 5-7 дней. К ним относятся: санорин, галазолин, адреналин, нафтизин.

Местные кортикостероиды в виде аэрозолей снимают симптомы заложенности носа, но имеют ряд противопоказаний и не могут применяться долго.

Группа кромогликатов применяется только местно. Они предотвращают аллергические реакции 1-го типа, то есть обладают профилактическим действием.

3. Наконец, третий метод - это специфическая иммунотерапия вакцинами. Метод этот наиболее эффективен, но применяют только аллергологи, он имеет ряд противопоказаний, курс лечения длится два-три месяца и стоимость его высокая.

Сегодня эффективная элиминация аэроаллергенов, а, следовательно, и профилактика аллергического ринита стала возможной благодаря появлению нового уникального безопасного средства Аллергиз - фармацевтической компании «Аптокс».

Препарат представляет собой порошок инертной микродисперстной растительной целлюлозы. С помощью специальной системы распыления и дозирования при впрыскивании в носовые ходы Аллергиз образует на поверхности слизистой оболочки непроницаемую для аэроаллергенов гелеобразную пленку. Естественно, отсутствие контакта с аллергеном означает и отсутствие аллергического воспаления. Препарат Аллергиз (Nasaleze) был разработан в Великобритании. Специальная конструкция, встроенная во флакон, позволяет впрыскивать точную дозу порошка и обеспечивает его равномерное распределение в полости носа. Микрочастицы целлюлозы довольно крупные (свыше 118 мкм), поэтому они не проникают в трахею, бронхи, бронхиолы и альвеолы, а оседают только в носоглотке. Аллергиз совершенно безопасен, не вызывает привыкания и не имеет побочных эффектов, так как не содержит активных веществ и не обладает системным действием, а, значит, идеально подходит и детям, и беременным, и кормящим матерям. Препарат воздействует на причину, а не на симптомы заболевания. Эффективность и безопасность препарата доказана в многочисленных клинических испытаниях, проведенных в разных странах мира. Их результаты демонстрируют, что препарат эффективен даже при тяжелых формах сезонного и круглогодичного аллергического ринита. Его использование помогает существенно снизить лекарственную нагрузку и, что очень важно, сократить или полностью избежать применения антигистаминных препаратов, назальных глюкокортикостероидов, симпатомиметиков. Аллергиз способствует регенерации и нормализации функционирования мерцательного эпите-

лия и не нарушает мукоцилиарный клиренс. Сегодня это средство зарегистрировано и применяется в 49 странах мира, в том числе в Великобритании, США, Канаде, Германии, Австрии, Франции, Израиле, Норвегии, Дании, Финляндии, Швеции, Швейцарии, Бразилии, Турции. Благодаря фармацевтической компании «Аптокс» этот препарат стал доступным и для казахстанских потребителей. Известно, что фармакотерапия аллергического ринита обходится пациенту очень дорого, в среднем в период обострения он тратит на лекарства около 300\$ в месяц. Применение препарата Аллергиз экономически выгодно для больного, так как позволяет отказаться от других лекарственных средств. Один флакон спрея содержит 200 доз, которых хватает на 30 дней регулярного приема.

При ОКДМЦ было проведено исследование, для оценки эффективности аллергиза - 60 пациентам с аллергическим ринитом. В результате были подтверждены положительные стороны этого препарата. Аллергиз защищает слизистую оболочку носа от контакта с аллергеном, в результате чего не развивается аллергическое воспаление. Микрочастицы целлюлозы не проникают в трахею и бронхи а оседают только в носоглотке. Аллергиз безопасен, не вызывает привыкания, не имеют побочных действий. На фоне применения аллергиза, удалось снизить дозу назальных глюкокортикостероидов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Мещеряков Л.П. Аллергический риносинусит. В книге — Аллергические болезни у детей. М., 1986.- С. 161 – 170.
- 2 Мошкевич В.С. Аллергические заболевания верхних дыхательных путей.- Алматы, 2002.
- 3 Мошкевич В.С., Митковская О.А., Шнайдер А.В. Современные методы диагностики и лечения аллергических ринитов, осложненных бронхиальной астмой. В кн.-Патология респираторного тракта.-2005.- 143 с.
- 4 Мошкевич В.С., Кравцова Т.К. Специфическое лечение поллиноза аэрозолямиаллергозов. Клиническая медицина, 1996.- №12.- 58 с.

ТҮЙІН

Г.Д. БАЙМАҒАМБЕТОВА

Облыстық клинико диагностикалық медицина орталығы, Тараз қаласы.

АЛЛЕРГИЯЛЫҚ РИНИТТЕР

Бронхиальді астма мен аллергиялық риниттердің ұқсастығы қарастырылған, аллергиялық риниттердің профилактикасы бронхиальді демікпе ауруына әкелмейтініне көз жеткіздік.

SUMMARY

G.D. BAIMAGAMBETOVA

Regional Clinical Diagnostic Medical Center, Taraz

ALLERGIC RHINITIS

Researches exposed close connection between a rhinallergosis and bronchial asthma. Timely treatment of allergic diseases of overhead respiratory tracts is not only the prophylaxis of development of bronchial asthma but also facilitates its flow at the simultaneous disease of overhead and lower respiratory tracts.

УДК 616.286-035:615.281

Ш.Т. КАЗИМОВА

ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница», г. Уральск

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДИСФУНКЦИЙ ЕВСТАХИЕВЫХ ТРУБ**Аннотация**

В статье представлены особенности терапии евстахиитов с помощью комплексного лечения Ципромедом, физических методов у 23 пациентов. Применение данной методики позволило добиться положительного клинического эффекта и восстановить проходимость слуховой трубы и слуховую функцию.

Ключевые слова: евстахиева труба, дисфункция, Ципромед.

Актуальность проблемы: Нарушение функции евстахиевой трубы (тубоотит или евстахиит), соединяющей среднее ухо с носоглоткой, является одной из распространенных причин кондуктивной тугоухости. Оно наблюдается при воспалительных явлениях носоглотки во время вирусных заболеваний, аллергическом и вазомоторном рините, искривлении носовой перегородки и другой патологии носовой полости. Заболевание сопровождается частичным или полным закрытием устья слуховой трубы и нарушением вентиляции барабанной полости, что ведет к снижению подвижности барабанной перепонки и цепи слуховых косточек. Актуальность проблемы лечения пациентов с дисфункцией слуховой трубы в настоящее время определяется значительным подъемом частоты возникновения данного заболевания. Длительное нарушение вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы с пониженным интратимпанальным давлением способствует инфицированию среднего уха тубарным путем, с последующим развитием экссудативного и адгезивного среднего отита, приводящего к тугоухости [1].

Цель исследования - изучение эффективности методов лечения острых и хронических тубоотитов с целью выработки наиболее приемлемой для условий областной клинической больницы методики.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 23 пациента в возрасте от 18 до 44 лет, у которых был диагностирован тубоотит, с острой формой - 12 человек (52%), с хронической формой - 11 человек (48%), у 4 пациентов (17%) - одностороннее, у 19 пациентов (83%) - двустороннее поражение. Аудиологическое обследование включало в себя: тональную, речевую аудиометрию, импедансометрию с тимпаномет-

рией, регистрацией акустических рефлексов и оценкой барофункций евстахиевой трубы. Курс лечения включал в себя: антибактериальную терапию Ципромедом в виде ушных капель и транстубарно через слуховую трубу, продувание евстахиевых труб после анемизации их устья, пневмомассаж барабанных перепонок, транстубарное введение лидазы, сосудосуживающие капли в нос, антигистаминные препараты внутрь, физиолечение. Ципрофлоксацин, который является действующим веществом препарат «Ципромед» относится к антибиотикам фторхинолонового ряда, обладающим широким спектром действия. Он оказывает бактерицидный эффект на грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, включая синегнойную палочку, которые являются основными возбудителями воспалительного процесса среднего уха. Применение ушных капель с антибиотиком широкого спектра действия наиболее целесообразно при острых и хронических средних отитах, в т. ч. и при тубоотитах [2]. Существенным достоинством Ципромед а является отсутствие ототоксического побочного эффекта, что позволяет избежать развития сенсоневральной тугоухости. Специально разработанная форма Ципромед а для местного использования на безводной вязкой основе позволяет находиться в области поражения длительно и повысить время воздействия активных веществ введение лидазы и Ципромед а, местно - закапывание 0,3% капель Ципромед в левое ухо, эндоуральный электрофорез с лидазой на левое ухо, ринофлуимуцил в нос, лоратадин внутрь. Проведенная нами контрольная аудиометрия и тимпанометрия с типом «А», compliance - 1,56 ml, pressure (-) 19 daPa, gradient 1,21 ml свидетельствует об улучшении восприятия в области низких частот, восстановлению функции евста-

хивых труб и нормализации слухового восприятия.

Результаты исследования: Как показал наш клинический опыт, комплексное лечение с применением антибактериального препарата Ципромед в каплях, проведением продуваний евстахиевых труб с транстубарным введением протеолитических ферментов, пневмомассажа, сосудосуживающих капель в нос, физиотерапии позволяет добиться положительного клинического эффекта при дисфункциях евстахиевых труб, приводит к улучшению слухового восприятия по воздушной проводимости, восстановлению слуховой функции. Использование Ципромед а на практике доказывает отсутствие токсичности для внутреннего уха, безводная основа увеличивает вязкость препарата, способствует дегидратации в полости среднего уха и удлиняет время контакта активных веществ со слизистой оболочкой.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Тарасов Д.И., Федорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха. М.: Медицина.- 2004. - С.24-26.

2 Тарасова Г.Д. Тактика лечения больных с воспалительными заболеваниями уха // Российская оториноларингология. — 2007.- №1(26).- С. 202-206.

ТҮЙІН

Ш.Т. КАЗИМОВА

МКК «Облыстық клиникалық ауруханасы», Орал қ.
**ЕВСТАХИЙ ТҮТІГІНІҢ ДИСФУНКЦИЯЛАРЫН
ЕМДЕУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

Мақалада евстахиит терапиясының ерекшеліктері Ципромед арқылы жеке әдістермен 23 науқастар кешенді емделуі көрсетілген. Аталған әдістеменің қолдануы жақсы клиникалық әсер тигізеді және есту түтігі мен есту функциясын қалпына келтіреді.

Түйін сөздер: евстахий түтігі, дисфункция, Ципромед.

SUMMARY

SH.T. KAZIMOVA

GFCP «Regional Clinical Hospital», Uralsk
**FEATURES OF TREATMENT OF DYSFUNCTIONS
OF EUSTACHIAN TUBES**

There are the features of therapy of eustachitis at 23 patients presented in the article by use of complex treatment tsipromed, physical methods. Application of the technique allowed to achieve positive clinical effect and to restore pass ability of acoustical pipe and acoustical function.

Key words: eustachian tube, dysfunction, Tsipromed.

УДК 616.211-002.2-035:615.839.1

Г.А. ЕШЖАНОВА

Детская городская клиническая больница, г. Костанай

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ РАСТВОРОВ ПРИ ЛОР-ПАТОЛОГИЯХ

Аннотация

В статье приводятся данные по применению гипертонического раствора морской воды для носовой полости, который имеет хороший терапевтический эффект при воспалительных заболеваниях ЛОР органов, помогает улучшить проходимость носовых ходов и сократить сроки выздоровления пациентов.

Ключевые слова: гипертонические растворы, лор-патология, риносинусит.

Актуальность. Хронические заболевания полости носа, к которым относят аллергический ринит, хронический риносинусит инфекционной, профессиональной, лекарственной, гормональной природы обусловлены самыми разнообразными причинами [1,2].

Все эти заболевания имеют один наиболее характерный признак — обструкцию носового дыхания, вызванную воспалением слизистой оболочки полости носа и гиперсекрецией слизи. Практически всегда в воспалении участвует присоединившаяся вторичная инфекция, существенно усугубляющая течение ринита. В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к росту числа как острых, так и хронических заболеваний носа и околоносовых пазух. В связи с этим остается актуальным поиск эффективных средств лечения, учитывающих патогенетические механизмы развития заболевания.

Как показывают исследования ряда авторов, в патогенезе картины воспалительной патологии носа и околоносовых пазух большое значение имеет нарушение функции мерцательного эпителия слизистой носовой полости. Кроме того, очень часто заболевания носа и околоносовых пазух протекают с отеком слизистой оболочки, который является следствием вирусного, бактериального и аллергического воспаления.

Полость носа тесно связана с такими анатомическими областями, как околоносовые пазухи, слуховые трубы, барабанная полость, глазницы, носоглотка. Единое воздушное сообщение делает полость носа «входными воротами» для бактерий, вирусов, аллергенов, пыли и др. неблагоприятных агентов находящихся во вдыхаемом воздухе. Поэтому, одним из методов лечения заболеваний полости носа и связанных с ними областей, является промывание носа для удаления этих неблагоприятных факторов. Это стало осо-

бенно актуально в связи с ухудшающейся экологической обстановкой окружающего пространства. Очищение солевым раствором носовой полости способствует улучшению оттока воспалительного выпота из околоносовых пазух, восстановлению их функции. От того, насколько воздух свободно проходит через носовые ходы зависит нормальная функция носа и околоносовых пазух.

Для улучшения проходимости носовых ходов обычно применяются топические деконгестанты и местные противовоспалительные средства. В настоящее время, с появлением гипертонического раствора морской воды Синомарина, который помимо активного промывания обладает противоотечным действием за счет осмотического эффекта гипертонического раствора, появилась возможность применения безопасного и эффективного метода восстановления носовой проходимости. Своевременное включение в лечебные мероприятия промывания носовой полости гипертоническим раствором морской воды Синомарином, позволяет избежать развития осложнений и, в некоторых случаях, назначения антибиотикотерапии и пункций верхнечелюстных пазух. Важность своевременного проведения активной местной терапии очень высока в связи с предупреждением хронизации процессов в области носовой полости и околоносовых пазух, а также с точки зрения снижения доз принимаемых препаратов.

Применение назальных деконгестантов или вазоконстрикторов, которые быстро ликвидируют симптомы заложенности носа и снижают патологическую серкцию, в последние годы вызывает опасения из-за неконтрольного применения пациентами и, в связи с этим, большого числа осложнений, вызываемых этой группой препаратов. Как известно, применение более десяти

дней большинства носовых капель и невозможность точной их дозировки приводит к следующим состояниям: проходящее ощущение жжения, сухости в полости носа и носоглотки; синдром привыкания; угнетение секреторной функции и микроциркуляции, развитие атрофического ринита; системное симпатомимитическое действие (возбуждение, головная боль, бессонница, тошнота, сердцебиение, повышение артериального давления, тремор, повышение внутриглазного давления).

Противопоказаниями к применению группы назальных деконгестантов являются: атрофический ринит, медикаментозный ринит, артериальная гипертензия, атеросклероз, закрытоугольная глаукома и аллергическая непереносимость.

Кроме того, бесконтрольное применение местных сосудосуживающих средств приводит к «высушиванию» слизистой оболочки носа. Это побочное действие часто является причиной развития бактериального процесса в носовой полости и в околоносовых пазухах. Поэтому перспективным является использованием средств, которые наряду с эффектом деконгестанта содержат увлажняющие компоненты. Таким критериям соответствует гипертонический 2,3% раствор морской воды Синомарин, который снимает отек и освобождает проходимость соустьев. Микроэлементы, входящие в состав морской воды, благотворно влияют на мерцательный эпителий, восстанавливая его функции.

Материал и методы исследования. В нашей амбулаторной практике мы наблюдали 45 человек, из них 15 с атрофическим ринитом, 30 с риносинуситом. Из них 20 мужчин, 20 женщин

(из них 6 беременных), 5 детей. Им было рекомендовано промывание носа в домашних условиях в течение 7 дней 3-4 раза в сутки в дополнение к основной терапии. Все пациенты отмечали быстрое улучшение носового дыхания, удобство и безопасность применения Синомарина.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Булл Т.П. Атлас ЛОР заболеваний Пер. с англ. под ред. М.Р.Богомилского, 4-е изд. Исправление ГЕОТАР-медиа, 2007.-266 с.

2 Березнюк В.В., Лившиц О.Д. Исследование эффективности препарата у слухопротезированных больных // Журнал ушных, носовых и горловых болезней, 2009.-№ 5.-140 с.

ТҮЙІН

Г.А. ЕШЖАНОВА

Балалар калалық клиникалық больницысы,
Костанай қ.

АУЫЗ-МҰРЫН ПАТОЛОГИЯСЫНДАҒЫ ГИПЕРТОНИЯЛЫҚ ЕРІТІНДІСІН ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада ауыз-мұрын ауруларын Синомарин гипертониялық ертіндісімен емдеу қарастырылған. Синомаринмен емделу кезінде терапевтикалық эффектсі мен аурудың тез жазылуы көрсетілген.

SUMMARY

G.A. ESHZHANOVA

Children's Hospital, Kostanai

USE OF HYPERTONIC SOLUTIONS FOR ENT PATHOLOGIES

In the article the data on application of nasal washing by the sea water hypertonic solution which has good therapeutic effect at ENT inflammatory diseases, helps to improve passableness of nasal courses and to reduce terms of patient's recovery.

УДК 616.284-002-035:615.281

Ш.Т. КАЗИМОВА

ГКП на ПХВ «Областная клиническая больница», г. Уральск

**ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА КОМБИНИЛ ДУО
В ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ****Аннотация**

В статье дана информация по изучению эффективности методов лечения экссудативных средних отитов препаратом Комбинил дуо у пациентов после шунтирования барабанной перепонки с целью выработки наиболее приемлемой для условий методики.

Ключевые слова: лечение экссудативных средних отитов, антибактериальная терапия, Комбинил дуо.

Актуальность. Проблема эффективности методов лечения экссудативного среднего отита (ЭСО) остается актуальной в связи с ростом числа заболеваемости более чем в 2 раза за последние годы [1]. Увеличение заболеваемости объясняется улучшением диагностики ЭСО, а также необоснованным применением антибиотиков и противовоспалительных средств [2]. Пусковым механизмом возникновения данного заболевания является дисфункция евстахиевой трубы с нарушением ее дренажной и вентиляционной функции. Необходимость выработки наиболее эффективных методов лечения данного заболевания обусловлена тем, что секреторный средний отит имеет тенденцию к затяжному течению, несмотря на активно проводимое лечение, и в случае хронического течения сопровождается медленно нарастающей кондуктивной тугоухостью [3,4].

Цель исследования - изучение эффективности методов лечения экссудативных средних отитов препаратом Комбинил дуо у пациентов после шунтирования барабанной перепонки с целью выработки наиболее приемлемой для условий областной клинической больницы методики.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено нами у 25 пациентов в возрасте от 16 до 27 лет, с экссудативным средним отитом: у 9 пациентов (36%) - одностороннее, у 16 пациентов (64%) - двустороннее поражение. До начала курса лечения жалобы на заложенность ушей и снижение слуха предъявляли все 25 пациентов, чувство «хлопка», «треска», «переливания жидкости» при перемене положения головы — 13 человек (52%). Низкочастотный субъективный шум в ушах различной степени отмечался у 17 человек (68%). До и после лече-

ния все пациенты были обследованы нами аудиологическими методами на клиническом аудиометре АС 40 и импедансном аудиометре АТ 235h «Interacoustics»: тональной аудиометрией, импедансометрией с тимпанометрией, регистрацией акустических рефлексов и оценкой барофункций евстахиевой трубы. По данным тональной аудиометрии у 14 человек (56%) выявлено нарушение функции звукопроводения с повышением порогов воздушной проводимости в среднем до 35-40 дБ, у 11 человек (44%) — до 45-50 дБ, восприятие по костной проводимости не нарушено. Восходящий тип кривой с повышением порогов в низкочастотной зоне частот отмечался у 15 пациентов (60%), с повышением порогов в низкочастотной и речевой области — у 3 пациентов (12%). Горизонтальный тип кривой наблюдался у 7 человек (28%). По данным импедансометрии у всех пациентов нами зарегистрированы тимпаногаммы типа «В». Отклонения при регистрации акустического рефлекса (АР): его отсутствие или повышение порога отмечены у всех пациентов. Нарушения проходимости евстахиевой трубы, оцененные по результатам барофункций слуховых труб и проб Тойнби, Вальсальвы выявлены нами у 19 человек (76%).

Результаты исследований и их обсуждение. Лечение включало в себя курс антибактериальной терапии препаратом Комбинил дуо в виде ушных капель после шунтирования барабанной перепонки, сосудосуживающие капли в нос, антигистаминные препараты внутрь, препараты, стимулирующие мукоцилиарный транспорт слуховой трубы (эреспал). На фоне проведенного курса лечения, как подтверждают наши наблюдения, отмечалось сокращение времени оторреи у 20 человек (80%), уменьшение заложенности в

ушах — у 22 человек (88%), исчезновение или уменьшение интенсивности ушного шума — у 21 человек (84%). Контрольное обследование, проведенное нами после курса лечения, показало улучшение восприятия порогов воздушной проводимости на 15-20 дБ — у 18 человек (72%), на 21-25 дБ — у 3 человек (12%), на 26 - 30 дБ — у 4 человек (16%). По тимпанометрическим данным у 22 пациентов (88%) мы зарегистрировали тип «А», у 3 человек (12%) — тип «С». Положительный клинический эффект отмечен нами на основании улучшения порогов регистрации акустических рефлексов — у 23 человека (92%).

Комбинил дуо имеет в своем составе два действующих вещества: фторхинолон ципрофлоксацин 0,3% и стероид дексаметазон 0,1%, что привело к двойному механизму бактерицидного действия. Ципрофлоксацин является антибиотиком широкого спектра действия, оказывающим бактерицидный эффект на возбудители острых и хронических средних отитов — грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, в том числе и на синегнойную палочку. Имеющийся в составе Комбинил дуо дексаметазон уменьшает воспалительную реакцию и отек тканей, оказывает противоаллергическое действие. Благодаря комбинированной терапии быстрее купировались признаки воспаления и достигнут бактерицидный эффект, что немаловажно при наличии шунта барабанной перепонки, так как секреторный средний отит часто имеет тенденцию к вялотекущему и затяжному течению. Сочетание двух препаратов в одном флаконе и возможность их одномоментного введения способствовало удобству применения у данной группы пациентов. Отсутствие ототоксического побочного эффекта, позволяющего предупредить развитие заболеваний со стороны внутреннего уха явилось профилактикой сенсоневральной тугоухости. Сосудосуживающие капли в нос использовались для ликвидации отека слизистой в области слуховой трубы и восстановления дренажной функции. При развитии ЭСО на аллергическом фоне нами назначались антигистаминные средства. Препарат эреспал стимулировал мукоцилиарный клиренс евстахиевой трубы и улучшил эвакуацию патологического секрета из барабанной полости.

В качестве примера приводим аудиометрию пациента Д., 20 л., с правосторонним экссуда-

тивным средним отитом, дисфункцией евстахиевой трубы справа, до и после лечения. На аудиометрии: повышение порогов воздушной проводимости в области низких и речевых частот до 40 дБ справа, костная проводимость сохранена. Тимпанограмма типа «В» до курса лечения, compliance — 0,25 ml, pressure — (-)158 daPa. Акустические рефлексы справа регистрировались на 4 кГц на уровне 100 дБ, на остальных частотах — отрицательные. Пробы на проходимость слуховых труб: pressure — (-)158, (-)140, (-)162 daPa, свидетельствующие о нарушении барофункции слуховых труб. Пациенту проведена миринготомия с шунтированием барабанной перепонки, закапывание капель Комбинил дуо в правое ухо 2 раза в сутки в течение 7 дней, ринофлуимуцил в нос, эреспал внутрь, зиртек внутрь. Контрольная аудиометрия, проведенная нами в динамике, а также данные тимпанометрии, с типом «А», compliance — 1,42 ml, pressure — (-)22 daPa после лечения, свидетельствует о восстановлении восприятия в области низких и речевых частот, нормализации функции евстахиевых труб и слухового восприятия в целом.

Результаты исследования: Как показали проведенные нами клинические исследования, применение комбинированного средства Комбинил дуо у пациентов с шунтом барабанной перепонки благодаря сочетанию двух лекарственных средств в одном флаконе обладает широким спектром антибактериального действия, не обладает ототоксическим эффектом и является эффективным в отношении наиболее распространенных возбудителей секреторных отитов. Данная методика привела к быстрому купированию признаков воспаления при экссудативных средних отитах, сокращению продолжительности лечения и положительной динамике восстановления слухового восприятия в целом.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Тарасова Г.Д. Тактика лечения больных с воспалительными заболеваниями уха // Российская оториноларингология. — 2007. — №1(26). — С. 202–206.
- 2 Лучихин Л.А. Лечение воспалительных заболеваний среднего уха // Лечащий врач. — 2004. — №8. — С.17–20.
- 3 Таварткиладзе Г.А. Избранные лекции по клинической аудиологии/Москва-2011.-С.39-41.
- 4 Козлов М.Я., Левин А.Л. Детская сурдоаудиология // Медицина.-2009.-С.104-107.

ТҮЙІН
Ш.Т. КАЗИМОВА

ШЖҚ МКК «Облыстық клиникалық ауруханасы»
Орал қ.

**ЭКССУДАТИВТІК ОРТА ОТИТТЕРДІ
ЕМДЕУ ҮШІН КОМБИНИЛ ДУО
ПРЕПАРАТЫН ҚОЛДАНУ**

Мақалада дабыл жарғағын тамырластырғаннан кейін 25 науқастарда Комбинил дуо препарат арқылы экссудативтік отиттерді емдеудің ерекшеліктері көрсетіледі. Аталған препаратты пайдаланғаны - есту функциясының дұрысталуына және жақсы серпінділікке әкелді.

Түйін сөздер: экссудативтік отит, дабыл тамырластыру, Комбинил дуо.

SUMMARY

SH.T. KAZIMOVA

GKP «Regional clinical hospital»,
Uralsk

**PREPARATION APPLICATION COMBINIL
DUO IN TREATMENT OF SECRETORY
MIDDLE OTITISES**

Features of therapy of secretory otitis are presented in article by the help of using combinil duo at 25 patients after eardrum shunting. Use of this treatment led to positive dynamics and normalization of acoustical function.

Key words: secretory middle otitis, eardrum shunting, Combinil duo.

УДК 616.211-002-035:615.839.1

З.И. МУРДИНОВА

ГККП Центр ПСМП «Заря Востока», г. Алматы

**ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА РИНИТОВ ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ
РАСТВОРОМ МОРСКОЙ ВОДЫ**

Аннотация

В статье рассмотрены патогенез и симптоматика ринитов. Безопасные методы лечения ринитов.

Ключевые слова: воспаление слизистой носа, морская вода, виды ринитов.

Ринит — воспаление слизистой оболочки полости носа. Ринитом в медицине называется насморк. Риниты делятся на острые и хронические. Острый ринит, или насморк - одно из самых распространенных заболеваний, которого не избежал, по-видимому, ни один человек. Острый ринит может быть самостоятельным воспалением полости носа, а может сопутствовать многим другим инфекционным заболеваниям [1].

В патогенезе воспалительных процессов в полости носа и носовых пазух особое место занимает нарушение функции мерцательного эпителия, покрывающего слизистую носа. Кроме того, процесс очищения связан с состоянием секрета, вырабатываемого железистыми клетками слизистой оболочки: ритм движения ресниччатого эпителия зависит от вязкости слизи. Сгущение слизи замедляет движение ресничек, а значит, увеличивается время воздействия бактерий и вирусов на слизистую оболочку, вызывая ее повреждение [2].

Выделяют несколько видов ринитов:

- Катаральный ринит

- Хронический ринит
- Аллергический ринит
- Вазомоторный ринит

При этом во всех видах ринитов наблюдаются схожие неприятные симптомы такие как

- заложенность носа,
- ощущение жжения в носу,
- головная боль,
- чихание
- першение в горле
- утомляемость, сонливость

Профилактика ринита включает закаливание организма к охлаждению, перегреванию, влажности и сухости воздуха. Защищают от ринита также чистота воздуха в рабочих и жилых помещениях, поддержание в них оптимальной температуры и влажности.

Чтобы этого не допустить очень важно обеспечить очистку носа от слизи с микробами. Когда слизистая носа здоровая она справляется с этим сама, но при воспалении она ослабевает и слизь начинает накапливаться и служить питательной средой для миллиардов микробов. Обыч-

ные сосудосуживающие капли, которые традиционно применяют только ухудшают положение, так как ухудшают кровообращение в сосудах носа и ослабляют моторику слизистой.

Морская вода — уникальный природный антисептик, содержащий ряд микроэлементов, в том числе и хлорид натрия, процент которого в естественных морях может быть разным. Соли морской воды обладают антибактериальным и противовоспалительным эффектом. Дополнительным деконгестантным свойством обладает гипертонический раствор морской воды — Синомарин.

За счет осмотических свойств гипертонического раствора морской воды Синомарин происходит отток жидкости из отекающей слизистой носа, приводит к разжижению и удалению гнойных пробок, промывает все отделы носоглотки. Синомарин улучшает функцию мерцательного эпителия, и обладает антисептическим действием.

Широкий выбор форм выпуска, а также преимущества гипертонического раствора позволяют Синомарину занять ведущее место в комплексном лечении хронических воспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух, как в стадии обострения, так и в качестве профилактики обострений у взрослых и детей.

Синомарин выпускается в 4 формах:

Синомарин Взрослый объемом 125 мл, разрешен к применению с 6 лет

Синомарин Детский объем 100 мл с мягким впрыском и насадкой, адаптированной к анатомическому строению детской носовой полости, разрешен к применению у детей с 6 месяцев.

Синомарин Мини — «карманная» форма с дозированным впрыском, объемом 30мл. Все

формы имеют антибактериальный фильтр, который защищает раствор от микробной контаминации в течение полугода после начала применения.

Синомарин Нео для грудных детей - стерильные одноразовые флаконы — капельницы по 5 мл, в упаковке 18 флаконов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Преображенский Б.С. и соавт. Болезни уха, носа и горла. — М.: Медгиз, 1960.— С. 115-116.

2 Марков Г.И. Транспортная функция мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа при воспалительных заболеваниях // Вестник оториноларингологии. — 1985.— № 4.— С. 36–37.

ТҮЙІН

З. И. МУРДИНОВА

«Заря Востока» БМСК орталығы, Алматы қ.

РИНИТТЕРДІ ТЕҢІЗ СУЫНЫҢ ГИПЕРТОНИКАЛЫҚ ЕРІТІНДІСІМЕН ЕМДЕУ ЖӘНЕ АЛДЫН-АЛУ ШАРАЛАРЫ

Бұл мақалада риниттердің патогенезі мен симптоматикасы қарастырылған. Қауыпсіз ем түрлерінің жаңа методикасы.

Түйін сөздер: мұрын қабықшасының қабынуы, теңіз суы, ринит түрлері.

SUMMARY

Z. I. MURDINOVA

PHC «Zarya vostoka», Almaty

TREATMENT AND PREVENTION OF RHINITIS HYPERTONIC SOLUTION OF SEA WATER

In the article the pathogenesis and symptoms of rhinitis. Safe methods of treatment of rhinitis.

Key words: inflammation of the lining of the nose, sea water, the types of rhinitis.

УДК 616.211-002.27-035.1:615.235

Г.Т. БАКИЕВА

Детская консультация, г. Талгар

ПРИМЕНЕНИЕ СИНОМАРИНА ПРИ АТРОФИЧЕСКИХ РИНИТАХ

Аннотация

В статье рассматриваются безопасные методы лечения атрофического ринита, а так же методы ирригационной терапии.

Ключевые слова: Атрофический ринит, гипертонический раствор морской воды, безопасное лечение.

Атрофический ринит — это воспаление хронического характера в носовой полости (в слизистой оболочке). При этом сама слизистая подвергается атрофии, то есть происходят ее склеротические и дегенеративные изменения [1]. Передняя перегородка носа становится слишком тонкой, часто в ней есть отверстие. Бывает, при атрофии затрагиваются и костные структуры, находящиеся глубоко в носу. Этот процесс часто образует большие просветы носовой полости, что может легко привести к иссушающему действию при вдохе воздуха.

Этиология этого заболевания разнообразна. Причины **атрофических** процессов часто кроются в нарушении функции других органов и систем. Так, значительную роль в развитии заболевания играет нарушение всасывания питательных веществ и витаминов в желудочно-кишечном тракте; нарушение кровоснабжения слизистой оболочки полости носа, чаще связанное с возрастными изменениями.

В патогенезе данной патологии носа и околоносовых пазух особое значение имеет нарушение функции мерцательного эпителия слизистой оболочки, эффективность работы которого в значительной степени зависит от присутствия ионов калия и магния.

Помимо клеток реснитчатого эпителия, на процессы очищения влияет работа желез слизистой оболочки, которые выделяют секрет, покрывающий респираторный тракт (бокаловидные клетки). Сгущение или *разжижение* слизистого секрета замедляет движение ресничек. Соотношение мерцательных клеток к бокаловидным клеткам определяет функциональное состояние слизистой оболочки (в норме оно составляет 1/5). При развитии атрофических процессов это соотношение изменяется в пользу бокаловидных клеток, что ведет к изменению количества и ка-

чества выделяемой слизи с одновременным снижением состояния местного иммунного статуса.

Местными симптомами **атрофического ринита** является сухость слизистой оболочки полости носа, с бледным, тускло-синюшным оттенком, густые вязкие слизистые или слизисто-гнойные выделения, которые, высыхая, образуют корки раковин. Накоплением корок в общем носовом ходу приводит к затруднению носового дыхания, снижению или отсутствию обоняния, частым носовым кровотечениям [2].

Методом борьбы с этим недугом многие специалисты полагают лишь симптоматическими, но при длительной терапии, в зависимости от причины возникновения заболевания, возможно, забыть о болячке на длительный срок.

Недостаточная эффективность существующих методов заставляет искать новые пути решения данной проблемы. Для нормального функционирования мукоцилиарного транспорта при атрофических процессах требуются внешнее увлажнение, которое достигается ирригационной терапией растворами морской воды. Хорошие результаты дает использование препарата Синомарин который содержит достаточные концентрации ионов Mg(1.04г/л), R(0.42г/л) и Ca (0.3г/л) для процессов регенерации и нормализации функции реснитчатого эпителия, а также микроэлементы меди и цинка, йода и хлора, которые являются природными антисептиками. Большое значение имеет тот факт, что Синомарин обладает щелочным pH, что также имеет терапевтический эффект при атрофических процессах в слизистой носовой полости. Действуя механически (в виде спрея или капельно), Синомарин размягчает и смывает корочки, разжижает густую слизь, оказывает противоотечное действие, что повышает сопротивляемость к инфекциям и

препятствует запуску каскада воспалительных и аллергических реакций. Использование данного препарата не оказывает системного воздействия на организм, можно применять как у детей так и у взрослых, возможно применение у людей страдающих гипертонией, и применяющих тромболитическую терапию.

Выводы: Синомарин является безопасным и эффективным препаратом в комплексном лечении суб- и атрофических процессов в полости носа, для любой возрастной категории.

Может применяться как у детей с рождения, так и у взрослых. Имеются 4 формы

- Синомарин для взрослых 125 мл, для детей старше 6 лет и взрослых
- Синомарин для детей 100 мл, для детей старше 6 месяцев.
- Синомарин мини 30 мл, для детей старше 1 года, и взрослых.
- Синомарин нео - капли в нос, для детей с рождения и старше.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Преображенский Б.С. Болезни уха, носа и горла. — М: Медгиз, 1960. — С. 175—176.

2 Марков Г.И. Транспортная функция мерцательного эпителия слизистой оболочки полости носа при воспалительных заболеваниях // Вестник оториноларингологии. — 1985. — № 4. — С. 36—37.

ТҮЙІН

Г.Т БАКИЕВА

Балалар емханасы, Талғар қ.

АТРОФИЛЫҚ РИНИТ КЕЗІНДЕ СИНОМАРИНДІ ҚОЛДАНУ

Бұл мақалада атрофиялық риниттердің қауыпсіз ем шаралары мен ирригациялық ем қарастырылған.

SUMMARY

G.T. BAKYEVA

Children's polyclinic, Talgar

USE OF SINOMARINA FOR ATROPHIC RHINITIS

Safe methods of treatment of atrophic rhinitis and the methods of irrigation therapy.

УДК 617.71-002-035:615.281+615.457

А.Т. ШАКАРОВА

КГКП Поликлиника № 2, г. Павлодар

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА СИГНИЦЕФ У ПАЦИЕНТОВ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ПРИЁМЕ

Аннотация

Выбор антибиотика с широким спектром действия обусловлен относительной длительностью микробиологических исследований. Одним из препаратов выбора является — Сигницеф.

Ключевые слова: бактериальные инфекции, Сигницеф, конъюнктивит, кератит.

Актуальность. Появление всё большего числа микроорганизмов, резистентных к традиционным антибиотикам, диктует необходимость поиска новых антибактериальных средств в офтальмологии. Выбор антибиотика с широким спектром действия обусловлен относительной длительностью микробиологических исследований, а подчас и отсутствием возможности их проведения. Одним из препаратов выбора является — Сигницеф.

Цель: изучить эффективность лекарственного препарата Сигницеф при лечении бактериальной инфекции переднего отрезка глаз.

Материалы и методы: все исследуемые были разделены на 3 группы:

1-группа — острый бактериальный конъюнктивит; 54 глаза, что составляет — 42,9%.

2-группа - блефароконъюнктивит; 28 глаз — 22,2%.

3-группа - бактериальный кератит; 44 глаза — 34,9%.

Исследования проводились при использовании нового препарата — Сигницеф. Действующим началом, которого является левофлоксацин 0,5%, обладающий непревзойдённой активностью в отношении грамм-отрицательных, грамм-

положительных и внутриклеточных микроорганизмов.

Результаты: В 1 и 2 группе — улучшение состояние глаз отмечалось на вторые сутки лечения. На 73 глаза из 82 глаз — клиническое выздоровление на 3 — 5 день лечения. В 3 — группе больных с бактериальным кератитом — препарат оказал существенное антибактериальное действие. На 34 глазах эпителизация роговой оболочки завершилась на 6—7 сутки от начала лечения. Наряду с Сигницефом назначались инстилляции витаминных капель и цитраля 0,01%. В остальных случаях потребовалось назначение десенсибилизирующей терапии.

Выводы: препарат — Сигницеф — показал выраженную антибактериальную активность в отношении наиболее частых возбудителей глазной инфекции, хорошую переносимость, отсутствие каких либо серьёзных осложнений.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Морозов В.Е., Яковлев А.А. Фармакотерапия глазных болезней.- М.: Медицина, 2001.- С.87-100.
- 2 Сомов Е.Е. Клиническая офтальмология.- М., 2005.- С.184-189.

ТҮЙІН

А.Т. ШАКАРОВА

№ 2 Емхана, Павлодар қ.

ПАЦИЕНТТЕРДЕ ЕМХАНАЛЫҚ ҚАБЫЛДАУДА СИГНИЦЕФ ПРЕПАРАТЫНЫҢ ТИІМДІЛІГІН БАҒАЛАУ

Антибиотиктерді кең спектрлі тандау микробиологиялық зерттеулердің ұзақтығымен байланысты. Тандалған препараттардың бірі-Сигницеф.

SUMMARY

A.T. SHAKAROVA

№ 2 polyclinic, Pavlodar

EVALUATION OF DRUG SIGNITSEF PATIENTS ON ADMISSION OUTPATIENT

The choice of antibiotic with a broad spectrum of activity is due to the relative duration of microbiological research. One of the drugs of choice is - Signitsef.

УДК 616.216.1-002-035:615.235

М.П. ФЕДОРОВА

ТОО Сункар плюс, г. Алматы

ЛЕЧЕНИЕ ГАЙМОРИТА ГИПЕРТОНИЧЕСКИМ РАСТВОРОМ МОРСКОЙ ВОДЫ**Аннотация**

В статье рассмотрены ирригационная терапия гайморита. Безопасные методы лечения гипертоническим раствором морской воды

Ключевые слова: гайморит, гайморовы пазухи, промывание полости носа.

Гайморит — воспаление слизистой оболочки, а иногда и костных стенок верхнечелюстной (гайморовой) пазухи. Гайморит часто сопровождается общей простудой, гриппом и другими инфекциями. Инфицирующие микробы, попадая в гайморовы пазухи, расположенные по обе стороны носовой перегородки, вызывают их воспаление [1].

Это весьма распространенное заболевание, которое составляет 30 % всей патологии ЛОР-органов.

Воспалительный процесс поражает одну или обе верхнечелюстные пазухи. Гайморовы пазухи залегают в толще верхнечелюстной кости. У пазухи общие стенки с полостью рта, полостью носа, глазницей. Как и все остальные околоносовые пазухи, гайморова пазуха изнутри выстлана тонким слоем клеток (эпителием, слизистой оболочкой), располагающемся на тонкой прослойке из соединительной ткани, прилегающей непосредственно к кости. Во время острого синусита (острого гайморита) воспалительный процесс захватывает главным образом слой эпителиальных клеток и лежащую под ним рыхлую ткань и кровеносные сосуды.

Гайморит — это воспаление именно верхнечелюстной придаточной пазухи носа (гайморова пазуха или гайморов синус). Придаточные пазухи носа представляют собой образование в виде небольших пещерок, имеющих сообщение с полостью носа. Верхнечелюстных пазух у человека две — правая и левая [2].

Гайморит может развиваться в любом возрасте, в том числе бывает и у детей. Заболеваемость гайморитом значительно повышается в холодное время года. У детей гайморит может встречаться даже чаще, чем у взрослых из-за несовершенства защитных структур организма, анатомических недостатков стенки носа и наличия полипов.

Основные причины острого гайморита — это

ОРЗ (грипп, парагрипп, корь), распространение инфекции из больных зубов (одонтогенный гайморит), аллергия (аллергический гайморит) и другие вирусные и бактериальные инфекции. Практически все вирусы поражающие верхние дыхательные пути (возбудители ОРВИ) способны вызвать гайморит. Эпителий околоносовых пазух очень похож на эпителий дыхательных путей и потому во время ОРЗ болезнь захватывает и эту часть дыхательного тракта. Если поражение слизистой носа вызывает острый ринит и насморк, то поражение слизистой околоносовых пазух — синусит, который также сопровождается выделениями слизистой жидкости. Вирусные инфекции (грипп, парагрипп, аденовирус) провоцируют острые формы гайморита и никогда не вызывают хронических форм болезни. Главную роль в развитии хронического гайморита играет бактериальная инфекция (стрептококки, стафилококки), а также хламидии и микоплазмы. Зачастую бактериальная инфекция приходит на смену вирусной.

Основными клиническими симптомами при остром гайморите являются: чувство давления и напряжения в области пораженной пазухи, в более тяжелых случаях присоединяются сильные боли, локализующиеся часто не только в пределах верхнечелюстной пазухи, но и в области лба, скуловой области, реже виска, захватывая всю половину лица (при одностороннем процессе) или всю лицевую поверхность (при двустороннем процессе). К этим симптомам нередко присоединяется зубная боль в соответствующей половине верхней челюсти, усиливающаяся при жевании. У больных гайморитом нарушается носовое дыхание и появляются выделения из носа.

Одним из классических симптомов гайморита считается головная боль. Возникновение головной боли связано с накоплением в воспаленной пазухе гноя. Головная боль при гайморите

давящая часто располагается в области лба, «позади глаз»

Затруднение носового дыхания. У пациента заложен нос. Голос приобретает гнусавый оттенок. Как правило, заложены обе половины носа. Затруднение носового дыхания постоянное или с небольшими облегчениями. Возможна попеременная заложенность правой и левой половин носа.

Насморк. В большинстве случаев у больного наблюдается слизистое (прозрачное) или гнойное (желтое, зеленое) отделяемое из носа. Этого симптома может не быть, если сильно заложен нос, так как затруднен отток из пазухи (об этом упоминалось выше).

При выраженной интоксикации назначают антибиотики внутримышечно; Симптоматическое лечение.

Одним из важных направлений в лечении гайморита является ирригация, или промывание полости носа. Эта процедура заключается в очищении слизистой оболочки полости носа с помощью специального раствора. Одним из таких является Синомарин. Синомарин - это гипертонический раствор морской воды, натуральный деконгестант, обладает противоотечным действием. Микроэлементы, входящие в состав морской воды, благотворно влияют на мерцательный эпителий, восстанавливая его функции. Это позволяет удалить со слизистой оболочки патологические выделения вместе с бактериальными клетка-

ми, вирусами и аллергенами. Препарат способствует эффективному очищению околоносовых пазух. Он оказывает противомикробное действие и восстанавливает поврежденную слизистую оболочку дыхательных путей. Возможно применение и у взрослых и у детей с рождения. А так же безопасен в применении у беременных женщин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Марков Г.И. Транспортная функция мерцательно-го эпителия слизистой оболочки полости носа при воспалительных заболеваниях // Вестник оториноларингологии, 1985.— №4.— С. 13-14.

2 Rabago D., Zgierska A., Pasic T. et al. Efficacy of hypertonic saline nasal irrigation for chronic sinonasal symptoms // Otolaryngol. Head Neck Surg, 2005.-133(1): С. 3—8.

ТҮЙІН

М.П. ФЕДОРОВА

ЖШС Сұңкар плюс, Алматы қ.

**ГАЙМОРИТТІ ТЕНІЗ СУЫНЫҢ ГИПЕРТОНИЯ-
ЛЫҚ ЕРІТІНДІСІМЕН ЕМДЕУ**

Бұл мақалада гайморит ауруының симптоматикасы мен емі қарастырылған. Гаймориттің ирригациялық емі.

SUMMARY

M.P. FEDOROVA

PLL Soonkar plus, Almaty

**TREATMENT OF SINUSITIS HYPERTONIC
SOLUTION SEA WATER**

In the article the irrigation treatment of sinusitis. Safe methods of treatment hypertonic saline sea water.

UDC 614.84:614.1:303.425(574)

**НОВЫЕ СООБЩЕНИЯ ПО ТАБАКОКУРЕНИЮ В ДРУГИХ СТРАНАХ
PRETEST REPORT OF GLOBAL ADULT TOBACCO SURVEY IN ROMANIA**

Abstract

The article presents data on a global survey on smoking population in Romania. Due to the fact that the Republic of Kazakhstan in 2013 will be a global survey of the adult population on tobacco this communication of scientific and practical value.

Key words: global adult tobacco survey, Romania, WHO.

GATS Romania pretest was successfully conducted on July 4th to 11th, 2011 in Bucharest, Romania. WHO Headquarters, WHO European Office and Country Office, CDC, Romania National Institute of Public Health, Totem Communication Inc. participated in the pretest. Training and fieldwork are as following:

Preparations for pretest training

The pre-test field interviewers were selected on the following criteria:

1. High level of education (college degree)
2. At least 2 years of experience in data collection (field interviewer) applying household questionnaires
3. Good computer skills, ability to use new technologies

Since the response rate in Bucharest is historically lower than other cities in Romania, the households in Bucharest were pre-selected, consisting of colleagues or contacts within the Totem network.

Formal pretest training started in July 5th. National Institute of Public Health (NIPH) presented the tobacco control background and introduced GATS Romania.

NIPH gave training on how to use handhelds and administration of questionnaire using handhelds. Trainees facilitated structured practice and mock practice. Their interviews were commented by experts after each practice. During the last half of the training on July 7, while the interviewers were doing the mock practice.

Nine experienced trainees (seven interviewers and 2 supervisors) attended the training. All interviewers had a BS degree and 2-3 years of survey experience. Two supervisors had a master degree and more than 5 years of survey experience. The

supervisors will also be responsible for some fieldwork.

On July 7th, at the end of the training, all handhelds were hard reset and loaded with actual cases from the case file. Romania had a door to door survey strategy for the pretest, so that the case file was build using only the IDs (20 for each FI), and the background characteristics of the respondent according to the table in Annex 1.

On July 8th, pretest interviews in urban area were carried out in several sites of Bucharest, which covered high, medium, and low socio-economic areas. A total of 112 interviews were partitioned into urban and rural, different age groups, male and female, and smoker and nonsmoker (see details in Table 1).

On July 9th and 10th, pretest interviews in rural area were carried out in a village located in 20 kilometers northwest from Bucharest. Totem Communication has its national network. The village used in the pretest is one site of the network. All participants either conducted or observed actual interviews. Data transmission was tested.

De-briefing

A debriefing followed the first fieldwork day on 8th July, with all field interviewers and supervisors, with supervisors collecting the cases from the field interviewers. Usage of iPAQs was also evaluated. 1 field interviewer had problems with charging the handheld the night before, and no one had problems with the battery life. By the end of the first day of fieldwork, all but one field interviewer preferred handhelds over paper.

On July 11th, all interviewers, supervisors, and implementing agency partners, together with WHO and CDC, had a debriefing on both the questionnaire and the iPAQs .

Overall, Romania implementing agencies follow GATS protocol carefully, using experienced interviewers. Interviewers controlled interview very well, were assertive and friendly, and had good work ethics. Pretest was successfully conducted. Problems found, comments, suggestions and recommendations are as following:

Questionnaire

The highest education attained (A04): Some respondents simply reported 10 years and some reported post high school but not college. Recommend using the commonly used categories by NSC adding a category of “less than high school completed” and “post high school technical school”. The categories commonly used by NSC will be very useful for in country comparisons.

Occupation question (A05): Someone worked on temporary bases all year round. Recommend using the commonly used categories by National Statistics Commission that will also allow in country comparisons.

A06: The question arose whether the fixed telephone and mobile should be merged as the fixed telephone indicator alone is not a measure of SES. It was decided that for comparability across countries, they should remain separate but in the analysis, these can be merged. Also, it was considered whether access to sewage water or water should be added as an indicator. Miss. Rula Khoury will consult with the WHO expert on inequalities for guidance on the SES section.

AA07: The question of measuring socio-economic conditions is too long and too subjective. The field work proved that it is highly subjective, according to the respondent’s expectations. During the debriefings that followed the pretest fieldwork, everybody agreed that this question doesn’t fulfill at all the purpose for which it was introduced initially, assessing the socio-economic status. Recommend removing.

Before asking how many bedrooms that respondent has (AA08), recommend adding a question: Do you or does your family own this house? This question is considered more relevant for assessing the socio-economic status, since owning a house is, traditionally, a measure of wealth.

Interviewers, supervisors, and Romanian experts felt that introduction to each section of the questionnaire at the beginning of the section was not necessary except for smokeless tobacco section. They said that the questionnaire flows smoothly from question to question. These affirmative statements may bother the respondent, who may think that the interviewer needs to read these statements because the respondent does not understand the purpose or the meaning of the next questions. In Romania, people do not need to repeat information if the information is well known. In addition, majority of Romanians don’t know smokeless tobacco.

Country suggested following: For B00, delete B00 or only keep the first sentence of B00. For C00, keep as is. For D01, delete “The next questions ask about any attempts to stop smoking that you might have made during the past 12 months. Please think about tobacco smoking”. For E01, delete “I would like to ask you a few questions in various places”. For F01a, delete “The next few questions are about the last time you purchased cigarettes for yourself to smoke”. Delete G01Intro. For H01, delete “next question is about “smoking” tobacco”.

D03: Several former smokers quit after reading a book on smoking cessation.

DD09: This is a country added question on potential barriers of quitting smoking. Country has questioned the setup of answers. The pretest showed that the current set up works well.

E01: There is confusion between no rules and allowed, as well as how to handle the “allowed with exceptions” response. Recommend emphasizing

Table 1-Pretest Sample Size and Respondents Allocation

	Male		Female	
	Smoker	Nonsmoker	Smoker	Nonsmoker
Urban				
15-24	5	2	5	2
25-44	5	2	5	2
45-64	5	2	5	2
65+	5	2	5	2
Rural				
15-24	5	2	4	3
25-44	5	2	4	3
45-64	5	2	4	3
65+	5	2	4	3

explanations of answers in full survey training.

Several questions arose during the fieldwork concerning the two country-added questions about smoking around pregnant women and children. It was recommended to emphasize how to handle these during the full survey training, as well as consider adding a definition of what a child is (years old).

F02: Some respondents bought cigarettes in sticks. It seems that, although it is forbidden by law, in rural areas it is possible to buy sticks of cigarettes. Recommend changing the range. Brand of cigarettes purchased (F03): Winston, Lucky Strike, and Virginia Slim were missing. CARPATI is no longer in the market. Recommend adding Winston, Lucky Strike, Virginia Slim and deleting CARPATI.

F04 Approximately six respondents indicated purchasing from the black market. This was known by the respondents indicating this out of free-will (e.g. "It is from black market" or "It is from the gypsies"). It was recommended to add a response value about the black market, and suggested to consider adding a question asking the respondent to see his/her pack.

Media tobacco promotion is banned in RO but several respondents answered they saw tobacco advertising on TV. According to Romanian Law 457/01.11.2004, tobacco advertising is prohibited on any means of communication, means of public transportation, etc. Moreover, as a European Union member state, Romania has to transpose and enforce the European legislation regarding tobacco. The fines for disrespecting the Romanian law are up to 16000 USD and if any TV, radio, newspaper, etc. are caught for the second time they risk a suspension of their activity up to three months. If the EU directives are disrespecting Romania risks infringement procedures. That is why for the past three years there was no fine for this reason in Romania. Despite the fact that it is absolutely impossible to see tobacco advertising on TV, we noticed a 24% of positive responses. Romania has an organization, National Council for Audio-Visual Activities that is permanently monitoring all channels and all shows, and they confirmed that there was no commercial advertising tobacco during last 30 days. Therefore we consider removing the places where it is impossible to see tobacco advertising. In order to avoid biases we need to leave only the categories where it is to see tobacco advertising. On this matter the law is never broken

in Romania, especially that it has been enforced for almost 7 years now, with "zero tolerance".

Even when one field interviewer probed when the respondent said he/she had seen pro-tobacco advertisement, asking what the message had been ("Tobacco is harmful"), the respondent continued to affirm seeing pro-tobacco advertisement. Country suggested removing some of answers, G04 (b)-(f) and (i), that do not apply in Romania. We also recommend emphasizing questions, anti-tobacco and pro-tobacco advertisements, in full survey training and emphasizing that there is no right or wrong answer.

G06 – They encountered several responses of "coupons" where it would be a "lottery" in the cigarette package, in which the winner gets free cigarettes. Other responses included the "promotional girl" that offered to trade your pack of cigarette (could have just one cigarette remaining) with a full pack of the brand she was promoting. It was questioned whether this was just a training issue or if the responses need to be revised or added.

H02- Explanation for a better understanding of the terms: heart attack, osteoporosis and erectile dysfunction were considered useful and it was recommended to be added.

iPAQ usage

Overall, there were no iPAQ related problems although one handheld was particularly slow, two iPAQs received similar "Database corrupt: data could not be retrieved. Please contact your supervisor" messages and there was one defective SD card. However, these issues were resolved during the debriefing and no data was lost. Recommend emphasizing the prevention methods in the full survey training.

Translation issues

Through the pretest, a number of translation revisions from English to Romanian were recommended by country so as to be more accurate given context of the interview.

Other Discussion Topics

The sampling was discussed in the context of the inclusion of students as eligible household members. Since Romania plans on conducting their fieldwork in mid-September, it is possible they will sample students in the month of September before school begins; however, for the remaining fieldwork, students would most likely have moved to the dormitories and would not be available if selected. The implications of this were discussed.

Резюме**ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ О ДОКЛАДЕ ГЛОБАЛЬНОГО ОПРОСА ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ ПО ТАБАКОКУРЕНИЮ В РУМЫНИИ**

В статье приводятся данные по проведению глобального обследования населения по табакокурению в Румынии. В связи с тем, что в Республике Казахстан в 2013 году будет проведено глобальное обследование взрослого населения по табаку данное сообщение имеет научно-практическое значения.

Түйін**РУМЫНИЯДАҒЫ ШЫЛЫМ ШЕГУ БОЙЫНША ЕРЕСЕК ТҰРҒЫНДАРМЕН ЖАҒАҢДЫҚ САУАЛНАМА ӨТКІЗІЛГЕНІ ТУРАЛЫ БАЯНДАМА**

Мақалада Румыниядағы шылым шегу бойынша халықты жаһандық зерттеуден өткізу туралы мәліметтер келтірілген. Қазақстан Республикасында 2013 жылы шылым шегу бойынша ересектер тұрғындарды жаһандық зерттеу өткізетіндіктен берілген мақаланың ғылыми-тәжірибелік мағынасы зор.

**К проведению 31 мая Всемирного дня без табака
«Закон против табака в защиту здоровья и жизни граждан»**

29 мая 2013 года состоялась пресс-конференция на тему: **«Закон против табака в защиту здоровья и жизни граждан»**, посвященная Всемирному дню без табака.

Ежегодно 31 мая Министерство здравоохранения РК, Всемирная организация здравоохранения и служба здорового образа жизни повсеместно отмечают Всемирный день без табака, привлекая внимание к опасностям для здоровья, связанным с употреблением табака, и призывая проводить эффективную политику по уменьшению масштабов табачной эпидемии. В этот день во всех регионах Казахстана проводятся мероприятия, направленные на информирование населения об опасностях для здоровья, связанных с потреблением табака, активизация деятельности школ здоровья и антитабачных центров по оказанию помощи лицам, принявшим решение бросить курить.

Участники пресс-конференции: **Мелита Вуйнович** - Глава Странового офиса ВОЗ в Казахстане, **Ажар Тулегалиева** - Директор Департамента организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан, **Жамиля Баттакова** - Директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, **Сагат Алтынбеков** - Директор Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии, **Берлик Молдыбаев** - Заместитель Начальника Управления административной полиции г.Алматы, **Талапкали Измухамбетов** - Президент Национальной коалиции «За Казахстан, свободный от табачного дыма», **Гульсара Сулейменова** - Директор Алматинского городского центра формирования здорового образа жизни.

Тема Всемирного дня без табака в 2013 году по предложению ВОЗ — «Запрет на рекламу, стимулирование продажи и спонсорство табачных компаний».

Глобальная табачная эпидемия ежегодно приводит к смерти около 6 миллионов человек, более 600 000 из которых, не являясь курильщиками

ми, умирают из-за воздействия вторичного табачного дыма — пассивного курения. При отсутствии решительных действий к 2030 году эпидемия будет ежегодно приводить к смерти более 8 миллионов человек.

Статистика потребления табачных изделий в республике демонстрирует все признаки табачной эпидемии. Так по данным 5-го Национального исследования 2012 года, распространенность табакокурения среди взрослых РК - 26,5 %, пассивного курения — 62,2 %, не бросали курить — 25,9 %, ежедневно курят сигареты — 20,3 %, не каждый день курят — 8,3 %. Распространенность табакокурения среди детей и подростков РК - 6,7 %, пассивного курения дома - 12,5 %, в другом месте — 14,8 %.

В настоящее время известно более 25 заболеваний, обусловленных курением, среди которых лидируют сердечно-сосудистые, бронхо-легочные и онкологические заболевания.

Люди умирают от последствий табакокурения на порядок чаще, чем от СПИДа, наркомании, дорожно-транспортных происшествий, онкологических заболеваний и самоубийств вместе взятых, а от болезней и преждевременной смертности населения экономике страны наносится огромный ущерб, что оправдывает борьбу с табачной эпидемией. Это не борьба с курильщиками, а стремление помочь им избавиться от пагубной привычки, поскольку многие из них — больные, никотинозависимые люди. И не следует забывать, что никотин в сигаретах — вызывающее зависимость вещество, действующее медленно, но верно, ведя человека к неминуемой гибели, а никотиновая зависимость — это тяжелейшая болезнь, степень запущенности которой общество еще до конца не осознало.

Жертвами табачной эпидемии, как правило, становятся люди трудоспособного возраста — мужчины 30-55 лет и женщины репродуктивного возраста 15-49 лет. Особую тревогу вызывает рост приобщения к табакокурению подростков и молодежи. Сегодня главная цель табачной индустрии — молодежь и дети!

**Пресс-служба
Национального Центра проблем
формирования здорового образа жизни
тел. (727) 2 91 84 15**

ПРЕСС-РЕЛИЗ

В соответствии с Планом мероприятий по реализации Государственной программы «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни Министерства Республики Казахстан ежегодно во всех регионах республики проводится **Республиканская спартакиада среди медицинских работников и по Национальным играм с 14 мая по 14 июня 2013 года.**

Цели и задачи спартакиады: совершенствование спортивно-массовой и оздоровительной работы в медицинских организациях РК, укрепление здоровья медицинских работников, популяризация и развитие массового спорта, а также формирование сборных команд по различным видам спорта.

Спартакиада проводится в 4 этапа: первый этап — **отборочный**, проводится среди отделов или отделений медицинских организаций районов и городов Казахстана (14-21 мая 2013 года), второй этап — **предварительный**, проводится среди медицинских организаций районов и городов Казахстана (21-28 мая 2013 года), третий этап — **региональный**, проводится среди победителей 2 этапа соревнований (с 28 мая по 4 июня 2013 года), четвертый этап — **финальный**, проводится среди победителей регионального этапа (областная спартакиада с 4 июня по 10 июня 2013 года).

Медицинские работники будут соревноваться по следующим видам спорта:

- **Мини-футбол среди мужчин**, команда должна состоять из 10 игроков (5 игроков в поле, 1 вратарь и 4 дополнительных игрока) и тренер-представитель. Продолжительность игры: 20 ми-

нут (2 тайма по 10 минут). В результате соревнований определяются лучшие игроки первенства: «Лучший нападающий», «Лучший защитник», «Лучший вратарь».

- **Волейбол**, команда должна состоять из 10 игроков (6 игроков в поле и 4 дополнительных игрока). Игра доходит до 15 очков: тайм-брейк;

- **Легкоатлетическая эстафета 4*100 м.**, состав команды 4 человека, возраст не имеет значения, ни для мужчин, ни для женщин.

- **Легкая атлетика**, состав команды: 3 мальчика и 3 девочки, тренер-представитель. Дистанции для мужчин 1000 м., для женщин 800 м. Определяются победители и призеры среди мужчин и женщин по лучшему времени, показанному на дистанции.

- **Настольный теннис (пинг-понг)**, участвуют желающие. Победители определяются по очкам.

- **Армреслинг**, участвуют желающие и победители определяются по очкам.

А также, **Национальные игры:**

- **Перетягивание каната**, команда состоит из 5-8 человек от каждой организации;

- **Асык**, команды состоят из 3х человек от каждой организации;

- **Казахская борьба** в три этапа: первый - участвуют по 1 человеку от каждой организации, второй - участвуют победители 1 этапа, третий - участвуют победители 2 этапа. И в финале определяют победителей, занявших I, II, III место.

- **Подкидывание лянги** — все желающие, победитель определяется по максимальному количеству подкидываний.

Подведение итогов спартакиады к 16 июня - Дню медицинского работника.

Пресс-служба

Национального Центра проблем
формирования здорового образа жизни
тел. (727) 2 91 84 15

ПРЕСС-РЕЛИЗ

1 июня 2013 года — Международный день защиты детей. Это не только один из самых радостных праздников для детей, но и напоминание взрослым о том, что дети нуждаются в их постоянной заботе и защите и что взрослые несут ответственность за них, охраняют от опасности, видят в детях продолжение своего рода. Международный день защиты детей проводится по решению Международной демократической федерации женщин (МДФЖ), принятому в ноябре 1949 года. Впервые Международный день защиты детей был проведен в 1950 году.

В рамках Плана мероприятий на 2013 год по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, утвержденной Указом Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года №1113 и приказа Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 12 февраля 2013 года №73 «О проведении мероприятий по формированию здорового образа жизни и профилактике заболеваний на 2013 год» в республике проводятся мероприятия, посвященные 1 июня - Международному дню защиты детей.

В Казахстане 5,0 млн. детского населения, в том числе 41,7 тыс. детей дошкольного возраста, в 7690 общеобразовательных школах республики обучается около 2,5 млн. детей. В детских домах воспитываются 5 978 детей, в школах - интернатах для детей - сирот - 1218 детей, в школах интернатах для детей с ограниченными возможностями в развитии — более 14 000 детей.

В Республике Казахстан в 2012 году при поддержке Министерства здравоохранения РК, Национальным центром проблем формирования здорового образа жизни было проведено 5-ое Национальное социологическое исследование «Изучение распространенности поведенческих факторов риска (табакокурение, употребление и злоупотребление алкоголем, избыточная масса тела, нерациональное питание, физическая активность, медицинская активность, информированность населения по поведенческим факторам риска, информированность и мотивация населения Республики Казахстан к ведению здорового образа жизни)». Исследование поведенческих факторов риска среди детей 11-14 лет и подростков 15-17 лет выявило, что распространенность курения среди городских детей составила 6,3% (9,8%

мальчики и 2,6% девочки), среди сельских детей - 7,1% (9,4% мальчики и 4,9% девочки). Полученные данные свидетельствуют, что табакокурение среди детей в 2012 году имеет тенденцию к снижению, в сравнении с результатами 4-го Национального социологического исследования в 2007 году - 9,0%. Среди детей доля лиц, регулярно выполняющих зарядку всего 66,9%, в том числе, мальчики - 69,8%, девочки — 64%, городские - 69,1%, сельские — 64,3%.

По итогам опроса доля городских детей, получающих горячее питание в образовательных организациях больше на 5,0%, чем среди сельских детей и составляет соответственно 57,5% (57,7% мальчики и 57,3% девочки) и 52,5% (55,4% мальчики и 49,6% девочки).

Учитывая актуальность и значимость проблем, связанных с укреплением и сохранением здоровья детей, девиз Международного Дня защиты детей 2013 года в Республике Казахстан **«ДЕТСТВО — ЗАВТРАШНИЙ ДЕНЬ ТВОЙ, СТРАНА!»**.

Во всех регионах республики запланированы мероприятия, приуроченные к 1 июня, включая проведение:

- церемонии регистрации новорожденных, родившихся 1 июня, с вручением информационно-образовательного материала «Пособие по уходу за детьми раннего возраста» («Куан сәби!»);
- акции на центральных площадях, в детских садах, в Домах ребенка, Детских домах, Домах семейного типа, школах-интернатах при взаимодействии с НПО с вручением памятных подарков;
- конкурсов рисунков «Мир глазами детей», национальных игр, спортивных эстафет, музыкальных номеров «Поют и танцуют дети», подготовленных детскими и взрослыми коллективами;
- круглых столов, пресс-конференций, дебатов, семинаров-тренингов под девизом «Детство - завтрашний день твой, страна!», молодежной конференции «Здоровое детство, здоровая молодость - счастливое будущее»;
- спортивно-оздоровительных праздников «Вот оно какое наше лето!», спортивных эстафет адаптированных для детей с ограниченными возможностями;
- «Дня открытых дверей» в детских медицинских организациях;

- трансляция видеороликов на тему «Материнство и детства», «Откажись от абортов», «Ваши дети должны быть здоровыми», «Здоровье Вашего малыша в Ваших руках»,

- широкомасштабные акции для будущих матерей: фотоконкурс «Я жду ребенка» или «Самая обаятельная и привлекательная будущая мама», «В ожидании чуда — раздели мою радость»; конкурс «Самая обаятельная и привлекательная будущая мама», семинары на тему: «Здоровая мама — здоровый ребёнок»;

- благотворительные акции (юридические и психологические консультации семей и детей, вручение подарочных пакетов);

- предоставление информационно-образовательных материалов «Построим здоровую семью», «Тревожные признаки беременности», национального календаря прививок, «Планирование семьи» и др.;

- выступлений медицинских работников в средствах массовой информации публикации в печатных изданиях, теле-, радиопередачах по вопросам охраны здоровья детей.

**Пресс-служба
Национального Центра проблем
формирования здорового образа жизни
тел. (727) 2 91 84 15**

ПРЕСС-РЕЛИЗ ко Дню медицинского работника

День медицинского работника уже давно вышел за рамки обычного праздника - в этот день **поздравления с Днем медработника** принимают врачи, медсестры, санитары, а также все, кто имеет хоть малейшее отношение к сфере здравоохранения: биологи, химики, лаборанты, технологи, инженеры. В этот день мы имеем возможность высказать свои **пожелания ко Дню медработника** и поблагодарить людей в белых халатах за их высокий профессионализм и, подчас, бескорыстный труд, позволяющие спасти две бесценные вещи, принадлежащие человеку: здоровье и жизнь.

Для достижения данных целей современный медицинский работник должен быть профессионалом, уверенно ориентирующимся в многообразии теоретической и клинической информации, мгновенно принимающим грамотные решения и владеющий высокоточными практическими умениями и навыками.

Симуляционные технологии — это современные инновационные методы, используемые в медицинском образовании, обеспечивающие высокое качество подготовки медицинского работника на додипломном, последипломном уровне и во время непрерывного профессионального развития путем отработки и совершенствования практических навыков при моделировании клинических ситуаций, формирования навыков командной работы.

В настоящее время известно широкое применение в образовательном процессе медицинских университетов Казахстана простых манекенов, муляжей, имитаторов и высокотехнологичного симуляционного оборудования по клиническим специальностям.

В рамках государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы, при личной поддержке Министра здравоохранения РК Каирбековой С.З., на базе Национального Центра проблем формирова-

ния здорового образа жизни **создан учебно-тренинговый центр по технологии инновационного обучающего центра Health Edco**, одобренный Всемирной организацией здравоохранения.

Применение симуляционных технологий по профилактике поведенческих факторов риска и неинфекционных заболеваний позволяет по-новому взглянуть на процесс обучения, повысить эффективность, креативность и информационную наполненность профилактических мероприятий.

Центр оснащен более 50 видов современных тренажеров, муляжей, анатомических моделей, интерактивных игр по профилактике табакокурения, злоупотребления алкоголя, социально-значимых заболеваний (сердечно-сосудистых и онкологических), охране репродуктивного здоровья и внедрению принципов рационального питания и физической активности. Современные технологии позволят моделировать реальные ситуации, визуализировать физиологические реакции в ответ на воздействие алкоголя, наркотиков и табака. Каждая модель позволяет реалистично изображать последствия воздействия на организм человека табака, наркотиков и алкоголя, определять признаки употребления вредных веществ.

Создание и функционирование Учебно-тренингового центра позволит обеспечить внедрение новых технологий профилактических услуг, привития жизненных навыков и профилактики поведенческих факторов риска в соответствии с наилучшей международной практикой.

14 июня 2013 года в 10.00 ч. состоится открытое занятие с курсантами Учебно-тренингового центра Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни, которое направлено на повышение уровня информированности населения по вопросам сохранения и укрепления здоровья, профилактики заболеваний.

**Пресс-служба
Национального Центра проблем
формирования здорового образа жизни
тел. (727) 2 91 84 15**

Анонс

В рамках плана мероприятий реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015г.г., Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Казахстан **21 июня 2013 года** в г. Щучинск Акмолинской области запланировано проведение совещания директоров Службы формирования здорового образа жизни (Директорат).

Цель Директората: обсуждение нормативно-правовых актов по ФЗОЖ, внедрение профилактических (скрининговых) осмотров среди населения, а также привлечение менеджеров сестринского дела в работе службы ЗОЖ.

Планируется рассмотрение вопросов по: внесению изменений в тарификатор службы ФЗОЖ; изменений и дополнений в приказ №10 от 5 января 2011 г. «О внесении изменений и дополнении в приказ МЗ РК №238 от 7 апреля 2010 г. «Об утверждении типовых штатов и штатных нормативов организаций здравоохранения»; полевым исследованиям о потреблении табака в РК (GATS); разработке учебных программ для менеджеров сестринского дела и профилактической ориентации менеджеров сестринского дела для работы в службе здорового образа жизни, пилотному проекту программы управления заболеваний (ПУЗ);

Планируется обсуждение планов и перспектив развития Костанайского областного центра формирования здорового образа жизни; результатов скрининговых осмотров населения за 1 квартал 2013 года в Жамбылской области.

Анонс

При организационно-методическом руководстве Национального центра проблем формирования здорового образа жизни Министерства здравоохранения Республики Казахстан **20-21 июня 2013 года** в г. Щучинск Акмолинской области планируется проведение выездного Республиканского семинар-совещания по проведению скрининговых осмотров населения для северных регионов (Карагандинского, Костанайского, Северо-Казахстанского, Акмолинского областей, и г.Астана)

Цель семинара: повышение эффективности проведения скрининговых осмотров по раннему выявлению социально — значимых заболеваний.

На семинаре примут участие специалисты управлений здравоохранения, РИАЦ, главные врачи и заместители главных врачей организации ПМСП, директора и специалисты Центров формирования ЗОЖ с освещением в СМИ.

Семинар будет проводится с использованием интерактивных методов обучения, с демонстрацией видеороликов. По окончании семинара участники получают сертификаты.

ПРЕСС-РЕЛИЗ

В целях реализации Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг. Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни Министерства Республики Казахстан **с 4 по 13 июня 2013 года, проводится декадник по профилактике острых кишечных инфекций.**

В Республике Казахстан по данным Научно-практического центра санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга МЗ РК в 2012 году зарегистрировано всего 16 659 случаев ОКИ, это на 11% меньше, чем в 2011 году, в том числе среди детей — 12 238 случаев (74%). В тоже время отмечается рост ротавирусных инфекции с 2 205 случаев в 2011 году до 2 325 случаев в 2012 году, которые приходятся на детское население.

Острые кишечные инфекции являются широко распространенной патологией, занимающей второе место (после острых респираторных инфекций) среди всех инфекционных заболеваний в детском возрасте. На долю детей приходится около 60-65% всех случаев, регистрирующихся в разных возрастных группах. Для ОКИ характерна массовость заболевания, возникновение пищевых и водных вспышек.

Возбудители ОКИ устойчивы во внешней среде, могут длительное время сохраняться на руках, посуде, игрушках и предметах обихода, в почве и воде, инфицированных фекалиями больного. Некоторые из них способны размножаться в продуктах питания при комнатной или даже низкой температуре. Они обычно погибают при

кипячении и обработке хлорсодержащими дезинфицирующими веществами. В передаче некоторых инфекций имеют значение насекомые (мухи).

Заболеваемость ОКИ высока и регистрируется в течение всего года с подъемом в летне-осенний период. Болеют взрослые и дети, наиболее часто — в возрасте от 1 года до 7 лет.

В основном заражение происходит при потреблении продуктов питания, инфицированных возбудителями ОКИ. Заражению ОКИ способствуют антисанитарные условия жизни и несоблюдение правил личной гигиены.

При появлении первых признаков заболевания не все люди обращаются за медицинской помощью, а занимаются самолечением, что приводит к развитию нежелательных последствий. Своевременное обращение к врачу позволит предотвратить риск развития осложнений острых кишечных инфекций.

Во всех регионах республики запланировано проведение мероприятий, направленных на информирование населения через средства массовой информации: теле-, радиовыступления, публикации в республиканских и региональных печатных изданиях, трансляции аудио- и видеороликов по профилактике кишечных инфекций, пищевых отравлений, проведение широкомасштабных акции, обучающих семинаров и тренингов для медицинских работников первичного звена по вопросам профилактики пищевых отравлений и оказания первой медицинской помощи.

**Пресс-служба
Национального Центра проблем
формирования здорового образа жизни
тел. (727) 2 91 84 15**

ПРЕСС-РЕЛИЗ

Национальным Центром проблем формирования здорового образа жизни Министерства Республики Казахстан ежегодно проводится **месячник по профилактике наркомании с 3 июня по 3 июля 2013 года**, приуроченный к Международному дню борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков призывом **«Наркота — дорога в никуда!»**.

Генеральная Ассамблея ООН провозгласила 26 июня Международным днем борьбы с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков. Это решение вступило в силу 7 декабря 1987 года.

Наркомания на сегодняшний день — одна из главных проблем всего мирового сообщества. Согласно ежегодному докладу Международного комитета ООН по контролю над наркотиками (МККН), число потребителей наркотиков в мире в 2009 году составило, по разным оценкам, от 172 до 250 млн. человек. Жертвами наркомании могут стать практически все, но в большей степени, это касается людей молодого возраста.

Наиболее широко потребляемым наркотиком среди молодежи и взрослого населения планеты является каннабис (от латинского названия конопли, из которой получают марихуану, анашу, гашиш). О его потреблении в течение 2009 года сообщили от 3,3% до 4,4% населения Земли в возрасте от 15 до 64 лет. На втором месте по степени популярности среди лиц того же возрастного диапазона находятся стимуляторы амфетаминового ряда, включая экстази, за ними следуют кокаин и опиаты.

Наркомания — тотальное поражение личности, сопровождающееся осложнениями со стороны физического здоровья.

На сегодняшний день в Казахстане ситуация в отношении распространения и употребления наркотиков становится реальной угрозой особенно для детей и подростков. По данным Республиканского научно-практического центра медико-социальных проблем наркомании МЗ РК в 2011 году по сравнению с 2010 годом число лиц с впервые в жизни установленным диагнозом психических и поведенческих расстройств, вызванных употреблением психоактивных веществ незначительно уменьшилась с 57241 человек до 54793 человек (на 100 тыс. населения - с 350,7 до 330,9). Этот показатель выше республиканского в г. Алматы (1418,3), в Восточно-Казахстанской (531,9), Атырауской (513,7) областях. Самые низкие показатели выявляемости отмечены в Алматинской (71,1), Мангистауской (97,8), Актюбинской (140,7), Южно-Казахстанской (141,1), Западно-Казахстанской (144,2) областях.

Во всех регионах республики запланировано проведение мероприятий, направленных на информирование населения о проблеме наркомании, об отрицательном воздействии употребления наркотических средств, о важности здорового образа жизни и профилактики наркомании среди детей, подростков и молодежи.

Международный день борьбы с употреблением наркотиков и их незаконным оборотом способствует внедрению в общественные массы серьезной проблемы нашего времени - проблемы наркомании. Решением данного вопроса должен быть обеспокоен каждый человек в любой точке земного шара. Только благодаря усилиям совместной борьбы можно рассчитывать на положительные результаты в решении глобальной проблемы современности — наркомании.

**Пресс-служба
Национального Центра проблем
формирования здорового образа жизни
тел. (727) 2 91 84 15**

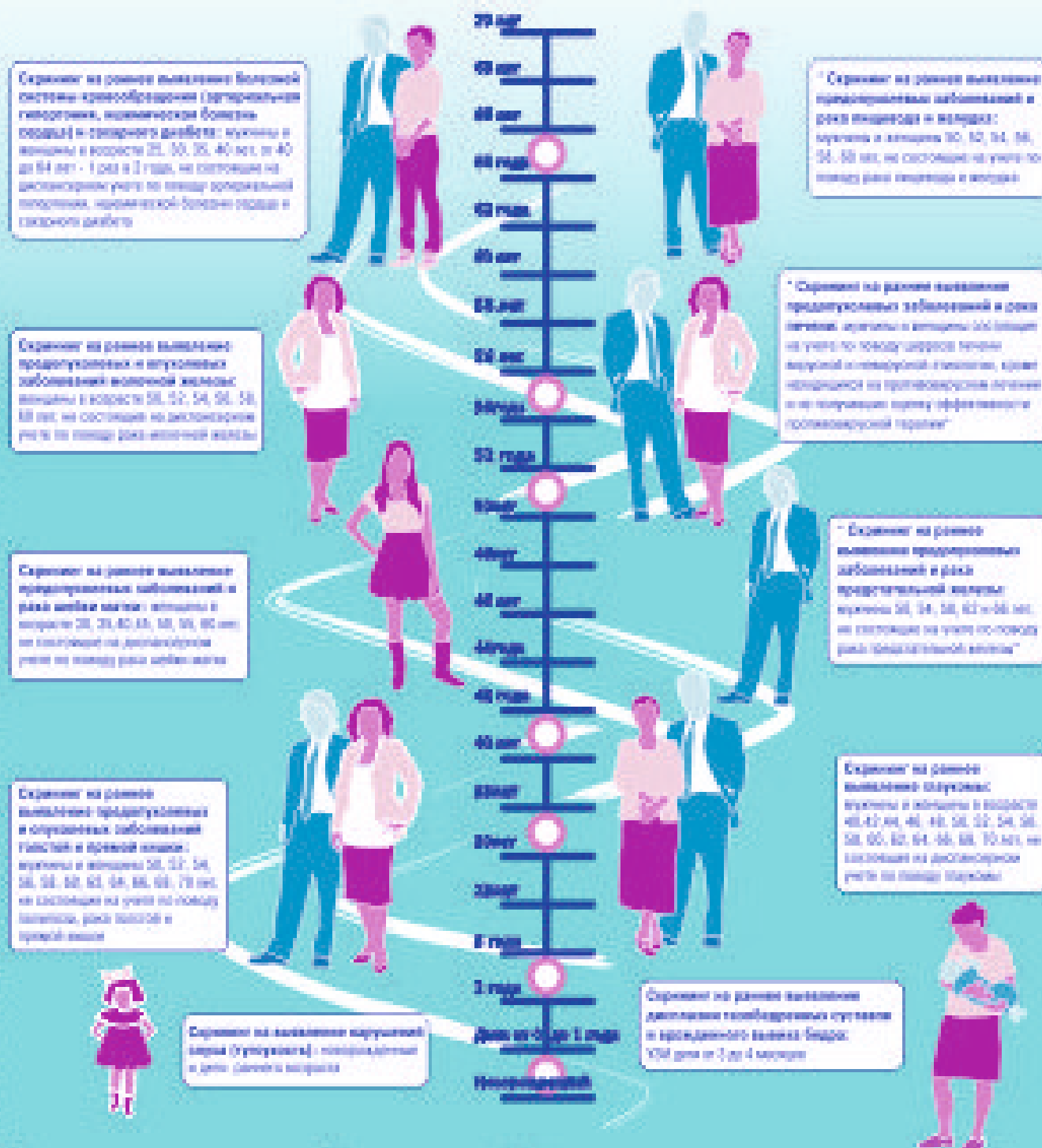


Пресс-конференция на тему: «Закон против табака в защиту здоровья и жизни граждан», посвященная Всемирному дню без табака, г. Алматы, 29 мая 2013 г.

На фото (слева направо): Берлик Молдыбаев - Заместитель Начальника Управления административной полиции г. Алматы, Жамиля Баттакова - Директор Национального Центра проблем формирования здорового образа жизни МЗ РК, Сагат Алтынбеков - Директор Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии, Гүлсәра Сүлейменова – Директор Алматинского городского центра формирования здорового образа жизни.

МАРШРУТ ПАЦИЕНТА

ВОЗРАСТНЫЕ ГРУППЫ НАСЕЛЕНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИЕ СКРИНИНГУ



По завершению скрининга обязательно укажите результаты проведенных исследований. При назначении дополнительных исследований и консультаций, выполняйте рекомендации врачей, вовремя вставайте на учет и наблюдайтесь. Если выявлены факторы риска развития заболеваний — посетите школу здоровья.

**ПРОФИЛАКТИКА И РАННЕЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СОХРАНЯТ
ВАМ ЗДОРОВЬЕ И ЖИЗНЬ!**

² E. H. Rieu, *Le Commerce-Marchandises, l'Empire Colonial, l'Industrie, le Commerce de l'Inde, l'Inde et le Commerce* (Paris, 1904).

[illegible]

EXAMPLE 1 *Assessment of the water quality of the River of the North*